



**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
2010**

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba



Córdoba, 22 de Diciembre de 2009

REUNIDOS

De una parte la Unidad de Gestión Clínica de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR y en su nombre y representación D. Ignacio Muñoz Carvajal en calidad de Director de la Unidad.

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

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2010

El Director de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Ignacio Muñoz Carvajal

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

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 a lo largo de estos últimos diez años. 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.

El desarrollo alcanzado obliga a toda la Organización sanitaria a ofrecer una respuesta eficaz para garantizar la efectividad de los derechos, para ofrecer los avances más relevantes que se vayan produciendo en materia de tecnologías e investigación y, de modo particular, prestar especial atención a los grupos de población que más necesitan de la asistencia sanitaria. La respuesta pasa necesariamente por la puesta en práctica de una política de transparencia informativa en la gestión de los recursos, la potenciación de nuevas fórmulas de gestión y organización y por prestar especial atención a los profesionales como protagonistas y ejecutores de las políticas sanitarias. Todo ello se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud para esta VIII Legislatura:

1. Construcción de un sistema de salud más cercano a las personas; con más servicios, derechos y prestaciones; más democrático y participativo.
2. El impulso de la salud pública enfocado a la mejora de salud de la población andaluza.
3. El establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que protagonicen las mejoras de los servicios.
4. La potenciación de la investigación biomédica.
5. El reforzamiento de las infraestructuras y los equipamientos sanitarios.

Al Servicio Andaluz de Salud le corresponde un papel preeminente, de liderazgo compartido con los restantes prestadores de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en la consecución de los objetivos que se deriven de estas líneas, como principal organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos.

Con ello, el Servicio Andaluz de Salud cumple con las funciones de gestor del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación; así como, la gestión y administración de las instituciones, centros y servicios sanitarios propios y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignan para el desarrollo de las funciones que le han sido encomendadas por la ciudadanía y que se explicitan en la Ley de Salud de Andalucía.

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 para establecer las actividades a realizar por sus unidades y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año 2010. 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.

La experiencia adquirida en el anterior periodo aconseja mantener la perspectiva cuatrienal con el fin de identificar un horizonte a medio plazo, que permita al conjunto de la Organización identificarse con los cambios prefijados que se han de acometer.

Por otra parte, su desarrollo anual permite una progresión creciente de objetivos fiables y factibles en el tiempo. En definitiva, se trata no sólo de examinar y penetrar en las líneas ya emprendidas, que serán ampliadas y complementadas con otras en el IV Plan Andaluz de Salud y en la Nueva Estrategia del Plan de Calidad sino, sobre todo, se trata del abordaje de un profundo cambio organizativo que conducirá hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica.

La madurez alcanzada por la Organización Sanitaria permite incidir de un modo más acusado en los objetivos estratégicos, facilitando la simplificación del Acuerdo de Gestión, en el que queda reflejada la relación de objetivos que permitirán su monitorización, sin menoscabo de que se les siga dando cumplimiento a aquellos otros objetivos y actividades que se han venido desarrollando con anterioridad.

Para que esta metodología funcione, por una parte, el acuerdo de gestión deberá ser aprobado por todo el equipo asistencial que compone la Unidad, asumiendo la responsabilidad sobre el mismo y, por otra parte, la Dirección del Hospital dará la confianza y autonomía necesarias a la Unidad para que dicho acuerdo pueda ser llevado a cabo.

2. Justificación del Proyecto común (Solo para unidades clínicas compuestas por más de un servicio)

3. Nivel de autonomía y responsabilidad que está dispuesta a asumir la unidad de gestión clínica.

El grado de descentralización de una Unidad Clínica debe ir ligado al nivel de responsabilidad que el equipo quiera o pueda asumir. Ambas cosas, tanto el nivel de autonomía como el nivel de responsabilidad que la Unidad está dispuesta a asumir, deben quedar perfectamente recogidas en el acuerdo de gestión que se firma entre la Unidad y la Dirección Gerencia del Centro y deben ser conocidas por todos los componentes de aquella.

Nivel de autonomía	La unidad se compromete a:
AUTOGESTION DE CAMAS	Gestionar ingresos, estancias y altas, según la política, ya consolidada, de unidad eficiente, con estancias cortas y tratamientos ambulatorios y de hospital de día preferentes, manteniendo la actividad actual y los resultados clínicos, con utilización, según esquema y proyecto elaborado a la dirección del centro, de la estructura completa de la planta de hospitalización 2ª A, en las modalidades recogidas en el mencionado proyecto. La UGC de CCV gestionaría, directamente la utilización de las camas de hospitalización y demás modalidades asistenciales de la planta de hospitalización, con independencia de los servicios centrales de admisión del centro.
GESTION ECONOMICA	Avanzar en la gestión del presupuesto operativo de la UGC de CCV, conjuntamente con la dirección económica de la institución. Considerar en el ejercicio económico la gestión de pacientes y de estancias hospitalarias, como parte del mismo y como medida de la eficiencia de las unidades clínicas, con valoración económica de las estancias hospitalarias y la eficiencia derivada de las mismas.
GESTION DE PERSONAL	Competencias en contratación y asignación de turnos y horarios, atención continuada, continuidad asistencial, jornadas extraordinarias, procesos asistenciales etc., de acuerdo a la legislación vigente y al presupuesto asignado.
GESTION DE LA DEMANDA QUIRURGICA	Cumplimiento de los decretos de garantías de plazos para intervenciones quirúrgicas.
GESTION DE LA ASISTENCIA POSTOPERATORIA INMEDIATA	La UGC de CCV precisa, para su adecuado funcionamiento, y la mejoría de sus resultados clínicos, que deben ser acordes con los de gestión estructural, gestionar e incorporar a su estructura, bajo su control, a la unidad de cuidados postoperatorios, cuya única actividad es la atención de los pacientes de la UGC de CCV, encaminando la actividad de la misma hacia una gestión de los pacientes, de las estancias, y de los protocolos asistenciales, acordes al funcionamiento y a la filosofía de UGC de CCV y de la gestión clínica en general, con independencia de que la citada unidad de cuidados postoperatorios se encuentre físicamente en el lugar que actualmente ocupa o en otro alternativo y que cuente con los profesionales que actualmente la gestionan o con aquellos que, en su caso, fuesen designados para tal cometido, o, al menos, de forma inicial, conseguir una vinculación parcial a la UGC de CCV, de la unidad de cuidados postoperatorios y del personal que la integren.

4. Objetivos Comunes

ÁREA 1. Capítulo I.

Objetivo número 1. La Unidad de Gestión Clínica de cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2010 cumplir con el presupuesto asignado. **Gasto total del Capítulo I para el año 2010 1.523.160,96 €** (El gasto en capítulo I se irá revisando a lo largo del año 2010)

Indicador: Capítulo I

Fórmula: Gasto 2010 en Capítulo I de la Unidad <= Presupuesto asignado para 2010

Fuente: Hyd – Coanh

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

Peso: 2

Límite Superior/Límite Inferior: Cumple/ No cumple

Objetivo número 2. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como Objetivo para el año 2010 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3,5% en el año 2010.

Indicador: 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: 2

Límite Superior/Límite Inferior: 3,5%/4,5%% (IGUAL QUE 2009)

ÁREA 2. Capítulo II y IV.

Objetivo número 3. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como Objetivo para el año 2010 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo II y IV. Se medirá el gasto total del Capítulo II y IV, de forma que la unidad pueda hacer trasvase de partidas presupuestarias entre artículos.

CIRUGIA CARDIOVASCULAR	Objetivo 2.010
CONSUMO INTERNO DE FARMACIA	198.155
CAPITULO II	4.867.656
ORTOPEDIA	81.795
TOTAL	5.147.606€

Indicador: Desviación en Capítulo II y IV

Fórmula: (Gasto 2010 en Capítulo II y IV – Presupuesto asignado 2010) / presupuesto asignado x 100

Fuente: Coahn-HyD

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



Peso: 6

Límite Superior/Inferior: 0% sobre objetivo 2010 / 2% sobre objetivo 2010

ÁREA 3. Accesibilidad

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 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. Por tanto, si el número de pacientes por encima de 180 días y/o número de pacientes por encima de 120 días ≥ 1 , el 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 aquellos que tengan más antigüedad.

Indicador: Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

Fórmula: Pacientes incluidos en AGD que se intervienen en plazo previsto x 100 / número total de pacientes registrados en AGD. Índice sintético LEQ. Se medirá considerando el tramo por debajo del cual están incluidos el 97 % de los pacientes.

Fuente: AGD.

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

Peso: 20

Límite Superior/Límite Inferior: 150/180 y 90/120.

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

ÍNDICE SINTÉTICO LEQ		
Procesos < 120 días	Procesos < 180 días	Función de Valor
< = 90 DÍAS	< = 150 DÍAS	10
> 90 - 93	> 150 - 153	9
> 93 - 96	> 153 - 156	8
> 96 - 100	> 156 - 160	7
> 100 - 103	> 160 - 163	6
> 103 - 106	> 163 - 166	5
> 106 - 110	> 166 - 170	4
> 110 - 113	> 170 - 173	3
> 113 - 116	> 173 - 176	2
> 116 - 120	> 176 - 180	1
> 120 DÍAS	> 180 DÍAS	0
		Resultado
		R. obtenido
A	B	R. ponderado

El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B)/2$, en función de los tramos de valoración asignados para cada indicador.



Objetivo número 5 La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 incrementar en un 10% el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana

Fórmula. Incremento del número de intervenciones realizadas en sesión ordinaria respecto al año 2008.

Fuente: SSII

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

Peso: 5

Límite Superior/Límite Inferior: 1,89/ 1,72 (Objetivo 2009: 1.78 /1.67; Situación enero-septiembre 2009: 1.72)

Actuaciones a llevar a cabo para cumplir con este objetivo:

A.- Elaborar un Plan de Horario de utilización de quirófano

Actualmente no existe un acuerdo entre las partes interesadas de las horas de comienzo y finalización de la cirugía. El consenso entre las partes implicadas, conllevará un uso más adecuado de las horas de quirófano.

Durante los meses de enero y febrero de 2010, se creará un grupo de trabajo y se realizarán al menos 2 reuniones de las que se levantará acta con los representantes de los siguientes colectivos: 2 cirujanos cardiovasculares, 2 anestelistas. Supervisora de la UGC de Cirugía Cardiovascular, Supervisora del Área quirúrgica, 1 enfermera del quirófano programado, 2 celadores de quirófano

Las actividades a analizar y consensuar durante ese periodo serán:

- ✓ Análisis de la situación actual
- ✓ Hora de administración de profilaxis antibiótica en las pacientes
- ✓ Hora de llegada del paciente a la Bahía (recuperación)
- ✓ Hora de entrada del paciente al quirófano
- ✓ Hora de inducción de la anestesia
- ✓ Hora de comienzo de la apertura pule por parte del cirujano
- ✓ Tiempo necesario para cambio de pacientes
- ✓ Hora de entrada del último paciente en quirófano

A partir de marzo, se monitorizará el acuerdo alcanzado, la primera semana de cada mes. En Julio y Noviembre, se revisarán los resultados por todos los participantes en dicho plan y se elaborará un Plan de Mejora si no se ha cumplido lo pactado.

B.- Elaboración de un parte de quirófano TIPO consensuado

La elaboración de partes de quirófano TIPO consensuados con Enfermería, Anestesia y Cirujanos Cardiovasculares debe mejorar el rendimiento de quirófano, las suspensiones por falta de tiempo e incrementa la sensación de trabajo en equipo.

Durante los meses de Enero y Febrero se Constituirá el grupo de trabajo y se realizarán al menos 2 reuniones de las que se levantará acta de las mismas con los representantes de lo siguientes colectivos: 2 cirujanos cardiovasculares, 2 anestelistas, 1 enfermera de quirófano programado

Actividades a desarrollar durante este periodo:

- ✓ Análisis de la situación actual.



- ✓ Propuestas de los diferentes parte TIPO
- ✓ Presentación de los partes TIPO a los Facultativos de la UGC de Cirugía Cardiovascular y del Servicio de Anestesia
- ✓ Aceptación de los mismos por todas las partes

A partir del mes de marzo, se monitorizará el acuerdo alcanzado la primera semana de cada mes (dejando registro de dicha monitorización). En Julio y Noviembre se revisarán los resultados por todos los participantes en la elaboración del parte TIPO para analizar el grado de cumplimiento del mismo, se elaborará un plan de mejora si se cree oportuno.

Objetivo número 6. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 20 días

Indicador: Demora en primeras consultas

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

Fuente: INFHOS

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

Peso: 3

Límite Superior/Límite Inferior: 20/60 días

Objetivo número 7. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010, 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° consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 100 / Total consultas sucesivas.

Fuente: Diraya.

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

Peso: 3

Límite Superior/Límite Inferior: 95% / 80%

ÁREA 4. Uso Racional del Medicamento

Objetivo número 8. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 que el porcentaje de prescripción por principio activo de la Unidad sea igual o superior al 68%

Peso: 4

Indicador: Porcentaje de recetas prescritas por principio activo

Fórmula: N° de recetas con prescripción por PA x100/n^o total de recetas prescritas

Fuente: Farma

Metodología de Evaluación: Explotación del registro e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia con el resultado Obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: 66% / 60%

Objetivo número 9. La prescripción de medicamentos de primera elección del grupo terapéutico “Inhibidores de la Bomba de Protones será igual o superior al 85%

Fórmula: número de DDDs de Omeprazol x 100/total de inhibidores de la bomba de protones

Límite Superior/Límite Inferior: 85%/80%

Fuente: Farmacia

Peso: 1

Objetivo número 10. La prescripción opiáceos sea igual o superior al 4%

Fórmula: número de DDDs de morfina/DDD morfina, buprenofina, fentanilo, hidromorfona, matadona, oxicodona, petidina, pentazocina x 100

Límite Superior/Límite Inferior: 4%/1%

Fuente: Farmacia

Peso: 1

ÁREA 5. Hospitalización

Objetivo número 11. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR .se marca como objetivo para el año 2010, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90. 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.

Indicador: Índice de Utilización de Estancias.

Fórmula: Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz. Realizar al menos dos evaluaciones mediante el AEP, más un plan de actuación tras cada uno de ellos, más un Informe final y envío de Informes a Dirección Gerencia.

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

Metodología de Evaluación: Para el índice de utilización de estancias. CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Para las evaluaciones mediante AEP: Presentación de las dos evaluaciones: Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido. Para el informe final y el envío de informes a la Dirección Gerencia: Copia de los envíos a la Dirección Gerencia. Existencia del Informe final e Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

Peso: 3 puntos

Límite Superior/Límite Inferior: 0,90/1. Presentación de al menos dos evaluaciones mediante AEP

Índice de Utilización de Estancias año 2008: 0,87

Índice de Utilización de Estancias 1er semestre año 2009: 0,5

Objetivo número 12. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2010, reducir al menos en un 30% de la estancia media **preoperatoria programada**. Objetivo compartido con Anestesia

Límite Superior/Límite inferior: 30% / 20%

Fuente: CMBD

Valor actual (2009): 4,62

Fórmula: Estancia media preoperatoria programada (valor 2010 –valor 2009) / valor 2009 x 100



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

Peso: 3 puntos

ÁREA 6.- Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

Objetivo número 13. La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 cumplir con el Índice sintético de Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención. El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula: $(A+B)/2$, en función de los tramos de valoración y pesos asignados para cada indicador.

Peso: 2

Subindicador A) Plan de Participación Ciudadana de la Unidad de Gestión Clínica. La Unidad de Gestión Clínica, en colaboración con el Servicio de Calidad y Documentación Clínica llevará a cabo dos grupos focales con pacientes de hospitalización y consultas para detectar problemas y plantear mejoras de los mismos. La unidad realizará un informe con las propuestas de mejora derivadas del análisis de los grupos focales priorizando al menos 5 actuaciones a llevar a cabo en el año 2010

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Subindicador B) 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: N° 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 por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

ÍNDICE SINTÉTICO DE OBJETIVOS DE ORIENTACIÓN AL CIUDADANO, SATISFACCIÓN Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN		
Plan de Participación Ciudadana	Nº Reclamaciones x 1.000 pac. (Motivos seleccionados)	Función de Valor
CUMPLE	0	10
	> 0 - 0,11	9
	> 0,11 - 0,22	8
	> 0,22 - 0,33	7
	> 0,33 - 0,44	6
	> 0,44 - 0,56	5
	> 0,56 - 0,67	4



	> 0,67 - 0,78	3
	> 0,78 - 0,89	2
	> 0,89 - 1	1
NO CUMPLE	> 1	0
P1= 1	p2= 1	Peso relativo
		Resultado
		Resultado obtenido
A	B	Resultado ponderado

ÁREA 7.- Fomentar la investigación entre los profesionales

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

1.- TRATAMIENTO DE PATOLOGIA DE LOS ANEURISMAS DE AORTA TORACICA Y ABDOMINAL
2.- INSUFICIENCIA MITRAL
3.- TERAPIA CELULAR
4.- ASISTENCIA CIRCULATORIA Y RESPIRATORIA

Objetivo número 14: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 realizar 2 publicaciones en revistas indexadas en las que participen al menos 2 miembros de la Unidad.

Indicador: Publicaciones en revistas indexadas

Fórmula: Número de publicaciones en revistas indexadas en las que participen al menos 2 miembros del servicio.

Fuente: Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Presentación de las publicaciones realizadas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido.

Peso: 2,5

Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior: 2 / 0 publicaciones en revistas indexadas.

Revistas indexadas: Incluidas en Science Index o en Social Science Index. Se pueden consultar en el Portal de Acceso a la Web of Knowledge (WoK) de la FECyT (<http://acesowok.fecyt.es/>).

Objetivo número 15: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 presentar 5 comunicaciones orales a congresos científicos nacionales, internacionales o regionales en las que participen al menos 2 miembros de la Unidad.

Indicador: Comunicaciones orales presentadas a congresos

Fórmula: Número de comunicaciones orales presentadas a congresos científicos nacionales, internacionales o regionales en las que participen al menos 2 miembros de la Unidad.

Fuente: Unidad de Gestión Clínica.

Metodología de Evaluación: Presentación de los Certificados acreditativos de las Comunicaciones realizadas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido.

Peso: 2,5

Límite Superior/Límite Inferior: 5 / 0 comunicaciones.

5. Objetivos Específicos. Peso: 40%

Apelando a la autonomía y asunción de responsabilidades de la Unidad de Gestión Clínica, los objetivos específicos que forman parte del presente acuerdo deben ser propuestos por ella misma. La Unidad de Gestión Clínica conoce mejor que nadie cuáles son sus problemas y las soluciones a los mismos, por ello se plantea que sea ella quién elabore, partiendo de su situación actual y de su nivel de desarrollo, que intervenciones y que objetivos se propone alcanzar, tanto a nivel de procesos organizativos (flujos, agendas, coordinación, etc.....) como a nivel asistencial. Todo esto tendrá sentido si la finalidad de la Unidad se dirige a una población definida y cuando la organización de la unidad gire alrededor de las demandas de la población.

La UGC propondrá los objetivos específicos (al menos 4), basándose en un análisis de situación básico de la Unidad. Para cada uno de estos objetivos se deberá rellenar la ficha que aparece más adelante. Se hará una ficha por problema o aspecto mejorable. Por cada área estratégica puede haber 0, 1 ó más de 1 fichas, una para cada uno de los objetivos propuestos.

A modo de ejemplo, se relacionan una serie de áreas estratégicas sobre las que la Unidad puede reflexionar para configurar sus objetivos:

- ✓ Áreas Asistenciales (Área de Consultas, Área Quirúrgica, Área Diagnóstica, Área de Hospitalización)
- ✓ Área de Práctica Clínica y Resultados Clínicos
- ✓ Área de Procesos Asistenciales Integrados
- ✓ Área de Salud Pública
- ✓ Área de Calidad y Seguridad del Paciente
- ✓ Otras Áreas (Docencia, Investigación, Publicaciones, Acreditación en Calidad...)

Así mismo, la Unidad puede plantear objetivos en las Áreas descritas anteriormente en el apartado de Objetivos Guía/Objetivos Comunes, como:

- ✓ Capítulo I
- ✓ Capítulo II
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Uso racional del Medicamento
- ✓ Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

Por último reseñar que la Unidad deberá cumplimentar el Anexo I del presente modelo de Acuerdo. Se trata de identificar aquellos Servicios y/o Unidades de Gestión Clínicas del Hospital, Centros de atención primaria, otros Hospitales y/o Empresas Públicas con los que es imprescindible llegar a acuerdos para poder conseguir los objetivos. **Se especificará el objetivo para el que es necesario cooperar con otras unidades.** En estos casos los objetivos serán compartidos y se firmará el Anexo II entre las partes implicadas en el objetivo donde quedará reflejado el compromiso de cada una. Por ello, es probable que el acuerdo de Gestión Clínica, vea incrementado el número final de objetivos que lo componen en uno o varios, en función de los objetivos compartidos que otras Unidades/Servicios identifiquen en sus acuerdos y que serán asignados a la Unidad.



Objetivo específico número 1

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 incrementar el número y la idoneidad de accesos vasculares realizados, para la disminución del porcentaje de catéteres permanentes para hemodiálisis). Para ello elaborará un protocolo conjunto con la UGC de Nefrología, para la adecuada indicación de los mismos, derivación correcta desde la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología y adecuada gestión de los pacientes.

Indicador: Accesos vasculares

Fórmula: Número de catéteres vasculares permanentes para hemodiálisis realizados/total de catéteres x 100

Fuente: Registro propio UGC Nefrología

Metodología de Evaluación: Existencia del protocolo, Explotación del registro propio e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología y de Cirugía Cardiovascular con el resultado obtenido.

Peso:

Límite Superior/Límite Inferior: Protocolo realizado. Para el porcentaje de catéteres: 28%/33%

Objetivo específico número 2

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 monitorizar la función cardíaca con eco-cardiografía transesofágica en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca

Indicador: Monitorización de la función cardíaca con eco-cardiografía transesofágica

Fórmula: Número pacientes a los que se les ha monitorizado la función cardíaca tras cirugía cardíaca/total de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca x 100

Fuente: Para el numerador Registro propio del Servicio de Anestesia, para el denominador, CMBD

Metodología de Evaluación: Explotación del registro propio e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular con el resultado obtenido.

Peso:

Límite Superior/Límite Inferior: Protocolo realizado. 50%/30%

Objetivo específico número 3

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 resolver mediante CMA las intervenciones de cambio de generador de marcapasos definitivo en al menos el 95% de los casos

Indicador: Resolución de cambio de generador de marcapasos por CMA

Fórmula: Número de cambio de generador de marcapasos resueltos por CMA/total de recambios de generador de marcapasos realizados x 100

Fuente: CMBD

Metodología de Evaluación: Explotación del CMBD e informe de sistemas de información con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: Protocolo realizado. 95%/90%

Objetivo específico número 4

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 elaborar las recomendaciones de Enfermería al alta de los pacientes con proceso de pie diabético, pacientes con anticoagulación oral y pacientes con necesidad de realización de curas y entrega de las mismas en al menos el 60% de los pacientes a partir del segundo semestre del año

Indicador: Recomendaciones de enfermería al alta



Fórmula: Existencia de los documentos de recomendaciones al alta para los procesos indicados y para el porcentaje: Número de pacientes de los procesos indicados a los que se les ha entregado las recomendaciones al alta/ total de pacientes ingresados en la UGC susceptibles de recibir recomendaciones x 100

Fuente: Informes de continuidad de cuidados. Dirección de Enfermería

Metodología de Evaluación: Explotación del registro mediante cortes mensuales e informe de la Dirección de Enfermería con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: Recomendaciones elaboradas y porcentaje de entrega 60%/40%

Objetivo específico número 5

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 elaborar 3 POEs para los procesos de Implantación de Marcapasos, Cirugía Cardíaca y Pié diabético

Indicador: POEs

Fórmula: No aplica

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Existencia de los 3 POEs indicados en informe del Director de la UGC de Cirugía Cardiovascular con el resultado obtenido

Límite Superior/Límite Inferior: Si/No

Objetivo específico número 6

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 elaborar y poner en marcha el programa de cirugía mínimamente invasiva en cirugía cardíaca (CMI). Para ello se elaborará un protocolo de actuación y se realizarán, al menos, durante 2010, en 20 pacientes candidatos, mediante CMI, o el porcentaje correspondiente a partir del momento de la adquisición del equipo necesario y de la formación requerida para ello.

Indicador: Cirugía mínimamente invasiva

Fórmula: Existencia del protocolo. Número de pacientes a los que se les ha realizado CMI/ total de candidatos a cirugía mínimamente invasiva x 100

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes intervenidos, número de historia clínica, procedimiento realizado incluyendo copia del protocolo quirúrgico de cada paciente.

Límite Superior/Límite Inferior: Protocolo elaborado y realización de 20 casos en 2010 o el porcentaje resultante desde la adquisición del equipo necesario para su realización. 20 casos/15 casos o sus porcentajes correspondientes.

Objetivo específico número 7

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 realizar por vía endovascular al menos el 30% de los aneurismas abdominales complicados

Indicador: Aneurismas abdominales complicados resueltos por vía endovascular

Fórmula: Número de Aneurismas abdominales complicados resueltos por vía endovascular/ total de Aneurismas abdominales complicados resueltos x 100

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes intervenidos, número de historia clínica, procedimiento realizado incluyendo copia del protocolo quirúrgico de cada paciente.

Límite Superior/Límite Inferior: 30%/25%



Objetivo específico número 8

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 realizar al menos 20 procedimientos de asistencia circulatoria y respiratoria con circulación extracorpórea en el tratamiento de la insuficiencia circulatoria y respiratoria (ECMO)

Indicador: ECMO en insuficiencia circulatoria y respiratoria

Fórmula: Número de ECMO realizadas

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes intervenidos, número de historia clínica, procedimiento realizado incluyendo copia del protocolo quirúrgico de cada paciente.

Límite Superior/Límite Inferior: 20 procedimientos/15 procedimientos

Objetivo específico número 9

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 establecer y poner en marcha un protocolo de actuación clínica en pacientes afectados de infecciones de cables y dispositivos implantables

Indicador: Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de infecciones de cables y dispositivos implantables

Fórmula: Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo a los que se les ha aplicado /total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica

Límite Superior/Límite Inferior: Existencia del protocolo 50%/40%

Objetivo específico número 10

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 establecer y poner en marcha un protocolo de actuación clínica en la patología de la insuficiencia mitral.

OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC DE CARDIOLOGÍA

Indicador: Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de insuficiencia mitral

Fórmula: Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo de insuficiencia mitral /total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica

Límite Superior/Límite Inferior: Existencia del protocolo 50%/40%

Objetivo específico número 11

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 establecer y poner en marcha un protocolo de actuación clínica en la patología de la insuficiencia cardíaca terminal

OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC DE CARDIOLOGÍA

Indicador: Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de insuficiencia cardíaca terminal

Fórmula: Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo de insuficiencia cardíaca terminal /total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica

Límite Superior/Límite Inferior: Existencia del protocolo 50%/40%



Objetivo específico número 12

La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 establecer y poner en marcha un protocolo de actuación clínica en la patología de la fibrilación auricular crónica **OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC DE CARDIOLOGÍA**

Indicador: Protocolo de actuación clínica de pacientes afectos de fibrilación auricular crónica

Fórmula: Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo de fibrilación auricular crónica/total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100

Fuente: UGC Cirugía Cardiovascular

Metodología de Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica

Límite Superior/Límite Inferior: Existencia del protocolo 50%/40%

Objetivo específico número 13: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 incluir a todos los casos intervenidos con CCV pediátrica en base de datos europea (Aristotle).

Indicador: Inclusión de pacientes intervenidos de CCV pediátrica en la base de datos europea (Aristotle)

Fórmula: Número de casos intervenidos con CCV pediátrica incluidos en Aristotle x100/ Número total de casos intervenidos con CCV pediátrica en el centro.

Fuente: Aristotle/CMBDA

Metodología de Evaluación: Informe de datos incluidos en Aristotle, aportados por la dirección del centro CMBDA

Límite Superior/Límite Inferior: 75%/30%

Objetivo específico número 14: La Unidad de Gestión Clínica de CIRUGIA CARDIOVASCULAR se marca como objetivo para el año 2010 incluir a todos los casos de personas adultas intervenidos por cirugía cardiovascular en registro de CCV de la plataforma ARIAM-Andalucía.

Indicador: Inclusión de pacientes intervenidos de CCV en la base de datos ARIAM- Andalucía.

Fórmula: Casos de personas intervenidas por CCV de personas adultas intervenidos registrados en ARIAM Andalucía x 100 / Casos de personas intervenidas por CCV según CMBDA

Fuente: ARIAM –Andalucía y CMBDA

Metodología de Evaluación: Informe de datos incluidos en ARIAM-Andalucía y aportados por la dirección del centro CMBDA

Límite Superior/Límite Inferior: 80%/50%

Objetivo específico número 15: La Unidad de Gestión Clínica se marca como Objetivo para el año 2010 disminuir la mortalidad y complicaciones asociadas a la cirugía mediante la adecuada aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica. Para ello se compromete a:

Cumplimentación del Listado de Verificación Quirúrgica en al menos el 90% de las intervenciones

En los Listados de Verificación Quirúrgica deben estar cumplimentados al menos el 90% de los ítems;

En los Listados de de Verificación Quirúrgica cumplimentados deben figurar al menos 2 de las 3 firmas contempladas.

A lo largo de 2010 la unidad realizará 2 evaluaciones del nivel de cumplimentación mediante muestreo realizado para un nivel de confianza del 90% y una diferencia de $\pm 10\%$.



El primer corte se realizará en el mes de Junio y en él se evaluarán las intervenciones realizadas entre Enero y Mayo (ambos inclusive).

El segundo corte se realizará en el mes de Diciembre y en él se evaluarán las intervenciones realizadas entre Julio y Noviembre (ambos inclusive).

Se realizarán dos sesiones en la unidad para presentar los resultados de cada una de las evaluaciones realizadas.

Fuente: UGC

Responsable: Responsable del Listado de Verificación Quirúrgica de la Unidad.

Metodología: Informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica que incluirá los resultados obtenidos en las dos evaluaciones realizadas, así como el análisis de los mismos y propuestas de mejora derivadas de las sesiones internas.

Límites: Cumple/No cumple.

Objetivo específico número 16: La Unidad de Gestión Clínica se marca como Objetivo para el año 2010 utilizar los modelos de Consentimiento Informado actualizados según ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado (BOJA 152) que se encuentran disponibles en la página web del Hospital (Profesionales). Para ello se compromete a:

- utilizar el modelo actualizado en el 100% de Consentimientos Informados cumplimentados en el año 2010.

Indicador: Porcentaje de Consentimientos informados en formato actualizado/Consentimientos Informados cumplimentados en 2010.

Fuente: Historia Clínica

Metodología: Auditoría de Historias e Informe del Director de la Unidad con el resultado obtenido.

En caso de que aún no estén disponibles los Consentimientos de la especialidad, se ajustará el periodo de evaluación del objetivo: la unidad dispondrá de un mes para adoptar los nuevos modelos a partir de la fecha en la que se habiliten en la web del hospital.

Límites: Cumple/No cumple.



AREA: DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA

Objetivo específico número 1

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: Incrementar el número de Accesos vasculares realizados y el porcentaje de pacientes con catéteres permanentes para hemodiálisis
Datos e indicadores en los que se sustenta: NUMERO EXCESIVO DE CATETERES PERMANENTES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL CENTRO
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: REALIZACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE PROTOCOLO ENCAMINADO A LA OPTIMIZACION DE LOS ACCESOS VASCULARES PARA PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS Y A LA REDUCCION DEL PORCENTAJE DE PACIENTES CON CATETERES PERMANENTES
Razonamiento que justifica la intervención: POSIBLE MEJORIA OBJETIVA DE RESULTADOS, Y DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE CATETERES PERMANENTES.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): PROTOCOLO DE LA REALIZACION DE ACCESOS VASCULARES, INDICACION DE LOS MISMOS Y CONTROL DE CALIDAD INMEDIATO Y ALEJADO.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): ELABORACION DEL PROTOCOLO EN PRIMER SEMESTRE Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL SEGUNDO DE 2010.DISMINUCION DEL PORCENTAJE DE CATETERES PERMANENTES PARA HEMODIALISIS. 28%/33%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: EXISTENCIA DEL PROTOCOLO, ELABORADO CONJUNTAMENTE CON UNIDAD DE NEFROLOGIA. INFORME DE UGC DE CCV. DISMINUCION OBJETIVA DEL PORCENTAJE DE PACIENTES CON USO DE CATETERES PERMANENTES EN EL HOSPITAL REINA SOFIA, SEGÚN INFORME DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL CENTRO.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: NEFROLOGIA
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):
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



AREA: DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA

Objetivo específico número 2

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: Monitorización de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca
Datos e indicadores en los que se sustenta: Insuficiente monitorización actual de función cardíaca en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, con especial énfasis en pacientes de alto riesgo o con disfunción de la función cardíaca.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Elaboración y puesta en funcionamiento de un programa de eco cardiografía transesofágica peri operatoria en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca
Razonamiento que justifica la intervención: -Alto riesgo de las intervenciones -Influencia muy importante de la monitorización de la función cardíaca en los resultados clínicos
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): -Coordinación de CCV, cardiología y anestesia para los protocolos -Formación de los anestesiistas de la UGC de CCV en los aspectos básicos de la eco cardiografía transesofágica. -Participación activa de facultativos de cardiología, como viene ocurriendo, en la interpretación de la eco cardiografía transesofágica en los quirófanos de CCV -Responsables del objetivo: Dtor. UGC de CCV, Jefe de servicio de cardiología, responsable de anestesia de la UGC de CCV, Dtor. Unidad de registros externos de cardiología
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Monitorización de la función cardíaca con eco cardiografía transesofágica en, al menos, el 50% de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. Elaboración de informes de los hallazgos ecocardiográficos en los protocolos de anestesia de los pacientes intervenidos.
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Porcentaje de pacientes monitorizados mediante eco cardiografía transesofágica., recogidos mediante los protocolos de anestesia de los pacientes intervenidos. Informe del responsable de anestesia de la UGC de CCV. Límite superior: 50% de los pacientes Límite inferior: 30% de los pacientes
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: -Cardiología -Anestesia
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): Aumento, por adquisición de equipo ultrasónico.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: sistema de ultrasonidos para reemplazar el eco cardiógrafo que será utilizado, de forma exclusiva, en los quirófanos de CCV, formación de anestesiistas y cirujanos en las técnicas de eco cardiografía transesofágica.



AREA: DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA

Objetivo específico número 3

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: Aumento de la proporción de casos intervenidos mediante CMA
Datos e indicadores en los que se sustenta: Numero aun inferior al optimo de casos resueltos mediante CMA
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Resolver mediante CMA las intervenciones de cambio de generador de marcapasos definitivo en el 95% de los casos
Razonamiento que justifica la intervención: Menor morbilidad y mejor gestión de los pacientes, resueltos mediante esta metodología.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Continuar con el protocolo establecido previamente. Habilitar un espacio específico, según proyecto de la UGC de CCV, para procedimientos de CMA
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Aumentar hasta el 90% de los casos la resolución mediante CMA
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: -CMBD -Informe del director de la UGC de CCV
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica 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): Ahorro de costes por evitación de estancias
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Reforma de planta de hospitalización de CCV, según el esquema presentado.



AREA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Objetivo número 4

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: Variabilidad en las recomendaciones descritas en el Informe de Continuidad de Cuidados en pacientes con procesos de pie diabético, pacientes con sintrom, curas.
Datos e indicadores en los que se sustenta: 1. Revisión y/o actualización de las recomendaciones en pacientes con pie diabético y en pacientes con sintrom. 2. Elaboración de guía de recomendaciones en el primer semestre del 2010. Porcentaje de informes de continuidad de cuidados en los que aparecen las recomendaciones actualizadas y/o revisadas en el 2º semestre del año.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Recomendaciones de Enfermería al alta de los pacientes con procesos de pie diabético, pacientes con sintrom, curas.
Razonamiento que justifica la intervención: Mejorar los conocimientos de los enfermos con estos procesos, cuando se vayan de alta. Ayuda a la enfermería de atención primaria en las curas del pie diabético.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Recomendaciones al alta en el proceso del pie diabético. En el primer semestre se elaborará e implantación en el segundo. Recomendaciones al alta en el proceso de pacientes con sintrom. Elaboración en el primer semestre e implantación en el segundo. Recomendaciones en el cuidado de las curas. Elaboración en el primero e implantación en el segundo.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Que los enfermos lleven unas recomendaciones de mayor calidad. Que la enfermería de atención primaria conozca perfectamente como se han curado en el hospital.
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: El informe de continuidad de cuidados con las nuevas recomendaciones. Límite superior del 60% Límite superior del 40%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica 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): Afectaría al coste.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Aumentar el número de ordenadores personales en el control de enfermería a dos.



AREA: PROCESOS ASISTENCIALES

Objetivo número 5

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: Falta de procedimientos o protocolos consensuados en pacientes con proceso asistencial de marcapasos, con proceso cardiaco, y con proceso de pie diabético.
Datos e indicadores en los que se sustenta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Variabilidad en la práctica clínica diaria. ✓ Inseguridad para el paciente y familia. Criterios dispares ante los procesos descritos.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Elaboración y puesta en práctica de procedimientos y protocolos consensuados en procesos de Implantación de Marcapasos, de Cirugía Cardiaca y Pie diabético.
Razonamiento que justifica la intervención: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar la variabilidad en la práctica clínica. ✓ Existencia de la necesidad de la protocolización de estos procesos para el cuidado de los pacientes anteriormente descritos. ✓ Existencia de POEs que se utilizaran como guía y base a los profesionales de nueva incorporación. Trabajar según los principios de seguridad del paciente.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración del POE del proceso de implantación de Marcapasos en el primer trimestre del año 2010. Implantación en el 2º trimestre. Responsables: Supervisora de la Unidad y Jefa de Bloque. ✓ Elaboración del POE del proceso de Cirugía Cardiaca en el 2º trimestre del año 2010. Implantación en el 3º trimestre ✓ Responsables: Supervisora de la Unidad y Jefa de Bloque. ✓ Elaboración del POE del proceso del Pie diabético en el tercer trimestre del año 2010. Implantación en el cuarto trimestre. Responsables: Supervisora de la Unidad y Jefa de Bloque.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos2010): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración e implantación de los POES de estos procesos. ✓ Evitar la variabilidad en la práctica clínica. ✓ Unificación de criterios en la realización de las actividades. ✓ Trabajar para la seguridad del paciente. Incrementar el nivel de calidad en los cuidados de los pacientes con los procesos anteriormente descritos.
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Elaboración POEs (proceso marcapasos, c. cardiaca y pie diabético): Lim.Sup:SI. Lim.Inf: NO. Fuente: presentación de POEs. Informe con análisis de la implementación de POEs y evaluación: Lim.Sup:SI. Lim. Inf:NO Fuente: presentación de Informe.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: Quirófanos de CCV (5, 6, 9).UCI.
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):
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 6

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: Disminuir la invasión y las incisiones en pacientes intervenidos de cirugía cardiaca mayor.
Datos e indicadores en los que se sustenta: Menor morbilidad y mortalidad de la cirugía mínimamente invasiva. Menor efecto estético. Uso y familiarización con la cirugía bajo visión óptica indirecta e iniciación a la robótica.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Elaboración y puesta en funcionamiento de un protocolo encaminado al inicio de un programa de cirugía mínimamente invasiva en cirugía cardiaca. (CMI)
Razonamiento que justifica la intervención: Ventajas de la CMI, mejoras en resultados clínicos, mejoras en la imagen de la UGC y del centro.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): -adquisición del material, en primer trimestre del año -formación, en el segundo trimestre del año -Inicio del programa, en segundo semestre del año
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Realización, durante el año 2010, de veinte intervenciones , mediante CMI, en cirugía cardiaca mayor
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, constando el número de las intervenciones, axial como la relación de pacientes intervenidos, con número de historia clínica y procedimiento realizado, incluyendo copia de protocolos quirúrgicos de los pacientes. Límite superior: REALIZACION DE 20 CASOS EN 2010 MEDIANTE CMI O SU PORCENTAJE RESPECTO AL MOMENTO DE LA DISPONIBILIDAD DEL MATERIAL NECESARIO PARA ELLO Límite inferior:
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica 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): debe mantenerse, pues el aumento de costes por material inventariable y fungible, debe compensarse con la disminución de estancias hospitalarias.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Material especificado en el plan de necesidades 2010 para la UGC de CCV



AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 7

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: Disminuir la invasión y las incisiones en pacientes intervenidos de cirugía vascular de emergencia y disminuir la mortalidad de las mismas.
Datos e indicadores en los que se sustenta: Menor morbilidad y mortalidad de la cirugía mínimamente invasiva. Elevados índices de mortalidad en la cirugía de las aneurismas abdominales rotas.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Elaboración y puesta en funcionamiento de un protocolo encaminado al inicio de un programa de cirugía endovascular en la patología de los aneurismas abdominales complicados con rotura y hemorragia retroperitoneal.
Razonamiento que justifica la intervención: Ventajas de la CMI, mejoras en resultados clínicos, disminución de estancias y costes asociados.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): -creación de stock de material endovascular, a cargo de la empresa suministradora, en el primer trimestre del año. -formación, en el segundo trimestre del año -coordinación con unidad de radiología vascular -Inicio del programa, en segundo semestre del año
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Realización, durante el año 2010, por vía endovascular, del 25% de las intervenciones sobre aneurismas abdominales complicados. Límites superior: 30% Límite inferior: 25%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, constando el número de las intervenciones, así como la relación de pacientes intervenidos, con número de historia clínica y procedimiento realizado, incluyendo copia de protocolos quirúrgicos de los pacientes.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: -servicio de radiología
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): debe mantenerse, pues el aumento de costes por material fungible, debe compensarse con la disminución de estancias hospitalarias.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Stock de material endovascular.



AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 8

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: Tratamiento de la insuficiencia circulatoria y respiratoria mediante procedimientos de asistencia circulatoria y respiratoria con circulación extracorpórea (ECMO)
Datos e indicadores en los que se sustenta: Inexistencia de otro tratamiento eficaz en varias modalidades de fracaso circulatorio y respiratorio, con mortalidad próxima al 100% de los casos.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Elaboración y puesta en funcionamiento de un protocolo clínico de asistencia circulatoria y respiratoria con circulación extracorpórea.
Razonamiento que justifica la intervención: Posibilidad de solución, con esta metodología, de situaciones clínicas consideradas terminales en los casos graves.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): -Elaboración de protocolo interdisciplinario -Puesta en practica del mismo
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Realización, en Hospital Reina Sofía, de 20 procedimientos ECMO, para diversas patologías circulatorias y respiratorias, en colaboración con unidades clínicas de cardiología, pediatría y UCI.
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, constando el número de las intervenciones, así como la relación de pacientes intervenidos, con número de historia clínica y procedimiento realizado, incluyendo copia de protocolos quirúrgicos de los pacientes y resultado
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: -UCI -Pediatría
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): Aumento, por material inventariable y fungible.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 9

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: Aumento de la protocolización asistencial en la patología cardiaca
Datos e indicadores en los que se sustenta: Mejoría de resultados clínicos y organizativos con la protocolización de la asistencia clínica, que constituye una de las bases de la gestión clínica.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Establecimiento y puesta en funcionamiento de un protocolo de actuación clínica, para los pacientes afectos de infecciones de cables y dispositivos implantables
Razonamiento que justifica la intervención: Mejoría de resultados clínicos y de gestión de pacientes. Protocolización asistencial conjunta entre unidades clínicas.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Formación de comisión que ha de efectuar el protocolo. Elaboración del mismo en el primer semestre de 2010 y puesta en práctica en el segundo semestre.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Resolución de los pacientes de la patología descrita, en el 50% de los casos, durante el segundo semestre de 2010, según el protocolo desarrollado Límite superior: 50% Límite inferior: 40%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, haciendo constar la metodología empleada y los casos resueltos según el protocolo elaborado, incluyendo historias clínicas de los pacientes y copia de los protocolos quirúrgicos de los pacientes intervenidos según esa metodología.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica 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): El aumento de costes en material fungible debe compensarse con la disminución de estancias hospitalarias y de la derivación de pacientes hacia otros centros y otras comunidades autónomas.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención: Plan de necesidades 2010 para la UGC de CCV



AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 10

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: Aumento de la protocolización asistencial en la patología cardiaca
Datos e indicadores en los que se sustenta: Mejoría de resultados clínicos y organizativos con la protocolización de la asistencia clínica, que constituye una de las bases de la gestión clínica
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Establecimiento y puesta en funcionamiento de un protocolo de actuación clínica, en la patología de la insuficiencia mitral.
Razonamiento que justifica la intervención: Mejoría de resultados clínicos y de gestión de pacientes. Protocolización asistencial conjunta entre unidades clínicas.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Formación de comisión que ha de efectuar el protocolo. Elaboración del mismo en el primer semestre de 2010 y puesta en práctica en el segundo semestre.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Resolución de los pacientes de la patología descrita, en el 50% de los casos, durante el segundo semestre de 2010, según el protocolo desarrollado Límite superior: 50% Límite inferior: 40%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, haciendo constar la metodología empleada y los casos resueltos según el protocolo elaborado.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: UGC cardiología
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):
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 11

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: Aumento de la protocolización asistencial en la patología cardiaca
Datos e indicadores en los que se sustenta: Mejoría de resultados clínicos y organizativos con la protocolización de la asistencia clínica, que constituye una de las bases de la gestión clínica.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Establecimiento y puesta en funcionamiento de un protocolo de actuación clínica, en la patología de la insuficiencia cardiaca terminal
Razonamiento que justifica la intervención: Mejoría de resultados clínicos y de gestión de pacientes. Protocolización asistencial conjunta entre unidades clínicas.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Formación de comisión que ha de efectuar el protocolo. Elaboración del mismo en el primer semestre de 2010 y puesta en práctica en el segundo semestre.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Resolución de los pacientes de la patología descrita, en el 50% de los casos, durante el segundo semestre de 2010, según el protocolo desarrollado
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, haciendo constar la metodología empleada y los casos resueltos según el protocolo elaborado. Límite superior: 50% Límite inferior: 40%
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: UGC de cardiología
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):
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

AREA: PRACTICA CLINICA

Objetivo número 12

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: Aumento de la protocolización asistencial en la patología cardiaca
Datos e indicadores en los que se sustenta: Mejoría de resultados clínicos y organizativos con la protocolización de la asistencia clínica, que constituye una de las bases de la gestión clínica.
INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO
Enunciado de la intervención: Establecimiento y puesta en funcionamiento de un protocolo de actuación clínica, en la patología de la fibrilación auricular crónica
Razonamiento que justifica la intervención: Mejoría de resultados clínicos y de gestión de pacientes. Protocolización asistencial conjunta entre unidades clínicas.
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación): Formación de comisión que ha de efectuar el protocolo. Elaboración del mismo en el primer semestre de 2010 y puesta en práctica en el segundo semestre.
Resultados que se pretenden conseguir en el año 2.010 (Objetivos 2.010): Resolución de los pacientes de la patología descrita, en el 50% de los casos, durante el segundo semestre de 2010, según el protocolo desarrollado Límite superior. 50% Límite inferior: 40%
Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo: Informe del director de la UGC de CCV, haciendo constar la metodología empleada y los casos resueltos según el protocolo elaborado.
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica enumerarlos: UGC cardiología
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):
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

6. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS AÑO 2010: OBJETIVOS COMUNES

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
Área 1 Capítulo I	1	Capítulo I	Gasto en Cap.I de la UGC =<= Presupuesto asignado	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	2	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	2	3,5%	4,5%	
Área 2. Capítulo II y IV	3	Capítulo II y IV	(Gasto 2010 en Capítulo II y IV – Presupuesto asignado 2010) / Presupuesto asignado 2010 x 100	Coanh	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	6	0%	2%	
Área 3. Accesibilidad	4	Demora AGD: Índice sintético LEQ	Pacientes incluidos en AGD que se intervienen en plazo previsto x 100 / nº total de pacientes registrados en AGD	AGD	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	20	10	0	Servicio de Anestesia Área Quirúrgica
	5	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	5	1,89	1,72	Servicio de Anestesia Servicio Área Quirúrgica
	6	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	3	20	60	
	7	Gestión de citas de consultas sucesivas	Nº consultas sucesivas dadas por el servicio / total consultas sucesivas x 100	Diraya	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	3	95%	80%	
Área 4. Uso Racional del Medicamento	8	Prescripción por Principio Activo	Número de recetas realizadas por principio activo / total de recetas x 100	Farma	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	4	68%	60%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	9	Prescripción DDDs de Inhibidores de la Bomba de Protones	Nº de DDDs de inhibidores de la bomba de protones x 100 /total de inhibidores	Farma	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	1	85%	80%	
	10	Prescripción de opiáceos	Número de DDDs de morfina/ DDD morfina, buprenorfina, fentanilo, hidromorfona, metadona, oxicodona, petidiana, pentazocinax100	Farma	Explotación del Sistema de Información e Informe de Farmacia con el resultado obtenido	1	4%	1%	
Área 5. Hospitalización	11	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 (Completar)	3	0,90	1	
	12	Estancia media preoperatoria programada	Estancia media preoperatoria programada (valor 2010 –valor 2009) / valor 2009 x 100	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	3	-30%	-20%	Servicio de Anestesia
Área 6. Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	13	Índice sintético de orientación al ciudadano	Ver tabla	Servicio de Atención al Ciudadano	Resultado del Índice sintético e Informe del responsable de la Unidad de Atención al Ciudadano y del Servicio de Participación Ciudadana	2	10	0	Servicio de Calidad y Documentación Clínica
Área 7. Fomentar la investigación entre los profesionales	14	Publicaciones en revistas indexadas	Número de publicaciones en revistas indexadas en las que participen al menos 2 miembros del servicio	Unidad de Gestión Clínica	Presentación de las publicaciones realizadas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido	2,5	2	0	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	15	Comunicaciones orales presentadas a congresos	Número de comunicaciones orales presentadas a congresos científicos nacionales, internacionales o regionales en las que participen al menos 3 miembros de la Unidad.	Unidad de Gestión Clínica	Presentación de los Certificados acreditativos de las Comunicaciones realizadas e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido.	2,5	5	0	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1	Accesos vasculares	Número de catéteres vasculares permanentes para hemodiálisis realizados/total de catéteres x 100	Registro propio UGC Nefrología	Existencia del protocolo, Explotación del registro propio e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología y de Cirugía Cardiovascular con el resultado obtenido	2,5	28%	33%	UGC NEFROLOGIA
	2	Monitorización de la función cardíaca con eco-cardiografía transesofágica	Número pacientes a los que se les ha monitorizado la función cardíaca tras cirugía cardíaca/total de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca x 100	Para el numerador Registro propio del Servicio de Anestesia, para el denominador, CMBD	Explotación del registro propio e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular con el resultado obtenido	2,5	Protocolo realizado. 50%	30%	
	3	Resolución de cambio de generador de marcapasos por CMA	Número de cambio de generador de marcapasos resueltos por CMA/total de recambios de generador de marcapasos realizados x 100	CMBD	Explotación del CMBD e informe de sistemas de información con el resultado obtenido	2,5	Protocolo realizado. 95%	90%	
	4	Recomendaciones de enfermería al alta	Existencia de los documentos de recomendaciones al alta para los procesos indicados y para el porcentaje: Número de pacientes de los procesos indicados a los que se les ha entregado las recomendaciones al alta/total de pacientes ingresados en la UGC susceptibles de recibir recomendaciones x 100	Informes de continuidad de cuidados. Dirección de Enfermería	Explotación del registro mediante cortes mensuales e informe de la Dirección de Enfermería con el resultado obtenido	2,5	Recomendaciones elaboradas y porcentaje de entrega 60%	40%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	5	POEs	No aplica	UGC Cirugía Cardiovascular	Existencia de los 3 POEs indicados en informe del Director de la UGC de Cirugía Cardiovascular con el resultado obtenido	2,5	SI	NO	
	6	Cirugía mínimamente invasiva	Existencia del protocolo. Número de pacientes a los que se les ha realizado CMI/ total de candidatos a cirugía mínimamente invasiva x 100	UGC Cirugía Cardiovascular	Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes intervenidos, número de historia clínica, procedimiento realizado incluyendo copia del protocolo quirúrgico de cada paciente.	2,5	Protocolo elaborado y porcentaje de CMI REALIZACION DE 20 CASOS EN 2010	15 casos	
	7	Aneurismas abdominales complicados resueltos por vía endovascular	Número de Aneurismas abdominales complicados resueltos por vía endovascular/ total de Aneurismas abdominales complicados resueltos x 100	UGC Cirugía Cardiovascular	Evaluación: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes intervenidos, número de historia clínica, procedimiento realizado incluyendo copia del protocolo quirúrgico de cada paciente.	2,5	30%	25%	
	8	ECMO en insuficiencia circulatoria y respiratoria	Número de ECMO realizadas	UGC Cirugía Cardiovascular	Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes intervenidos, número de historia clínica, procedimiento realizado incluyendo copia del protocolo quirúrgico de cada paciente.	2,5	20 procedimientos	15 procedimientos	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	9	Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de infecciones de cables y dispositivos implantables	Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo a los que se les ha aplicado /total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100	UGC Cirugía Cardiovascular	Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica	2,5	Existencia del protocolo 50%	40%	
	10	Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de insuficiencia mitral	Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo de insuficiencia mitral /total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100	UGC Cirugía Cardiovascular	: Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica	2,5	Existencia del protocolo 50%	40%	UGC DE CARDIOLOGÍA
	11	Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de insuficiencia cardíaca terminal	Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo de insuficiencia cardíaca terminal /total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100	UGC Cirugía Cardiovascular	Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica	2,5	Existencia del protocolo 50%	40%	UGC DE CARDIOLOGÍA
	12	Protocolo de actuación clínica de pacientes afectados de fibrilación auricular crónica	Protocolo y pacientes susceptibles de aplicación del protocolo de fibrilación auricular crónica/total de pacientes susceptibles de aplicación del protocolo x 100	UGC Cirugía Cardiovascular	Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido, constatando el número de intervenciones, relación de pacientes, número de historia clínica	2,5	Existencia del protocolo 50%	40%	UGC DE CARDIOLOGÍA
	13	Base de datos Aristotle	Número de caso intervenidos con CCV pediátrica incluidos en Aristotle/ Número total de casos intervenidos con CCV pediátrica en el centro x 100	Aristotle/CMBDA	Informe de datos incluidos en Aristotle, aportados por la dirección del centro y CMBDA	2,5	75%	30%	
	14	Base de datos ARIAM Andalucía	Número de caso intervenidos con CCV adultos incluidos en ARIAM Andalucía/ Número total de casos intervenidos con CCV adultos en el centro x 100	ARIAM Andalucía/CMBDA	Informe de datos incluidos en ARIAM Andalucía, aportados por la dirección del centro y CMBDA	2,5	80%	50%	

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior	Objetivo compartido con:
	15	Listado de Verificación	No aplica	UGC	Informe del Director de la UGC que incluirá los resultados obtenidos en las dos evaluaciones realizadas, así como el análisis de los mismos y propuestas de mejora derivadas de las sesiones internas	2,5	Cumple	No cumple	
	16	Consentimiento informado	No aplica	Historia Clínica	Auditoría e Historias Clínicas e informe del Director de la unidad con el resultado obtenido	2,5	Cumple	No cumple	

7. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2010 CON SU FUNCIÓN DE VALOR

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	OBJETIVO Nº 13	OBJETIVO Nº 14	OBJETIVO Nº 15	Función de Valor
Capítulo I	Absentismo	Capítulo II y IV	Índice sintético o LEQ	Incremento del rendimiento del quirófano	Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	Prescripción por principio activo	Prescripción de DDDs de omeprazol	Opiáceos	Índice de utilización de estancias	estancia media preoperatoria programada	Índice sintético de orientación al ciudadano	Publicaciones en revistas indexadas	Comunicaciones orales presentadas a congresos	
CUMPLE	<= 3,5	<= 0	10	>= 1,89	<= 20 días	>= 95	>= 68	>= 85	>= 4	<= 0,9	>= 30	10	2	5	10
	> 3,5 - 3,61	> 0 - 0,22	9	< 1,89 - 1,87	21-25	< 95 - 93,33	< 68 - 67,11	< 85 - 84,44	< 4 - 3,67	> 0,9 - 0,91	< 30 - 28,89	9			9
	> 3,61 - 3,72	> 0,22 - 0,44	8	< 1,87 - 1,85	26-30	< 93,33 - 91,67	< 67,11 - 66,22	< 84,44 - 83,89	< 3,67 - 3,33	> 0,91 - 0,92	< 28,89 - 27,78	8		4	8
	> 3,72 - 3,83	> 0,44 - 0,67	7	< 1,85 - 1,83	31-33	< 91,67 - 90	< 66,22 - 65,33	< 83,89 - 83,33	< 3,33 - 3	> 0,92 - 0,93	< 27,78 - 26,67	7			7
	> 3,83 - 3,94	> 0,67 - 0,89	6	< 1,83 - 1,81	34-36	< 90 - 88,33	< 65,33 - 64,44	< 83,33 - 82,78	< 3 - 2,67	> 0,93 - 0,94	< 26,67 - 25,56	6		3	6
	> 3,94 - 4,06	> 0,89 - 1,11	5	< 1,81 - 1,8	37-39	< 88,33 - 86,67	< 64,44 - 63,56	< 82,78 - 82,22	< 2,67 - 2,33	> 0,94 - 0,96	< 25,56 - 24,44	5	1		5
	> 4,06 - 4,17	> 1,11 - 1,33	4	< 1,8 - 1,78	40-45	< 86,67 - 85	< 63,56 - 62,67	< 82,22 - 81,67	< 2,33 - 2	> 0,96 - 0,97	< 24,44 - 23,33	4		2	4
	> 4,17 - 4,28	> 1,33 - 1,56	3	< 1,78 - 1,76	46-50	< 85 - 83,33	< 62,67 - 61,78	< 81,67 - 81,11	< 2 - 1,67	> 0,97 - 0,98	< 23,33 - 22,22	3			3
	> 4,28 - 4,39	> 1,56 - 1,78	2	< 1,76 - 1,74	51-55	< 83,33 - 81,67	< 61,78 - 60,89	< 81,11 - 80,56	< 1,67 - 1,33	> 0,98 - 0,99	< 22,22 - 21,11	2		1	2
	> 4,39 - 4,5	> 1,78 - 2	1	< 1,74 - 1,72	55-60	< 81,67 - 80	< 60,89 - 60	< 80,56 - 80	< 1,33 - 1	> 0,99 - 1	< 21,11 - 20	1			1
NO CUMPLE	> 4,5	> 2	0	< 1,72	>60 días	< 80	< 60	< 80	< 1	> 1	< 20	0	0	0	0
2	2	6	20	5	3	3	4	1	1	3	3	2	2,5	2,5	Peso relativo
															Resultado
															Resultado obtenido
															Resultado ponderado

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS AÑO 2010 CON SU FUNCIÓN DE VALOR

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	OBJETIVO Nº 13	OBJETIVO Nº 14	OBJETIVO Nº 15	OBJETIVO Nº 16
Accesos vasculares	Monitorización de la función cardíaca con eco-cardiografía transesofágica	Recambio de generador de marcapasos por CMA	Recomendaciones de enfermería al alta	POEs	CMI	Aneurismas abdominales complicados resueltos por vía endovascular	ECMO en insuficiencia circulatoria y respiratoria	Protocolo infecciones de cables y dispositivos implantables	Protocolo insuficiencia mitral	Protocolo cardíaca terminal	Protocolo fibrilación auricular crónica	Base de datos Aristotle	Base de Datos ARIAM-Andalucía	Listado de verificación "Check-list"	Consentimiento informado
< = 28	> = 50	> = 95	> = 60	si	20	> = 30	20	> = 50	> = 50	> = 50	> = 50	> = 75	> = 80	Si	si
> 28 - 28,56	< 50 - 47,78	< 95 - 94,44	< 60 - 57,78			< 30 - 29,44		< 50 - 48,89	< 50 - 48,89	< 50 - 48,89	< 50 - 48,89	< 75 - 70	< 80 - 76,67		
> 28,56 - 29,11	< 47,78 - 45,56	< 94,44 - 93,89	< 57,78 - 55,56			< 29,44 - 28,89		< 48,89 - 47,78	< 48,89 - 47,78	< 48,89 - 47,78	< 48,89 - 47,78	< 70 - 65	< 76,67 - 73,33		
> 29,11 - 29,67	< 45,56 - 43,33	< 93,89 - 93,33	< 55,56 - 53,33			< 28,89 - 28,33		< 47,78 - 46,67	< 47,78 - 46,67	< 47,78 - 46,67	< 47,78 - 46,67	< 65 - 60	< 73,33 - 70		
> 29,67 - 30,22	< 43,33 - 41,11	< 93,33 - 92,78	< 53,33 - 51,11			< 28,33 - 27,78		< 46,67 - 45,56	< 46,67 - 45,56	< 46,67 - 45,56	< 46,67 - 45,56	< 60 - 55	< 70 - 66,67		
> 30,22 - 30,78	< 41,11 - 38,89	< 92,78 - 92,22	< 51,11 - 48,89		15	< 27,78 - 27,22	17	< 45,56 - 44,44	< 45,56 - 44,44	< 45,56 - 44,44	< 45,56 - 44,44	< 55 - 50	< 66,67 - 63,33		
> 30,78 - 31,33	< 38,89 - 36,67	< 92,22 - 91,67	< 48,89 - 46,67			< 27,22 - 26,67		< 44,44 - 43,33	< 44,44 - 43,33	< 44,44 - 43,33	< 44,44 - 43,33	< 50 - 45	< 63,33 - 60		
> 31,33 - 31,89	< 36,67 - 34,44	< 91,67 - 91,11	< 46,67 - 44,44			< 26,67 - 26,11		< 43,33 - 42,22	< 43,33 - 42,22	< 43,33 - 42,22	< 43,33 - 42,22	< 45 - 40	< 60 - 56,67		
> 31,89 - 32,44	< 34,44 - 32,22	< 91,11 - 90,56	< 44,44 - 42,22			< 26,11 - 25,56		< 42,22 - 41,11	< 42,22 - 41,11	< 42,22 - 41,11	< 42,22 - 41,11	< 40 - 35	< 56,67 - 53,33		
> 32,44 - 33	< 32,22 - 30	< 90,56 - 90	< 42,22 - 40			< 25,56 - 25		< 41,11 - 40	< 41,11 - 40	< 41,11 - 40	< 41,11 - 40	< 35 - 30	< 53,33 - 50		
> 33	< 30	< 90	< 40	no	10	< 25	15	< 40	< 40	< 40	< 40	< 30	< 50	No	no
2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5

LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL AÑO 2010

Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular, interino, eventual, etc.)	Especialidad (si procede)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial, % de dedicación
Pedro Alados Arboledas	FEA CCV	Titular	C. Cardiovascular	Total	Jornada Completa
Jaime Casares Mediavilla	FEA CCV	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Javier Moya González	FEA CCV	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Carlos Merino Cejas	FEA CCV	Titular	C. Cardiovascular	Total	
Ignacio Muñoz Carvajal	FEA CCV	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Antonio Chacón Quevedo	Médico general	Interino	C. Cardiovascular	Total	
Manuel Román Ortiz	FEA CCV	Titular	C. Cardiovascular	Total	
María Isabel Rodríguez Mateo	Administrativa	Titular		Total	
José L. Medina Almansa	Perfusión	Titular		80%	Jornada Completa
José Cabezas Rosario	Perfusión	Titular		Total	
María V. Blázquez Ruiz	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Agustina Jiménez Castilla	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Ángela Morales Cubero	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Miguel Osuna LLadosa	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Joaquín Gómez Serrano	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
José M. Jiménez Luque	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Ángel Ruz Ortiz	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
José Castro Chofler	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Lourdes Ruiz Fernández	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Antonio Galán Cabezas	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Teresa Mantaras Ruiz	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
José M. Martínez Rueda	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Marina Fuentes Guerra	FEA anestesia	Titular	Anestesia	50%	
Carmen García Gaítan	FEA anestesia	Interino	Anestesia	50%	
Araceli Campaña Blanco	Supervisora	Titular		Total	
José González Fernández	Enfermero	Interino		Total	
Gloria Gutiérrez Anguita	Enfermera	Titular		Total	
Purificación Anguiano Benito	Auxiliar	Titular		Total	
M ^a Carmen Márquez Córdoba	Enfermera	Interino		Total	
Elena Monzón Ceballos	Enfermera	Titular		Total	
Remedios Alcántara Álvarez	Auxiliar	Titular		Total	
María C. Jiménez Castillo	Enfermera	Titular		66%	
María V. Jiménez Arroyo	Auxiliar	Titular		Total	
Mercedes Romero Cano	Auxiliar	Titular		Total	



Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular, interino, eventual, etc.)	Especialidad (si procede)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial, % de dedicación
Mª José Carmona Barranco	Enfermero	Titular		Total	
Dolores Torres García	Enfermera	Titular		Total	
Antonia Gómez Palomares	Auxiliar	Titular		Total	
María L. Raya Seco de Herrera	Auxiliar	Titular		Total	
Raquel Bravo Martínez	Enfermero	Interino		Total	
Rosa M. Chamorro Barranco	Enfermera	Titular		Total	
Rosalía López Romero	Enfermera	Titular		Total	Jornada al 66%
Francisco Carrasco Ávalos	Enfermero	Interino		Total	Jornada al 33%
Rosana Burgos Paracuellos	Enfermera	Titular		Total	Jornada al 66%
Sonia Guzmán Gutiérrez	Enfermera	Interino		Total	Jornada al 33%
Socorro Sánchez Huertos	Auxiliar	Titular		Total	
Teresa Mariscal Maestre	Enfermera	Interino		66%	
Araceli Ávila Román	Enfermera	Titular		66%	
Pilar Carmona Priego	Auxiliar	Titular		Total	Jornada al 66%
Lucía M. López Milán	Auxiliar	Titular		Total	
Ana M. Rojas Córdoba	Auxiliar	Interino		Total	
Mª del Mar Bustamante Carrizosa	Auxiliar	Titular		Total	
Carmen Fuentes Rodríguez	Enfermera	Titular		Total	
Juana García Criado	Enfermera	Titular		Total	
Área Jurado Morata	Enfermera	Titular		90%	
María A. Muñoz Blanco	Enfermera	Titular		90%	
Concepción Tejada Trapero	Auxiliar	Titular		90%	
María A. Latorre Pardos	Enfermera	Titular		Total	
Miguel Zamorano Castro	Enfermera	Titular		Total	
María L. Baena Muñoz	Enfermera	Titular		Total	
Evaristo Pila Vázquez	Enfermero	Titular	Supervisor quirófano	30%	
Juana Merchán González	Enfermera	Titular		Total	
Consuelo Vico Baeza	Enfermera	Titular		Total	
Esther Altuzarra Sierra	Enfermera	Titular		Total	
Mª Ángeles Sánchez Calderón	Auxiliar	Titular		Total	
Mª Teresa García León	Auxiliar	Titular		Total	
Antonia Arenas Alamillo	Celadora	Titular		33%	
Fernando Aguilar Rojas	Celador	Titular		33%	
Antonio Martínez Bracero	Celador	Titular		33%	
Margarita González Tejero	Celadora	Titular		33%	
Rafael Pérez Sicilia	Celador	Titular		33%	
Mercedes Lafuente Féliz	Anestesiista	Titular		40%	



Nombre y apellidos	Categoría profesional	Tipo de nombramiento (titular, interino, eventual, etc.)	Especialidad (si procede)	Vinculación a la UGC Total/parcial	Si es a tiempo parcial, % de dedicación
Pilar Pérez Navero	Anestesiista	Titular		40%	Reducción de Jornada
Jesus Romero Lopez	Anestesiista	Titular		40%	
Rafael Muñoz Lopez	Anestesiista	Interino		40%	
Francisco Javier Vallejo Cantarero	Anestesiista	Titular		40%	
Victoria Rubio Cuadrado	Anestesiista	Interino		40%	
Milagros Sancho Puebla	DUE Quirófano	Titular		40%	
Carmen Luque Infante	DUE Quirófano	Titular		40%	
Antonia Villafuerte Galán	DUE Quirófano	Titular		40%	
Socorro Rico Pacheco	DUE Quirófano	Titular		40%	
Rosario Fluja Muñoz	Auxiliar de Quirófano	Titular		40%	
Ana Martínez Rodríguez	Auxiliar de Quirófano	Titular		40%	