UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código SIAGC: UGC000036

ACUERDO DE GESTIÓN CLINICA

Año: 2015

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Córdoba 22 de diciembre de 2014

REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica Enfermedades Infecciosas y en su nombre y representación D. Julián de la Torre Cisneros, en calidad de Director/a /Responsable de la Unidad

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

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2015

Director / Responsable de la Unidad

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

Fdo.: Julián de la Torre Cisneros

Fdo.: Marina Alvarez Benito

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

Coordinadora de Cuidados / Enfermera Jefa de Bloque/Supervisora

Fdo.: Jesús Herrera Tierno

3

INTRODUCCIÓN

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

a. La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.

b. La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.

c. Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SSPA.

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

(A) Los resultados más relevantes y significativos obtenidos en los últimos cinco años: índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y económica, y algunos indicadores clave de resultados de producción que expresen el esfuerzo ya realizado y que orienten el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.

(B) Los criterios que se han seguido y se han de reforzar para la constitución de una arquitectura sólida y evaluable de UGC, describiendo la estrategia de la Dirección Corporativa para su identificación y aplicación con carácter transparente.

(C) En el caso específico de las UGC Inter Centros y de las unidades constituidas por más de un área de conocimiento incorporar información clara y relevante sobre:

- La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios (distribución - ubicación territorial y sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios).
- La forma en que organiza la Unidad en su conjunto (recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación) para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
- Valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.

(D) El sistema de Gobierno Clínico de las UGC que la Dirección Corporativa promueve como elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización.

(E) La apuesta decidida por seleccionar e implantar objetivos de resultado en salud y / o clínicos normalizados, que concentren los esfuerzos de los profesionales e identifiquen su impacto en la población andaluza, con especial significación de la eliminación de la práctica clínica, de lo que “no es correcto hacer”.

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

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

1.- Evolución histórica de la UGC.

2.- Justificación de la constitución de la UGC.

3.- Sistema de Gobierno Clínico.

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

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

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

4.2.- Específicos (50 % del peso total)

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

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

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

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

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

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

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

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

1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

Fecha de Constitución en UGC: 2005

Modelos Organizativos: (en caso de que haya cambiado en el periodo desde su constitución como UGC). No aplica

Año: No aplica

Tipo (Intercentros, interniveles…). No aplica

Resultados 2007-2013:

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nivel de acreditación alcanzado	-	NIVEL I	NIVEL I	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.50	10	9.16	9.95	9.96	9.34
IUE	0.91	0.91	0.89	0.97	0.88	1.02	0.96
Índice Casuístico	2.79	2.63	2.59	2.57	3.04	2.59	2.61
Estancias evitables	-454	-415	-566	-143.64	-445	+51	-134
% Reingresos	5.39	3.77	3.39	1.17	1.91	0	1.47
% Mortalidad	5.12	4.93	3.13	4.39	5.34	6	3.37
% Prescripción por principio activo	No datos	No datos	No datos	No datos	No datos	91.11	92.09

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

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

2.- JUSTIFICACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE LA UNIDAD

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

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

A mediados de mayo del 2014 desde la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud se pone en marcha un proceso participativo para identificar criterios objetivos, racionales y medibles de constitución y / o confluencia de Unidades de Gestión Clínica, con el apoyo metodológico de la Escuela de Salud Pública de Granada, que permita generar un Mapa de UGC del S.A.S. transparente y modificable en base al cumplimiento objetivable de dichos criterios, sin perjuicio de mantener la flexibilidad necesaria que tenga en cuenta la diversidad organizativa de los centros.

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

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

Está previsto que para el presente año 2014, podamos tener y aplicar dichos criterios para la conformación de las UGC tras un proceso:

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

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

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

- La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios: distribución - ubicación territorial, sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios,….
- La forma en que organiza la Unidad en su conjunto: los recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación,… para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
- El valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.

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

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

(1) Existencia de una dirección profesional:

a. Única / Liderada por: Julián de la Torre Cisneros

b. La dirección debe estar basada en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y de gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido, que ha de ser conocido por todos los profesionales que componen la Unidad.

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

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

(3) Debe existir una Comisión de Dirección de la Unidad:

a. Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento
b. Cuyas decisiones se relacionen coherentemente con los subapartados del punto 2
c. Y cuyas decisiones sean vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento.

(4) La dirección deberá propiciar la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad, en las decisiones de la misma que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:

- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social
- Movimientos de “pacientes activos / expertos”
- Evaluación de procesos a través de los pacientes
- Grupos focales
- Otras fórmulas de participación propuestas por los servicios de apoyo.

(5) La dirección de la UGC debe propiciar la existencia de un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:

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

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

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

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

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

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

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

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

4.- OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA

4.1.- OBJETIVOS COMUNES

ÁREA: CAPÍTULO I

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

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como Objetivo para el año 2015 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I.

Capítulo I	Objetivo
UGC Enfermedades infecciosas	**PENDIENTE DEA**

Indicador: Capítulo I

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

Fuente: Gerhonte

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

Peso: 3

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

Observaciones: La cantidad asignada en Capítulo I será facilitada por la DEA y será objeto de revisión a lo largo del año 2014 para recoger las posibles incidencias que se produzcan**.**

Objetivo Común nº 2: Control del Absentismo.

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como Objetivo para el año 2015 disminuir el absentismo del personal de la unidad.

Indicador: Porcentaje de Absentismo

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

Fuente: Gerhonte.

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

Peso: 3

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:

Absentismo	Óptimo / Inferior
UGC Enfermedades infecciosas	3.5% -4.5%

ÁREA: ACCESIBILIDAD

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

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

Indicador: Demora en primeras consultas

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

Fuente: INFHOS.

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

Peso: 6

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

Objetivo Común nº 4: Gestión de las Citas Sucesivas.

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

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

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

Fuente: MTI- Citas

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

Peso: 6

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

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

AREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Objetivo Común nº 5: Gestión adecuada de las Estancias (Índice sintético)

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como objetivo para el año 2015, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90.

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
IUE	0.91	0.91	0.89	0.97	0.88	1.02	0.96

Peso del Objetivo: 10

Subindicador 1) Índice de Utilización de Estancias.

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

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

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

Peso del subindicador: 50% de los puntos totales del objetivo (5 puntos)

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

Subindicador 2) La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como objetivo para el año 2015 Mantener las estancias evitables respecto al año 2010

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estancias evitables	-454	-415	-566	-143.64	-445	+51	-134

Fórmula: No aplica

Estancias evitables 2014 x 100/estancias evitables 2010

Fuente: CMBD

Metodología de evaluación: Análisis del CMBD e informe emitido por la unidad de calidad y documentación clínica

Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior: 100%/110%

Peso del subindicador: 50% de los puntos totales del objetivo (5 puntos)

ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD

Objetivo nº 6: Tasa de reingreso a los 30 días de una estancia previa en el hospital, por cualquier causa

Objetivo Estratégico 3: mantener de la tasa de readmisión a los 30 días por cualquier causa respecto al año 2013

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Reingresos	5.39	3.77	3.39	1.17	1.91	0	1.47

Fórmula: Tasa de Reingresos a los 30 días por cualquier caso igual al año 2011

Fuente: CMBD

Metodología de evaluación: Análisis del CMBD e informe emitido por la unidad de calidad y documentación clínica

Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior: 0%/3%

Peso: 4

Objetivo nº7: Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas

Peso: 2

Indicador 1: Disminuir la incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria en la unidad.

Numerador: Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en la unidad x 100.

Denominador: Número de pacientes ingresados en la unidad

Fuente: DAH y CMBD

Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior: 6%- 8%

Peso: 50% del valor del objetivo (1 punto)

Indicador 2: Porcentaje de personas con UPP de cualquier grado con informe de continuidad de cuidados y notificadas a AP dadas de alta hospitalaria en la unidad.

Numerador: Número de pacientes ingresados con UPP de cualquier grado con Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria y notificados a AP x 100

Denominador: Número de pacientes ingresados en la Unidad con UPP al alta.

Fuente: DAH y CMBD

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

Peso: 50% del valor del objetivo (1 punto)

*Informe al Alta debe incluir las siguientes valoraciones;

Fecha de Cura / Evaluación.

Aspecto y cantidad del Exudado: Estadío:

Signos de Infección: Tipo de tejido del lecho:

Dolor:

Fistulizaciones Tratamiento

Piel Perilesional:

ACLARACIONES A LOS OBJETIVOS DE UPP:

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

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

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

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

ANEXO 4

FICHA DE VALORACIÓN DE PACIENTE CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

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

REGISTRO DE HERIDAS

TIPO HERIDA:

Úlcera por Presión……. **Estadio de la lesión**: Estadio: I II III IV

Úlcera Vascular…… **Herida Quirúrgica……** **Quemadura……**

Herida Aguda…… **Otras…….**

Antigüedad de la lesión……..

Localización de la lesión……..

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

TIME

Tejido:

Tejido necrótico: Seco (duro): …… Húmedo (blando):……

Tejido esfacelado:…... Tejido de granulación:……. Tejido de epitelización:…….

Presencia de tunelizaciones…….

Infección:

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

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

Retraso en la cicatrización……

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

Tipo toma de muestra: **Punción-Aspiración……** **Biopsia……**

Escobillón……..

Resultado:……

M: Humedad / Exudado:

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

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

E: Bordes de la herida:

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

Otros……

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

Tipo de cura utilizada:

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

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

Autolítico (especificar)……..

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

Ácidos grasos Hiperoxigenados……

MATERIAL DE CURAS EN AMBIENTE HUMEDO USADO:

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

A- REGISTRO INICIAL

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

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

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

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

Objetivo nº8: PIRASOA

Peso 2 puntos

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas se marca como objetivo para el año 2015, la validación de antibióticos de uso restringido en el programa PROVAUR

Indicador: Antibióticos de uso restringido que son correctamente validados por la UGC de Enfermedades Infecciosas en cualquiera de las UGC asignadas.

Fórmula: NUMERADOR: Número indicaciones de antibióticos de uso restringido que son correctamente validadas por la UGC de Enfermedades Infecciosas en cualquiera de las UGC asignadas.

DENOMINADOR: Total de indicaciones de antibióticos de uso restringido en las UGC asignadas en el PROVAUR

Criterio de Cumplimiento: % correcta validación

Fuente: UGC Farmacia

Metodología de Evaluación: Explotación del registros e Informe de Farmacia

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

AREA: ORIENTACION AL CIUDADANO

Objetivo Común nº9. La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año 2015 mejorar la correcta adherencia al seguimiento en consultas externas de pacientes con riesgo de exclusión social mediante un programa de colaboración entre el personal de la UGC de Enfermedades infecciosas con el voluntariado de caritas. En síntesis, el Proyecto SISIFO consiste en:

1. Captación de pacientes en tratamiento antirretroviral con riesgo social en la consulta de la UGC de Enfermedades Infecciosas.
2. Derivación a la Unidad de trabajo social donde se valora u inclusión en el programa.
3. Apoyo social por parte de los voluntarios de Cáritas y Cruz Roja que se encargan de que los pacientes acudan a las revisiones previstas mediante una intervención en sus domicilios.
4. Reuniones bimensuales de seguimiento de los casos entre os voluntarios y el personal de la UGC.

Proyecto SÍSIFO: Es un Programa interdisciplinar de apoyo social a pacientes infectados por el VIH con barreras sociales, con el que se pretende mejorar de forma significativa la eficacia de la adherencia al TAR (Tratamiento antirretroviral).

Indicador: Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que acuden a las consultas programadas.

Fórmula: Pacientes que acuden a las visitas programadas/ pacientes incluidos en el programa x 100.

Fuente: Registros internos. Actas de las reuniones realizadas.

Metodología de Evaluación: Revisión de registro y actas de reuniones bimensuales de la Unidad de Trabajo Social con ONGs para seguimiento de pacientes.

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 90%/ 70%

Peso: 3

ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

1.- INFECCIÓN VIH
2.- COINFECCION VIH/VHC
3.- COMPLICACONES INFECCIOSAS DEL TRASPLANTE
4.- INFECCION NOSOCOMIAL

Objetivo nº 10: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES

PESO: 8

La UGC de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo para el año **2015** mejorar la producción científica de sus profesionales. Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas del Journal Citation Reports ó la media del Factor de Impacto de los años 2014 y 5, utilizándose el dato más favorable para la UGC.
Dado que existe una gran variabilidad en el impacto de las publicaciones de las distintas áreas, y puesto que el número de dichas publicaciones pueden oscilar de unos a otros años, se han establecido compensaciones que faciliten alcanzar el objetivo para aquellas unidades con mayor dificultad para publicar en revistas de alto impacto.

Indicador: el dato más favorable para la UGC entre:

a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2015): Suma del Factor de Impacto de los artículos **ya publicados** en ese año, utilizando como valor el que se haya recogido en el Journal Citation Report del año anterior
b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2014 y 2015)
Fórmula:
a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (5): para revistas publicadas en Pub-Med.
b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2014 y 2015)
Fuente: Unidad de Gestión Científica
Metodología de Evaluación: Unidad de Gestión Científica.
Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 20/15

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

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

COMPENSACIONES

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

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

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

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

ÁREA: CONTRATO PROGRAMA

OBJETIVO NÚMERO 11: INDICE SINTÉTICO DE CUMPLIMENTO DE OBJETIVOS DE CONTRATO PROGRAMA 2015

PESO TOTAL: 3

A) PLAN DE CUIDADORAS Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

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

Peso: 0.5 puntos

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

B) OBJETIVOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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

Peso: 1 punto

Subindicador 1: Hospitalización.

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

Criterio de cumplimiento: (Número de episodios asociados a la UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus / total de episodios asociados a la UGC con camas asignadas) x 100 > =75%

Fuente: DAH

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información

Límite superior/Limite inferior: CUMPLE/NO CUMPLE

Peso del subindicador: 0.25

Subindicador 2: Consultas externas.

La Unidad hará un uso correcto del módulo de Consultas Externas de Diraya Atención Hospitalaria. Para ello, alcanzará al menos un 75% de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución, respecto al total de citas realizadas según INFHOS.

Criterio de cumplimiento: (Número de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución / total de citas realizadas según INFHOS) x 100 > = 75%.

Fuente: INFHOS

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información

Límite superior/Limite inferior: CUMPLE/NO CUMPLE

Peso del subindicador: 0.25

Subindicador 3: Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA)

La Unidad utilizará el MPA, como petición de pruebas analíticas, en al menos el 75% de las peticiones.

Criterio de cumplimiento: (Número de peticiones realizadas mediante el Módulo de pruebas analíticas / total de peticiones realizadas) x 100 >=75%.

Fuente: MPA

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información

Límite superior/Limite inferior: CUMPLE/NO CUMPLE

Peso del subindicador: 0.25

Subindicador 4: Uso del Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen (PDI)

La Unidad utilizará la petición electrónica de diagnóstico por la imagen (PDIWeb) en al menos el 50% de las pruebas que se soliciten respecto del total.

Criterio de cumplimiento: (Número de peticiones realizadas mediante PDI / total de peticiones realizadas) x 100 >=50%.

Fuente: PDI

Metodología de Evaluación: Explotación del sistema de información

Límite superior/Limite inferior: CUMPLE/NO CUMPLE

Peso del subindicador: 0.25

C) CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

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

Indicador: Conciliación de la medicación al ingreso y al alta.

Criterio de cumplimiento: monitorización del nivel de conciliación e informe de medidas adoptadas.

Fuente: UGC

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

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

Límite superior/Limite inferior: Cumple/No cumple

Peso: 0,5 punto

D) OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH Y COINFECCIONES ASOCIADAS:

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como objetivo mejorar la formación de otras unidades asistenciales en relación con la situación epidemiológica de nuevas infecciones por VIH y Sida.

Indicador. Numero de sesiones informativas realizadas cada año sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida
Fórmula: Número de sesiones informativas realizadas cada año sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida

Fuente: Dirección de la UGC

Metodología de Evaluación: Informe de la UGC y actas de reuniones o sesiones informativas con UGC Asistenciales sobre la situación epidemiológica de las nuevas infecciones por VIH y Sida

Límite superior/limite inferior: 3 reuniones/1 reunión

Peso: 1 punto

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

Los objetivos específicos se desagregan en tres categorías:

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

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

Objetivos de resultado clínico / en salud y Objetivos en "dejar de hacer" (lo clínicamente no correcto).

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

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

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

1.- La Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD_RC_2015) del S.A.S., que en su versión actual (julio 2014) contiene cerca de 600 objetivos / medidas de resultado clínico clasificadas por niveles asistenciales e identifican en qué Unidades de Gestión Clínica son más útiles. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las UGC.

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

Gracias a este instrumento cada UGC estaría en disposición de incorporar a sus AGC 2015, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones para "dejar de hacer" lo

que clínicamente no está justificado realizar en base a la evidencia científica, por criterios de priorización de efectividad y / o eficiencia, bien porque no las estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

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

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

Objetivos Específicos compartidos con otras Unidades.

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

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

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

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO ESPECIFICO 1 ("dejar de hacer")

Cumplir la recomendación "dejar de hacer" (Dejar de hacer controles trimestrales de subpoblaciones linfocitarian en pacientes infectados por VIH estables).

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Variabilidad de la práctica clínica.
Datos e indicadores en los que se sustenta
Coste anual por paciente del control de la inmunidad celular en pacientes infectados por el VIH estables.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Realizar controles de linfocitos CD4+ y CD8+ semestral y no trimestral en pacientes infectados por el VIH clínicamente estables, sin comorbilidades, en tratamiento antirretroviral y con respuesta inmunovirológica prolongada, se pueden
Razonamiento que justifica la intervención
En pacientes infectados por el VIH clínicamente estables, sin comorbilidades, en tratamiento antirretroviral y con respuesta inmunovirológica prolongada, se ha demostrado que es posible aumentar el intervalo de la realización de los controles de linfocitos CD4+ y CD8+ para hacerlos con carácter semestral.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Estimaciones. El 30% de los pacientes infectados por el VIH en seguimiento en nuestro Hospital no tienen comorbilidades y tienen una situación inmunovirológica estable. En estos pacientes se puede reducir en al menos un 30% el coste en la determinación de linfocitos CD4+ y CD8+. Con ello se conseguiría en 2015 una reducción en el coste de la realización de subpoblaciones linfocitaria de al menos un 10% respecto al 2014.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2015 / OBJETIVO
Reducir en 2015 el coste paciente/año de la realización de subpoblaciones linfocitaria en pacientes infectados pro el VIH de al menos un 10% respecto al 2014.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 6
Indicador para la medición del objetivo, metodología de evaluación, fuente de la información y limite inferior y superior
Indicador: Coste por paciente año de la valoración inmunológica de pacientes infectados por el VIH Fórmula: Coste paciente año en 2014/Coste paciente año en 2015 ≥1,10 Límite Superior / Límite Inferior: 1/1.10 Situación de partida (valor de referencia): coste paciente año en 2014 Fuente de Información: inmunología Metodología de evaluación: Revisión de base de datos de inmunología.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC enumerarlos:
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):
Va a decrecer los costos
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Ninguna.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 2

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Mortalidad de la infección por *Klebsiella pneumoniae* KPC
Datos e indicadores en los que se sustenta
Revisión de la mortalidad a los 30 días de los 50 primeros casos de sepsis 70%
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Avaluación individualizada de todos los casos de infección activa para indicar el mejor tratamiento antibiótico disponible para cada caso.
Razonamiento que justifica la intervención
Un tratamiento empírico precoz y adecuado y un tratamiento dirigido activo son aspectos esenciales del mejor cuidados de estos pacientes y debe repercutir en el pronóstico de la infección.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
1. Reunión diaria con microbiología para discutir los casos nuevos con diagnóstico microbiológico. 2. Valoración precoz de los pacientes para decidir cual es caso activo, en colaboración con el médico responsable. 3. Diseño de un plan terapéutico adaptado a las sensibilidades de la cepa aislada en colaboración con el médico responsable. 4. Seguimiento del paciente hasta la resolución del caso. **Responsable: Dr. Julián de la Torre Cisneros**
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
La mortalidad cruda a los 14 días de las infecciones activas por Klebsiella KPC serán <70%.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 8
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: Mortalidad cruda a los 14 dias Fuente: CMBD Metodología de evaluación: evaluación de la mortalidad del listado de pacientes seguidos por la UGC en el año 2015. Límite inferior/Límite superior: 50/70%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: Microbiología
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Colaboración de microbiología.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 3

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES
Problema o aspecto a mejorar
Consumo de carbapenemas (meropenem, imipenem)
Datos e indicadores en los que se sustenta
Datos de consumo global generados por la UGC de Farmacia DDD/1000 estancias en el año 2013: Meropenem 90 DDD/1000e; Imipenem 6 DDD/1000e
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención
Reducción del consumo de carbapenemas en el marco del PROVAUR.
Razonamiento que justifica la intervención
La reducción del consumo de carbapenemas es un factor esencial para reducir la aparición de Enterobacterias resistentes a carbapenemas (como la *Klebsiella* KPC)
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Inclusión de los carbapenemas en el PROVAUR. Seguimiento activo y valoración de
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO ¡Error! Nombre desconocido de propiedad de documento. **RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**
Reducción del consumo de carbapenemas (meropenem/imipenem).
Peso que se le asignaría al Objetivo: 8
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO
Indicador: Consumo de carbapenemas (meropenem/imipenem) en DDD/1000e en el año 2015 respecto al año 2013 Fuente: Registro de Farmacia Metodología de evaluación: Consulta de registros Límite inferior/Límite superior: 5%/10%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con: Farmacia
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Mantenimiento del programa Provaur.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 4

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES

Problema o aspecto a mejorar

Evitar la transmisión materno-fetal del VIH. Lograr que la pacientes VIH positivas lleguen al parto con carga viral de VIH negativa (CODIGO ENF INF 012.04; HURS 000061)

Datos e indicadores en los que se sustenta

En el año 2013 se lo gro en el 100%. Dada la trascendencia clínica del objetivo y que esta recomendado su mantenimiento en el PAI VIH-SIDA, proponemos su continuidad.

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

Enunciado de la intervención

Identificación precoz de los embarazos para indicar tratamiento antirretroviral que permita que el niño no nazca infectado

Razonamiento que justifica la intervención

Evitar la transmisión vertical del la infección VIH

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

Coordinación con la UGC de la mujer, aplicación de las recomendaciones GESIDA sobre tratamiento antirretroviral en embarazadas.
Responsable: Dr Antonio Rivero

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO ¡Error! Nombre desconocido de propiedad de documento. **RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

Que las embarazadas infectadas por el VIH lleguen al parto con carga viral negativa

Peso que se le asignaría al Objetivo: 8

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO

Indicador: **% de embarazadas VIH positivas que llegan al parto con carga viral de VIH negativa**

Fuente: registro de embarazadas del PAI VIH/SIDA, registro de carga viral de microbiología (disponible en la web).

Metodología de evaluación: Explotación de los registros e informe.

Límite Superior / Límite Inferior: 100%/80%

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

Compartido con: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Mantener programa de prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 5

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES

Problema o aspecto a mejorar

Aplicación de Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) a los pacientes tratados en el Hospital de Día de la Unidad.

Datos e indicadores en los que se sustenta

No existen datos previos

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

Enunciado de la intervención

Desarrollar el Proceso Enfermero a los pacientes tratados en el Hospital de Día (H.D.) de la Unidad mediante la asignación del PCE " Terapias Biológicas"

Razonamiento que justifica la intervención

El ingreso hospitalario de un paciente en el H.D. de la Unidad permitiría desarrollar el proceso enfermero mediante la asignación del PCE "Terapias Biológicas", favoreciendo la continuidad de cuidados y facilitando la posibilidad de trabajar en años posteriores en la mejora de los resultados del NOC conocimiento del régimen terapéutico.

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

Realizar proceso enfermero a los pacientes ingresados en el H.D. para tratamiento, utilizando como herramienta el modulo de cuidados Azahar
Responsable: Supervisión de la Unidad.

DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO ¡Error! Nombre desconocido de propiedad de documento. **RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

Desarrollar proceso enfermero en pacientes tratados en el Hospital de Día de la Unidad.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 6

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO

Indicador: Numerador: Nº de veces que se ha aplicado el PCE de Terapias Biológicas
Denominador: Nº de pacientes ingresados en HD para tratamiento / 100

Fuente: Sistemas de Información módulo AZAHAR/ Documentación clínica

Metodología de evaluación: Auditoria externa

Límite inferior/Límite superior: 70% / 85%

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:

- Realización del ingreso hospitalario en el Hospital de día de la Unidad
- Habilitar en el Modulo Azahar la Unidad de H. de día Enfermedades Infecciosas.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 6. OBJETIVO DE CONTRATO PROGRAMA 2015

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES

Problema o aspecto a mejorar

Mejorar la declaración de casos nuevos de infección VIH

Datos e indicadores en los que se sustenta

No existen indicadores hasta que se evalúe el año 2014

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

Enunciado de la intervención

La unidad facilitara unas estadísticas fiables sobre incidencia de infección VIH colaborando en la declaración de los nuevos casos y nuevos diagnósticos

Razonamiento que justifica la intervención

El conocimiento de la evolución de la epidemia VIH depende de una adecuada medida de incidencia. Para obtener este objetivo se ha desarrollado una herramienta autonómica que precisa de la colaboración de los profesionales en la declaración de los nuevos casos.

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

Declaración de los casos nuevos de infección VIH diagnosticados en la UGC.
Responsable: Milagros García Lázaro

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

Porcentaje de pacientes VIH positivos nuevos que son declarados por la UGC en el nuevo sistema informático autonómico.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 6

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO, FUENTE DE LA INFORMACIÓN, METODOLOGIA DE EVALUACION, LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO

Indicador 1. Validar los casos de VIH y Sida notificados en SiVIhDA

Fórmula: Número de casos de VIH y Sida validados con identificación del caso, fecha del primer test diagnóstico de VIH positivo y, si es Sida, fecha diagnóstico de la primera enfermedad indicativa * 100 / Número total de casos notificados en SiVIhDA

Fuente: SiVIhDA

Metodología de Evaluación: Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido

Límite superior/limite inferior: 80%/60%

Peso: 2 puntos

Indicador 2. % de nuevos casos de infección por VIH diagnosticados en el año sin información sobre la edad, sexo o categoría de transmisión.

Fórmula: Nº de nuevos casos de infección por VIH diagnosticados en el año sin información sobre la edad, sexo o categoría de transmisión x 100 / Nº total de nuevos diagnósticos de infección VIH en el año.

Fuente: SiVIhDA

Metodología de Evaluación: Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido

Límite superior/limite inferior: <15%/<20%

Peso: 2 puntos

Indicador 3. % de nuevos diagnósticos VIH

Fórmula: Nº de nuevos diagnósticos VIH/ Numero de nuevos diagnósticos de VIH y SIDA

Fuente: SiVIhDA

Metodología de Evaluación: Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido

Límite superior/limite inferior: 85%/60%

Peso: 2 puntos

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº: 7 OBJETIVOS COMPARTIDOS

Índice Sintético de Cumplimento de Objetivos Compartidos / Vinculantes con otras unidades

La Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas se marca como Objetivo para el año 2015 cumplir con el Índice Sintético de Objetivos Compartidos con el resto de Unidades.

Indicador: Índice Sintético de Cumplimento de Objetivos Compartidos con otras unidades

Fórmula: Ver cuadro resumen de indicadores incluidos

Límite Superior/Límite Inferior: 10 / 0

Fuente: UGC

Metodología de Evaluación: Informe conjunto de resultados.

Peso: 8

Cuadro Resumen de indicadores incluidos

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS:
UGC UCI	Valoración diaria de los tratamiento antibióticos de UCI	**2**
UGC UCI	participar diariamente en la comisión para control de la Klebsiella KPC establecida por la dirección asistencial,	**1**
UGC Preventiva	participar diariamente en la comisión para control de la Klebsiella KPC establecida por la dirección asistencial,	**1**
UGC Inmunología	Realizar solo CD4 cuando se soliciten subpoblaciones linfocitarias salvo que se pida expresamente.	**2**
UGC Microbiología	participar diariamente en la comisión para control de la Klebsiella KPC establecida por la dirección asistencial,	**1**
OBJETIVO COMPARTIDOS CON ATENCION PRIMARA	Pendiente de definir	**2**
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		**8**

Nota: En el caso de que finalmente la UGC no establezca ningún objetivo con Atención Primaria, los dos puntos asignados a éstos serán atribuidos al Objetivo compartido la UGC de UCI de valoración diaria de los tratamientos antibióticos de la UGC

OBJETIVOS CRÍTICOS INFECCIOSOS						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	**PENDIENTE DEA**	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	**90**	**-1%**	**1%**
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	**IBP**	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	**2**	**90**	**79**
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	**PRINC ACT**	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	**4**	**90**	**84**
	RECETA XXI	**RECETA XXI**	Numero de recetas prescritas por receta XXI/total de recetas prescritas	**4**	**95**	**50**
			TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS	**100**		

(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

ANEXO I

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

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

1.- ¿Existe una dirección profesional?:

A) Única: (**SI X NO □)** Asociada: **(SI □ NO □)**

En caso de ser asociada, especifique:

Las áreas de conocimiento específico y el nombre del profesional que las lidera:

Áreas de conocimiento específica	Liderada por

¿Cuáles son las áreas de conocimiento compartido:

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

(SI X NO □)

En caso afirmativo,

Dicho documento de gestión, ¿es conocido por todos los profesionales que componen la Unidad?: **(SI X NO □)**

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

- ¿La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes?:
  - **(SI X NO □)**
- ¿La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales – dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste)?:
  - **(SI X NO □)**
- ¿La definición y el compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas?:
  - **(SI X NO □)**
- ¿La gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad?:
  - **(SI X NO □)**

3.- ¿Existe una Comisión de Dirección de la Unidad?: **(SI X NO □)**.

En caso afirmativo:

- La Comisión de Dirección de la Unidad, ¿está Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento?:
  - **(SI X NO □)**
- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿se relacionan coherentemente con los subapartados del punto 2?:
  - **(SI X NO □)**
- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿son vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento tanto específico como compartido?:
  - **(SI X NO □)**

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

- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social?: **(SI X NO □)**
- Movimientos de “pacientes activos / expertos”?: **(SI □ NO X)**
- Foros Asesores de ciudadanos?: **(SI □ NO X)**
- Técnicas de Grupo Nominal con usuarios?: **(SI □ NO X)**
- Otros (especificar): Según se ha solicitado desde gerencia en diferentes años, hemos tenido grupos focales y comisión de participación ciudadana.

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

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

  (SI X NO □)

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

  (SI X NO □)

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

  (SI X NO □)

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

  (SI X NO □)

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

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

  ANTES DE 31 Diciembre 2015

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