



**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**  
**Código SIAGC: UGC000217**

**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA**  
**Año: 2015**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA**





Córdoba a 22 de Diciembre de 2014

### REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica Cirugía Cardiovascular y en su nombre y representación D. /Dña D. Ignacio Muñoz Carvajal, en calidad de Director/a /Responsable de la Unidad

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

### ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2015

Director / Responsable de la Unidad

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



Fdo.: Ignacio Muñoz Carvajal

Fdo.: María Álvarez Benito

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

Coordinadora de Cuidados / Enfermera Jefa de  
Bloque/Supervisora

Fdo.: Araceli Campaña Blanco



## INTRODUCCIÓN

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

- a. La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- b. La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.
- c. Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SSPA.

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

- (A) Los resultados más relevantes y significativos obtenidos en los últimos cinco años: índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y económica, y algunos indicadores clave de resultados de producción que expresen el esfuerzo ya realizado y que orienten el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.
- (B) Los criterios que se han seguido y se han de reforzar para la constitución de una arquitectura sólida y evaluable de UGC, describiendo la estrategia de la Dirección Corporativa para su identificación y aplicación con carácter transparente.
- (C) En el caso específico de las UGC Inter Centros y de las unidades constituidas por más de un área de conocimiento incorporar información clara y relevante sobre:
  - o La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios (distribución - ubicación territorial y sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios).
  - o La forma en que organiza la Unidad en su conjunto (recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación) para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
  - o Valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.
- (D) El sistema de Gobierno Clínico de las UGC que la Dirección Corporativa promueve como elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización.
- (E) La apuesta decidida por seleccionar e implantar objetivos de resultado en salud y / o clínicos normalizados, que concentren los esfuerzos de los profesionales e identifiquen su impacto en la población andaluza, con especial significación de la eliminación de la práctica clínica, de lo que “no es correcto hacer”.

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

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

- 1.- Evolución histórica de la UGC.
- 2.- Justificación de la constitución de la UGC.
- 3.- Sistema de Gobierno Clínico.
- 4.- Objetivos orientados a resultados clínicos / en salud (Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por el 0.75)

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

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

4.2.- Específicos (50 % del peso total)

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

*En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “b”, los pesos de este apartado pasaran al apartado “a”.*

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

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

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

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

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

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

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



## 1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

**Año de constitución = 2008**

**Tipo de Unidad:** Quirúrgica

**Resultados últimos 5 años**

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nivel de acreditación alcanzado	-	-	-	-	-	NIVEL I	NIVEL I
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	8,21	9,72	9,35	10	8.50	7.49
IUE	1.13	0.87	0.47	0.37	0.40	0.40	0.49
Índice Casuístico	4.30	4.54	4.81	5.38	5.28	5.44	2.43
Estancias evitables	2078	-1845	-6050	-7098.86	-6.155	-4.440	-4.958
% Reingresos Urgentes < 30 días, igual Diagnostico Principal	0.81%	0.56%	0.80%	0.11%	0.11%	0%	23 casos (0.74%)
% Mortalidad	4.84	3.29	2.29	1.81	1.44	1.56	75 casos (
Estancia Preoperatoria	7.20	4.62	1.74	1.65	1.58	1.43	2.4
% Prescripción por principio activo				76.04	82.74	91.65	91.65

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

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

## 2.- JUSTIFICACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE LA UNIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

(1) Existencia de una dirección profesional:

a. Única / Liderada por: Ignacio Muñoz Carvajal

¿Cuáles son las áreas de conocimiento específicas? ¿Quién las lidera?:

<b>Áreas de conocimiento específica:</b>	<b>Liderada por:</b>
CIRUGÍA CARDÍACA DE ADULTOS	<b>Carlos Manuel Merino Cejas</b>
CIRUGÍA CARDÍACA INFANTIL	<b>Jaime Casares Mediavilla</b>
CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR	<b>Pedro José Alados Arboledas</b>
DISPOSITIVOS IMPLANTABLES	<b>Javier Moya González</b>
REGISTROS EXTERNOS	<b>Antonio Chacón Quevedo</b>
ÁREA ECONÓMICA	<b>Bibian Ortega Lopera</b>
ÁREA DE GESTIÓN	<b>M<sup>a</sup> Teresa Conejero Jurado</b>
ÁREA DE INVESTIGACIÓN	<b>Diana M. Valencia Núñez</b>
PATOLOGÍA VENOSA	<b>Pasquale Maiorano Iuliano</b>
PERFUSIÓN Y OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA	<b>José L. Medina Almansa</b>
CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	<b>Manuel Recio Rufián</b>

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

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

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

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

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

- (4) La dirección deberá propiciar la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad, en las decisiones de la misma que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:
- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social
  - Movimientos de “pacientes activos / expertos”
  - Evaluación de procesos a través de los pacientes
  - Grupos focales
  - Otras fórmulas de participación propuestas por los servicios de apoyo.
- (5) La dirección de la UGC debe propiciar la existencia de un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:
- Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency for HealthCare Research Quality (AHRQ).
  - Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científica y socialmente reconocidos y contrastables.
  - Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (S.A.S.) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad.
  - Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad.

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

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

La visión que guía dicho Sistema de Gobernanza es avanzar, de forma continua y según las innovaciones e incorporación de nuevos instrumentos de gestión clínica, hacia la sostenibilidad del Sistema desde la credibilidad generada por sus profesionales, es decir, avanzar de abajo – arriba. En la evaluación del Director/a/responsable de la UGC se tendrá en cuenta el cumplimiento o no de estos aspectos.

#### 4.- OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA

##### 4.1.- OBJETIVOS COMUNES (supondrán el 50 % del peso total)

##### ÁREA: CAPÍTULO I

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

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

Capítulo I	Objetivo
UGC Cirugía Cardiovascular	<b>PENDIENTE DEA</b>

**Indicador: Capítulo I**

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

**Fuente:** Gerhonte

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

**Peso:** 3

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

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

##### Objetivo Común nº 2: Control del Absentismo.

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

**Indicador: Porcentaje de Absentismo**

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

**Fuente:** Gerhonte.

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

**Peso:** 3

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

Absentismo	Óptimo / Inferior
UGC Cirugía Cardiovascular	3.5%/4.5%

##### ÁREA: ACCESIBILIDAD (HOSPITALES/AGS)

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

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

**Indicador:** Demora en primeras consultas

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

**Fuente:** INFHOS.

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

**Peso:** 2

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

#### Objetivo Común nº 4: Gestión de las Citas Sucesivas.

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

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

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

**Fuente:** MTI- Citas

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

**Peso:** 2

**Límite Superior/Límite Inferior:** 95% / 80%

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

#### OBJETIVO 5: MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ):

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 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.

Las Unidades de Gestión Clínica Quirúrgicas tendrán acceso a su propia Lista de Espera Quirúrgica. El director de la Unidad Clínica certificará mensualmente la situación real de dicha lista.

Se realizará una gestión de colas adecuada, interviniéndose dentro de un mismo proceso a aquellos que tengan más antigüedad.

**PESO:** 10

#### Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

##### 1.- LEQ en Procesos de 120 días (Procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006)

**Fórmula:** Percentil 97 de la demora en Procesos de 120 días programables

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 110 / 120 días

**Fuente:** AGD.

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

**Peso:** 30% del peso total del objetivo

**Periodicidad:** mensual

##### 2.- LEQ en Procesos de 180 días (Procedimientos afectados por Anexo 1 del Decreto de garantía de plazo de respuesta):

**Fórmula:** Percentil 97 de la demora en Procesos de 180 días programables

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 170 / 180 días

**Fuente:** AGD.

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

**Peso:** 30% del peso total del objetivo

**Periodicidad:** mensual

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

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

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 5 % / 10%

**Fuente:** AGD

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

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

**Periodicidad:** mensual

#### 4. IINDA $\leq 1$

El IINDA (Razón entre las Indicaciones Quirúrgicas Observadas y las Indicaciones Quirúrgicas Esperadas. Coheasist), de las especialidades básicas, a cierre de este año, deberá ser 1 o menor a 1.

**Fórmula:** INDA= (Indicaciones Quirúrgicas Observadas / Indicaciones Quirúrgicas Esperadas)

**Criterio de cumplimiento:**  $\leq 1$

**Fuente:** Coheasist

**Metodología de Evaluación:** Informe de la Dirección Médica.

**Límite óptimo/mínimo:** Cumple / No cumple

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

**Periodicidad:** mensual

ÍNDICE SINTÉTICO LEQ				
Procesos <120 días	Procesos <180 días	% PTNP	INDA	Función de Valor
$\leq 110$	$\leq 170$	$<5$	$\leq 1$	<b>10</b>
$> 110 - 111$	$> 170 - 171$	5,1-5,5		<b>9</b>
$> 111 - 112$	$> 171 - 172$	5,6-6		<b>8</b>
$> 112 - 113$	$> 172 - 173$	6,1 -6,5		<b>7</b>
$> 113 - 114$	$> 173 - 174$	6,6 -7		<b>6</b>
$> 114 - 116$	$> 174 - 176$	7,1-7,5		<b>5</b>
$> 116 - 117$	$> 176 - 177$	7,6-8		<b>4</b>
$> 117 - 118$	$> 177 - 178$	8,1-8,5		<b>3</b>
$> 118 - 119$	$> 178 - 179$	8,6-9		<b>2</b>
$> 119 - 120$	$> 179 - 180$	9,1-10		<b>1</b>
$> 120$	$> 180$	$>10$	$>1$	<b>0</b>
<b>p1= 30</b>	<b>p2= 30</b>	<b>P3= 20</b>	<b>P4: 20</b>	100   Peso relativo
				Resultado
				R. obtenido (FV)
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	R. ponderado

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

#### OBJETIVO 6: MEJORAR LA PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 mejorar su producción quirúrgica. Para ello se compromete a mantener el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana y tarde en relación al año 2014.

Si el objetivo de cumplimiento de la lista de espera no se cumple, el resultado en este objetivo será cero.

#### PESO DEL OBJETIVO: 3

#### Indicador 1: Incremento del rendimiento de quirófano

**Fórmula:** media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana y tarde (salvo urgencias)

**Fuente:** SSII

**Metodología de Evaluación:** Módulo de Indicadores de Gestión (MIG) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 1.99/1.86

## AREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

### Objetivo Común nº 7: Gestión adecuada de las Estancias (Índice sintético)

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

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
IUE	1.13	0.87	0.47	0.37	0.40	0.40	0.49

#### Peso del Objetivo: 5

**Subindicador 1)** Índice de Utilización de Estancias.

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

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

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

**Peso del subindicador:** 50% de los puntos totales del objetivo

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

**Subindicador 2)** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 mantener el número de estancias evitables.

UGC Cirugía Cardiovascular	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estancias evitables	2078	-1845	-6050	-7098.86	-6.155	-4.440	-4.958

**Subindicador 2)** Estancias Evitables

**Indicador:** Mantener las estancias evitables.

**Fórmula:** No aplica

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

**Fuente:** CMBD

**Metodología de Evaluación:** Informe de la UGC con el resultado obtenido

**Peso del subindicador:** 50% de los puntos totales del objetivo

**ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD**

**Objetivo nº 8: Tasa de reingreso a los 30 días de una estancia previa en el hospital, por cualquier causa**

Resultado estratégico 3	Ámbito de aplicación
Tasa de reingreso a los 30 días de una estancia previa en el hospital, por cualquier causa <sup>1</sup> en la misma UGC	Todas las unidades de gestión clínica hospitalarias.

**Indicador: Tasa de readmisión a los 30 días por cualquier casa**

**Fórmula:** Número de pacientes que reingresan por cualquier causa a los 30 días/total de casos

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 0.90%/1%

**Fuente:** CMBD

**Metodología de Evaluación:** Informe de la UGC con el resultado obtenido.

**Peso del subindicador:** 4 puntos

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Reingresos Urgentes < 30 días, igual Diagnostico Principal	0.81%	0.56%	0.80%	0.11%	0.11%	0%	23 casos (0.74%)

**Objetivo nº 9: Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas**

**Peso: 2 puntos**

**SubIndicador 1:** Disminuir la incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria.

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

**Denominador:** Número de pacientes ingresados en la unidad

**Fuente:** DAH y CMBD

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

**Peso:** 50% del valor del objetivo

**SubIndicador 2:** Porcentaje de personas con UPP de cualquier grado con informe de continuidad de cuidados y notificadas a AP dadas de alta hospitalaria.

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

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

**Fuente:** DAH y CMBD

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

**Peso:** 50% del valor del objetivo



\*Informe al Alta debe incluir las siguientes valoraciones;

Fecha de Cura / Evaluación.

Aspecto y cantidad del Exudado:

Estadío:

Signos de Infección:

Tipo de tejido del lecho:

Dolor:

Fistulizaciones

Tratamiento

Piel Perilesional:

**Objetivo nº 10: PIRASOA. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 cumplir con el objetivo de reducción del consumo de antibióticos del Hospital en un 10%**

**Indicador:** DDD/1000e

**Fórmula:** DDD de consumo de antibióticos por 1000 / número de estancias en el año 2015

**Fuente de información:** Farmacia

**Metodología de evaluación:** Informe de la UGC de Farmacia con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10/0

**Peso:** 2 puntos

**OBJETIVO Nº 11: IRAS. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 cumplir con los indicadores IRAS establecidos para la Unidad:**

**Subindicador 1: Cumplimiento del Programa de Higiene de Manos**

**FÓRMULA:** nº de episodios realizados de higiene de manos x 100 / nº de oportunidades susceptibles de higiene de manos.

Límite superior (óptimo) 75 % / Límite inferior 20 %

Fuente: UGC de Medicina Preventiva (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva).

**Metodología:** Formulario de la OMS. Informe del Director de la Unidad de Medicina Preventiva con el resultado obtenido

**PESO:** 1 punto

**SE REALIZARÁN AL MENOS 4 CORTES / AÑO / UGC**

**Subindicador 2: Asistencia a las charlas -Taller sobre Higiene de manos y medidas de aislamiento que se impartirán en la UGC.**

Al menos el 80 % de los profesionales de la Unidad asistirán a los talleres sobre higiene de manos y medidas de aislamiento que se impartirán por la Unidad de Medicina Preventiva.

**Fórmula:** Numero de profesionales de la unidad que asisten a los talleres sobre higiene de manos y medidas de aislamiento impartidos por la UGC de Medicina Preventiva/total de profesionales de la unidad.

**Límite superior:/Límite Inferior:** 80%/20%





**Fuente de información:** UGC de Medicina Preventiva. Hojas de firmas (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva).

Metodología de evaluación: Hojas de firmas, datos del profesional y e-mail Al menos una de las charlas-taller.

**Peso: 1 punto**

### AREA: ORIENTACION AL CIUDADANO

**Objetivo numero 12:** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 en relación con la orientación al ciudadano del análisis y disminución de las reclamaciones clasificadas por motivos realizadas por los usuarios. De ese análisis se elaborará un informe de resultados y de propuestas de medida de mejora.

**Indicador:** Análisis de las reclamaciones y propuestas de mejora.

**Fórmula:** No aplica

**Fuente de información:** Servicio de Sistemas de Información y Unidad de Reclamaciones.

**Limite superior/Limite Inferior:** Cumple/No cumple

**Metodología de evaluación:** informe de la Unidad de gestión con análisis de las reclamaciones y propuestas de mejora.

**Puntos:** 2.5 puntos.

### AREA: INVESTIGACION E INNOVACION

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía 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
  
- 5.- TELEMEDICINA Y CONTROL A DISTANCIA DE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES
- 6.-GESTION CLINICA
  
- 7.-CIRUGIA VIDEOASISTIDA CON VISION 3D
  
- 8.-ESTUDIO CELULAR DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA
  
- 9.- TERAPIA CELULAR EN ISQUEMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES
  
- 10.- AHORRO DE SANGRE Y HEMOSTASIA EN CIRUGIA CARDIACA
  
- 11.- EFICACIA DE MODELOS DE REVASCULARIZACION EXTRACRANEAL
  
- 12.- DESARROLLO DE DISPOSITIVOS Y SISTEMAS DE ASISTENCIA CIRCULATORIA
  
- 13.- INVESTIGACION CLINICA Y RESULTADOS COSTE EFECTIVIDAD EN ESTENOSIS AORTICA SENIL

**Objetivo numero 13:** La UGC de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2015 mejorar la producción científica de sus profesionales. Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas del Journal Citation Reports ó la media del Factor de Impacto de los años 2013 y 2014, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

Dado que existe una gran variabilidad en el impacto de las publicaciones de las distintas áreas, y puesto que el número de dichas publicaciones pueden oscilar de unos a otros años, se han establecido compensaciones que faciliten alcanzar el objetivo para aquellas unidades con mayor dificultad para publicar en revistas de alto impacto.

**Indicador: el dato más favorable para la UGC entre:**

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

b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2013 y 2014)

**Fórmula:**

a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2014): para revistas publicadas en Pub-Med.

b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2013 y 2014)

**Fuente:** Unidad de Gestión Científica

**Metodología de Evaluación:** Unidad de Gestión Científica.

**Peso: 6.5 puntos**

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 10/5**

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

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

### **COMPENSACIONES**

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

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

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

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



## ÁREA: CONTRATO PROGRAMA

### OBJETIVO NÚMERO 14: ÍNDICE SINTÉTICO DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CONTRATO PROGRAMA 2015

**PESO TOTAL: 3 PUNTOS**

#### A) OBJETIVOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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

**Fórmula:** Ver tabla

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10/0

**Peso:** 1 punto

**Subindicador 1:** Hospitalización. La Unidad tendrá al menos el 75% de los episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus.

**Fórmula:** Número de episodios asociados a la UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus/ total de episodios asociados a la UGC con camas asignadas.

**Fuente:** DAH

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

**Subindicador 2:** Consultas externas. La Unidad hará un uso correcto del módulo de Consultas Externas de Diraya Atención Hospitalaria. Para ello, alcanzará al menos un 75% de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución, respecto al total de citas realizadas según INFHOS.

**Fórmula:** Número de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución, respecto al total de citas realizadas según INFHOS.

**Fuente:** INFHOS

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

**Subindicador 3:** Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA): La Unidad utilizará el MPA, como petición de pruebas analíticas, en al menos el 75% de las peticiones.

**Fórmula:** Número de peticiones realizadas mediante el Módulo de pruebas analíticas sobre el total de peticiones realizadas.

**Fuente:** MPA

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información



**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

**Subindicador 4:** Uso del Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen (PDI): La Unidad utilizará la petición electrónica de diagnóstico por la imagen (PDIWeb) en al menos el 50% de las pruebas que se soliciten respecto del total.

**Fórmula:** Número de peticiones realizadas mediante PDI sobre el total de peticiones realizadas.

**Fuente:** PDI

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

## **B) ESTRATEGIA CENTROS CONTRA EL DOLOR. OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. PAAD**

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, la obtención del reconocimiento a la implantación de actuaciones dirigidas a mejorar la atención a personas con dolor otorgado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Indicador:** Obtención del reconocimiento a la implantación de actuaciones dirigidas a mejorar la atención a personas con dolor otorgado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Fórmula:** Finalizar la autoevaluación en 2015 quedando pendientes de la evaluación por parte del Observatorio para la Seguridad del Paciente.

**Fuente:** Observatorio para la seguridad del paciente

**Metodología de Evaluación:** Informe del Observatorio para la Seguridad del paciente

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

**Peso:** 0,5 punto

## **C) LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA**

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, mejorar la seguridad quirúrgica cumplimentando la lista de verificación quirúrgica en el 100% de las intervenciones en cirugía programada.

**Indicador:** Porcentaje de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica\*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada

**Fórmula:** N° de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica\*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada

**Fuente:** DAH

**Metodología de Evaluación:** Explotación del Sistema de información

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

**Peso:** 0,5 punto



## D) ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, mejorar la seguridad del paciente promoviendo actuaciones relacionadas con aquellos criterios de menor cumplimiento identificados en la autoevaluación de la estrategia de seguridad del paciente realizada en el año 2014

**Indicador:** La UGC aportará evidencias y áreas de mejora conseguidas en al menos tres de los criterios identificados como de menor cumplimiento en la autoevaluación de la estrategia de seguridad del paciente realizada en el año 2014.

**Fórmula:** No aplica

**Fuente:** Observatorio para la seguridad del paciente

**Metodología de Evaluación:** Informe del Observatorio

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

**Peso:** 0,5 punto

## E) CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

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

**Indicador:** Conciliación de la medicación.

**Fórmula:** No aplica

**Fuente:** UGC

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

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

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

**Peso:** 0,5 punto

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

Los objetivos específicos se desagregan en tres categorías:

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

*En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “b”, los pesos de este apartado pasaran al apartado “a”.*

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

#### **Objetivos de resultado clínico / en salud y Objetivos en “dejar de hacer” (lo clínicamente no correcto).**

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

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

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

1.- La Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD\_RC\_2015) del SAS., que en su versión actual (julio 2014) contiene cerca de 600 objetivos / medidas de resultado clínico clasificadas por niveles asistenciales e identifican en qué Unidades de Gestión Clínica son más útiles. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las UGC.

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

Gracias a este instrumento cada UGC estaría en disposición de incorporar a sus AGC 2015, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones para “dejar de hacer” lo que clínicamente no está justificado realizar en base a la evidencia científica, por criterios de priorización de efectividad y / o eficiencia, bien porque no las estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

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

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

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Disminuir mortalidad en pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica electiva a un 5% anual del total de pacientes.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes que fallecen de los incluidos en la lista de espera quirúrgica electiva en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva entre octubre de 2014 y septiembre de 2015. Criterio de Cumplimiento: ≤ 5% / año. Fuente de Información: (1) Para pacientes ingresados que hayan fallecido: CMBD – Estudio específico Comisión de Mortalidad del HURS. Registro de espera quirúrgica. (2) Para pacientes en espera pre ingreso que hayan fallecido: contacto telefónico (se realiza en la actualidad). Metodología de evaluación: Análisis Censal de la Mortalidad anual de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva (cirugía cardiovascular): cruzar datos de identificación de los pacientes con mortalidad de causa cardiovascular. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 5% / 2% Situación de partida (valor de referencia): 0% (año 2012), 0.6% (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Disminuir mortalidad en pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica preferente a un 5% anual del total de pacientes.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica preferente.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes que fallecen de los incluidos en la lista de espera quirúrgica preferente en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica preferente entre octubre de 2014 y septiembre de 2015. Criterio de Cumplimiento: ≤ 5% / año. Fuente de Información: (1) Para pacientes ingresados que hayan fallecido: CMBD – Estudio específico Comisión de Mortalidad del HURS. Registro de espera quirúrgica. (2) Para pacientes en espera pre ingreso que hayan fallecido: contacto telefónico (se realiza en la actualidad). Metodología de evaluación: Análisis Censal de la Mortalidad anual de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica preferente (cirugía cardiovascular): cruzar datos de identificación de los pacientes con mortalidad de causa cardiovascular. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 5% / 2% Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Ajustar la mortalidad en cirugía cardíaca programada al predictor de riesgo EUROSCORE (<i>European System for Cardiac Operative Risk Evaluation</i>) hasta +5% del valor predictivo.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Tasa de mortalidad intrahospitalaria pos cirugía cardíaca programada estratificada por grupos de riesgo (aplicando la escala “Euroscore”).</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador (por estratos de riesgo). NUMERADOR: Éxitos según grupos de riesgo de Euroscore estándar de predicción de mortalidad en el mismo periodo que en el denominador. DENOMINADOR: Total de pacientes estratificados por grupos de riesgo según escala Euroscore sometidos a cirugía cardíaca programada entre octubre de 2014 y septiembre de 2015. Criterio de Cumplimiento: Euroscore estándar (para estratos de riesgo: bajo, intermedio y alto). Se excluyen: pacientes operados en el Hospital Materno-Infantil. Fuente de Información: Registro específico + CMBD (pacientes previamente identificados y en los que se ha establecido su pertenencia al grupo de riesgo que le corresponda). Metodología de evaluación: Aplicación de la prueba Euroscore estándar y logística antes de la cirugía y estratificación de los pacientes según los correspondientes grupos de riesgo. Comparación de los resultados obtenidos. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 9.61% / 9.62% Situación de partida (valor de referencia): 9.61% (año 2012), 5.21% (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
<b>UCI – ADULTOS</b>
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 4</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Porcentaje de pacientes con infección nosocomial por cada 100 ingresos en Cirugía Cardiovascular.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Porcentaje de pacientes con infección nosocomial por cada 100 ingresos en Cirugía Cardiovascular.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Número de pacientes con infección nosocomial. DENOMINADOR: Número de pacientes ingresados en Cirugía Cardiovascular. Fuente de Información: Datos específicos recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva. Metodología de evaluación: Auditoría e informe del Servicio de Medicina Preventiva. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2.5% / 3.5% Situación de partida (valor de referencia): 1.9% (2012), 2.1% (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
<b>Servicio de Medicina Preventiva</b>
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 5</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Porcentaje de infecciones del lugar de la intervención por cada 100 intervenciones de Cirugía Cardiovascular.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Porcentaje de infecciones del lugar de la intervención por cada 100 intervenciones de Cirugía Cardiovascular.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Número de infecciones del lugar de la intervención. DENOMINADOR: Número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular. Criterio de Cumplimiento: valoración de al menos el 50% de los ingresos. Criterios del CDC. Fuente de Información: Datos específicos recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva. Metodología de evaluación: Auditoría e informe del Servicio de Medicina Preventiva. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2.5% / 3.5% Situación de partida (valor de referencia): 0.7% (2012), 1.42% (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
<b>Servicio de Medicina Preventiva</b>
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 6</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Implantar el pase de visita médica con soporte digital/electrónico.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título):</b> Implantar el pase de visita médica con soporte digital/electrónico. Fórmula: Si / No NUMERADOR: no aplica DENOMINADOR: no aplica Criterio de Cumplimiento: Implantación. Fuente de Información: Informe del Director de la UGC de CCV. Metodología de evaluación: observación directa. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: cumple / no cumple. Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 7</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Aplicar los criterios de prioridad para definir demoras en procedimientos quirúrgicos, en función del perfil clínico de los pacientes y su riesgo estimado en más del 80% de pacientes valorados en el momento de su inclusión en lista de espera cardiaca.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): % de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica cardiaca a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de pacientes del denominador a los que se les han aplicado los criterios de prioridad definidos. DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica en 2015. Criterio de Cumplimiento: se aplica a partir del mes de enero. Fuente de Información: Libro de Demanda Quirúrgica (UGC). Metodología de evaluación: Auditoría de registro de Demanda Quirúrgica comprobando anotación de puntuación según aplicación de los criterios de prioridad. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 85% / 95% Situación de partida (valor de referencia): 100% (año 2012), 100% (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 8</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Valoración clínica preoperatoria del 80% de pacientes propuestos para cirugía cardíaca en nuestro centro hospitalario.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): % de pacientes propuestos para cirugía cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Pacientes propuestos para cirugía cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria "estándar / consensuada". DENOMINADOR: Total de pacientes propuestos para cirugía cardíaca en 2015. Criterio de Cumplimiento: Se establecen de forma consensuada con la UGC que propone a CCV los criterios concretos de valoración clínica preoperatoria que permitan la posterior evaluación de la indicación clínica de intervención quirúrgica cardiovascular. Fuente de Información: partes de solicitud de cirugía cardíaca - Interconsulta de la UGC "solicitante" (UGC de Cardiología). Metodología de evaluación: Auditoría (p=q=0.5. Error admisible: 10%) sobre el volumen total de solicitudes – interconsultas de Cirugía Cardiovascular). Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80% / 90% Situación de partida (valor de referencia): 100% (año 2012), 100% (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 9</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Mejora el mantenimiento y los cuidados asociados a la utilización de los dispositivos de acceso venosos para disminuir la densidad incidencia de flebitis.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Densidad de Incidencia asociada a flebitis.</b> Fórmula: Numero de infecciones por 100 días de estancias Fuente de Información: Medicina Preventiva Metodología de evaluación: Informe de Medicina Preventiva Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 0.2 / 0.3 Situación de partida (valor de referencia): 0.22 (año 2012), 0.2 (2013)
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 10</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
Realización de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, acreditado por la Comisión de Formación Continuada del H.U.R.S. y por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
Indicador (título): Realización de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, acreditado por la Comisión de Formación Continuada del H.U.R.S. y por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Fórmula: Sí / No NUMERADOR: no aplica DENOMINADOR: no aplica Fuente de Información: Unidad Integrada de Formación del H.U.R.S. Metodología de evaluación: Informe de la responsable de la Unidad de Formación del H.U.R.S. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: Cumple / No Cumple Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO.
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

### OBJETIVO ESPECÍFICO 11

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2015 cumplir con la siguiente recomendación de la **guía NICE**:

Recogida en GUÍA NICE **CG36**:

- In patients undergoing cardiothoracic surgery, digoxin is not effective in preventing postoperative atrial fibrillation (AF) in patients undergoing cardiothoracic surgery and is therefore not recommended for this use.

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

##### CG36:

- In patients undergoing cardiothoracic surgery, digoxin is not effective in preventing postoperative atrial fibrillation (AF) in patients undergoing cardiothoracic surgery and is therefore not recommended for this use.

##### Problema o aspecto a mejorar:

Variabilidad de la práctica clínica.

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

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

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

##### Enunciado de la intervención

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

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

##### Razonamiento que justifica la intervención

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

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

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

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

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

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

**Indicador (título):** cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “**CG36**:

- In patients undergoing cardiothoracic surgery, digoxin is not effective in preventing postoperative atrial fibrillation (AF) in patients undergoing cardiothoracic surgery and is therefore not recommended for this use.

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



<p>Numerador: número de fallos * 100 Denominador: 19. Criterio de Cumplimiento: &lt; 2 “fallos”. Observaciones: Límite Superior / Límite Inferior: 85 % / 75 % (= a 0 fallos / 1 fallo). Situación de partida (valor de referencia): se aplica la recomendación (aunque se desconoce en qué porcentaje). Fuente de Información: Historias Clínicas (para evaluar cumplimiento de la recomendación) y CMBD (para identificar el universo: el proceso o diagnóstico al que aplica la recomendación).  Metodología de evaluación: Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS). Observaciones:</p>
<p>En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:</p>
<p>Compartido con:</p>
<p>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):</p>
<p>Se estima una reducción de costes al disminuir la realización de procedimientos diagnóstico – terapéuticos innecesarios</p>
<p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:</p>

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 12</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Realización de valoración inicial, plan de cuidados e informe de continuidad de cuidados de al menos 60% de los pacientes intervenidos de forma programada por al UGC, excluyendo cirugía ambulatoria.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Realización de valoración inicial, plan de cuidados e informe de continuidad de cuidados de al menos 60% de los pacientes intervenidos de forma programada por al UGC, excluyendo cirugía ambulatoria.</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador NUMERADOR: número de pacientes ingresados para cirugía programada en la UGC DENOMINADOR: número de pacientes con valoración inicial, plan de cuidados e informe de continuidad de cuidados. Fuente de Información: Diraya Atención Hospitalaria (DAH) Metodología de evaluación: observación directa Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 60% Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 13</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
Correcta cumplimentación del consentimiento informado según Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) propio de la U.G.C de CCV. Que estén reconocidos los documentos propios de consentimiento informado de la unidad como documentos del centro (entregados y avalados por documentación clínica)
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): % Correcta cumplimentación del consentimiento informado según Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) propio de la U.G.C de CCV</b> Fórmula: Numerador x 100 / Denominador NUMERADOR: Número de historias clínicas de pacientes intervenidos que presentan consentimiento informado correctamente cumplimentado. DENOMINADOR: Número total de historias clínicas de pacientes intervenidos auditadas. Criterio de Cumplimiento: La U.G.C. de CCV propone una auditoría de historias clínicas semestral con un mínimo de 20 historias. Fuente de Información: Auditoría de historias clínicas Metodología de evaluación: Revisión de resultados e informe de auditoría de historias clínicas Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 90% / 80% Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 14</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Realización de llamada de seguimiento telefónico en postoperatorio de cirugía cardíaca a las 48 - 72 horas del alta hospitalaria.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): % Realización de llamada de seguimiento telefónico en postoperatorio de cirugía cardíaca a las 48 - 72 horas del alta hospitalaria.</b>
Fórmula: Numerador x 100 / Denominador NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca durante el año 2015 a los que se les ha realizado la llamada de seguimiento telefónico en el postoperatorio a las 48 – 72 horas el alta hospitalaria. DENOMINADOR: Número de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca durante el año 2015.
Fuente de Información: Registro propio Metodología de evaluación: Informe de Director de la UGC de CCV - Revisión de registro propio Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 60% Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 15</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Implantación de Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) para seguimiento postoperatorio de CCV en domicilio propio de la U.G.C de CCV.</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Implantación de procedimiento operativo estandarizado (POE) para seguimiento postoperatorio de CCV en domicilio propio de la U.G.C de CCV.</b>
Fórmula: Si / No NUMERADOR: No aplica DENOMINADOR: No aplica
Criterio de cumplimiento: implantación
Fuente de Información: aplicación DIRAYA
Metodología de evaluación: observación directa
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: cumple / no cumple
Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 16</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Implantación de procedimiento para la Medición de la prevalencia de efectos adversos en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular (IMPEA).</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Implantación de procedimiento para la Medición de la prevalencia de efectos adversos en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular (IMPEA).</b> Fórmula: Si / No NUMERADOR: No aplica DENOMINADOR: No aplica Criterio de cumplimiento: implantación Fuente de Información: Servicio de Calidad y Documentación Clínica del H.U.R.S. Metodología de evaluación: Informe del Director del Servicio de Calidad y Documentación Clínica del H.U.R.S. Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: cumple / no cumple Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:





<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 17. CONTRATO PROGRAMA 2015</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
<b>Disminución de ingresos por amputaciones mayores de miembros inferiores. PIDMA</b>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 4</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<b>Indicador (título): Tasa ajustada por edad y sexo de ingresos por amputaciones mayores en personas con diabetes: Porcentaje de cambio anual (PCA) (respecto al año anterior)</b> <b>NOTA Tasa inferior a la media de Andalucía o reducción <math>\geq 20\%</math> en aquellos Centros con resultado previo por encima de la media de Andalucía</b>
Fórmula: Tasa ajustada por edad y sexo de ingresos por amputaciones mayores en personas con diabetes: Porcentaje de cambio anual (PCA) (respecto al año anterior)
Fuente de Información: DIÁBACO
Metodología de evaluación: Explotación de la fuente de información e informe con el resultado obtenido
Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 20%/40%
Situación de partida (valor de referencia):
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
NO
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



### Objetivo específico número 18: Índice sintético de objetivos compartidos con otras unidades

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

**Indicador:** Índice Sintético de Cumplimiento de Objetivos Compartidos con otras Unidades.

**Fórmula:** Ver cuadro resumen de indicadores incluidos

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10 / 0

**Fuente:** UGC

**Metodología de Evaluación:** Informe conjunto de resultados.

**Peso:** 8

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS
UGC DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS DOSÍMETROS PERSONALES VER FICHA ADJUNTA	3
UGC HEMATOLOGÍA	VER FICHA ADJUNTA	3
ACUERDO CON ATENCIÓN PRIMARIA	OBJETIVOS INTERNIVELES ACORDADOS CON ATENCIÓN PRIMARIA	2
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		8

**Nota:** Se reservarán 2 puntos para los objetivos que posteriormente se firmen con Atención Primaria. En el caso de que finalmente la Unidad no firmase acuerdo con Atención primaria 1 punto se asignaría al objetivo compartido con la UGC de Física y Protección Radiológica y otro punto al objetivo compartido con la UGC de Hematología.



## OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

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

Mejora de la Seguridad de los profesionales expuestos a radiación mediante un adecuada utilización de los dosímetros personales (control de flujo y lecturas)

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

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Los dosímetros personales registran las dosis de radiación recibidas por los profesionales que realizan actividades que implica un riesgo de exposición a la radiación en su trabajo habitual, y cada usuario tiene 1 o 2 parejas de dosímetros, uno para utilizarlo durante un mes determinado y el otro tiene que devolverse para su lectura, dentro de un plazo establecido. En caso de no disponer en plazo de los dosímetros para proceder a su lectura, el CND le asigna a cada profesional una "dosis administrativa" a instancias del CSN, que representa el límite máximo mensual y que no corresponde con su riesgo real, perdiéndose información real de las dosis recibida.

Se hace necesario nombrar a un **responsable** en cada una de las unidades que se coordine con la UGC de Física y Protección Radiológica y que se responsabilice de:

1.- la **recepción y custodia de los dosímetros nuevos** a utilizar por los usuarios (envíos mensuales realizados por UGC FPR) y la **firma** de la recepción de los mismos por parte de los usuarios pertenecientes a cada UGC.

2.-la **custodia y devolución de los dosímetros utilizados** ese mes, dentro de los plazos establecidos e indicados en la Nota Interior que se envía mensualmente a las unidades, para que la UGC de Física y Protección Radiológica los pueda remitir, a su vez, al **Centro Nacional de Dosimetría** para su lectura, dentro del plazo establecido por dicho Centro (dentro de los 10 primeros días del mes siguientes), junto con el listado con las **firmas** de la recepción de los dosímetros nuevos y/o la **justificación** de los no devueltos para lectura.

**Indicador:** % Dosímetros devueltos (o justificados) en plazo por las UGCs.

**Fórmula:**  $(n^{\circ} \text{ Dosímetros devueltos o justificados en plazo} \times 100 / \text{Total de Dosímetros distribuidos en el mes correspondiente})$

**Fuente de Información:** Centro Nacional de Dosimetría, UGC de Física y Protección Radiológica

**Metodología de evaluación:** Informe de la UGC de Física y Protección Radiológica

**Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:** 100% / 95%

#### Observaciones:

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

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

NO



### OBJETIVO COMPARTIDO CON HEMATOLOGÍA

#### 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:

Aumentar la seguridad transfusional mediante la incorporación de control electrónico en la extracción de muestras pretransfusionales

Datos e indicadores en los que se sustenta:

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

Enunciado de la intervención:

Implantación del uso de dispositivos electrónicos (PDA) para la extracción de muestra pretransfusional en UTA

Razonamiento que justifica la intervención:

El control electrónico de las muestras pretransfusionales reduce el riesgo de sufrir eventos adversos graves.

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

Actividades: Formación a los profesionales implicados. Pilotaje y puesta en marcha. Aumento de las auditorías de transfusión llevadas a cabo por el personal de hemovigilancia

Resultados que se pretenden conseguir en el año

80% muestras pretransfusionales extraídas con control electrónico e incremento del % de unidades transfundidas auditadas

Peso del Objetivo: 3

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

Indicador: Pilotaje del sistema de control de transfusión electrónica en quirófanos (con UGC CCV)

Criterio de cumplimiento: Realización del pilotaje. Informe de resultados y propuestas de mejora.

Evaluación: auditoría documental

Rango: Cumple/no cumple

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o UGC, enumerarlos:

CCV

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):

Inversión inicial (PDA y Formación). A largo plazo, ahorro por disminución de eventos adversos ligados a transfusiones

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

## ANEXO I

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

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

1.- ¿Existe una dirección profesional?:

A) Única: **SI**

En caso de ser asociada, especifique:

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

Áreas de conocimiento específica:	Liderada por:
CIRUGÍA CARDÍACA DE ADULTOS	<b>Carlos Manuel Merino Cejas</b>
CIRUGÍA CARDÍACA INFANTIL	<b>Jaime Casares Mediavilla</b>
CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR	<b>Pedro José Alados Arboledas</b>
DISPOSITIVOS IMPLANTABLES	<b>Javier Moya González</b>
REGISTROS EXTERNOS	<b>Antonio Chacón Quevedo</b>
ÁREA ECONÓMICA	<b>Bibian Ortega Lopera</b>
ÁREA DE GESTIÓN	<b>M<sup>a</sup> Teresa Conejero Jurado</b>
ÁREA DE INVESTIGACIÓN	<b>Diana M. Valencia Núñez</b>
PATOLOGÍA VENOSA	<b>Pasquale Maiorano Iuliano</b>
PERFUSIÓN Y OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA	<b>José L. Medina Almansa</b>
CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	<b>Manuel Recio Rufián</b>

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

(**SI X NO** )

En caso afirmativo,

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

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

- ¿La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes?:
  - (**SI X NO** )

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

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

En caso afirmativo:

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

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

- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social?: **(SI  NO X)**
- Movimientos de “pacientes activos / expertos”?: **(SI  NO X)**
- Foros Asesores de ciudadanos?: **(SI  NO X)**
- Técnicas de Grupo Nominal con usuarios?: **(SI  NO X)**
- Otros (especificar): Comunicación con los pacientes vía telemática para seguimiento clínico y participación de los pacientes en las decisiones que les afecten directa e indirectamente.

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

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

**(SI X NO )**

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

**(SI X NO )**



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

**(SI X NO )**

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

**(SI X NO )**

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

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

**ANTES DE: LA UNIDAD TIENE IMPLEMENTADAS TODAS LAS ACTUACIONES.**

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



OBJETIVOS CRÍTICOS CIRUGIA CARDIOVASCULAR						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE <sup>(1)</sup>	<b>PENDIENTE DEA</b>	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	<b>85</b>	<b>-1</b>	<b>1</b>
	Uso del material ortoprotésico	<b>Material Ortoprotésico</b>	<b>indicador:</b> Uso racional del Material Ortoprotésico: Cumplimiento del presupuesto asignado <b>Fórmula:</b> Gasto en material ortoprotésico <= Presupuesto asignado <b>Fuente:</b> Coahn-HyD <b>Metodología de Evaluación:</b> Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido	<b>2</b>	<b>-1</b>	<b>1</b>
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	<b>Consumo Interno</b>	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	<b>3</b>	<b>-1</b>	<b>1</b>
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) <sup>(2)</sup>	<b>IBP</b>	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	<b>1</b>	<b>90</b>	<b>79</b>
	OPIÁCEOS <sup>(2)</sup>	<b>OPI</b>	% DDD MORFINA/ DDD MORFINA, BUPRENORFINA, FENTANILO, HIDROMORFONA, METADONA, OXICODONA, PETIDINA, PENTAZOCINA	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>4</b>
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO <sup>(2)</sup>	<b>PRINC ACT</b>	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	<b>4</b>	<b>90</b>	<b>84</b>
	PRESCRIPCION ELECTRÓNICA	<b>PRESCRIPCION ELECTRÓNICA</b>	% de camas en las que se realiza prescripción electrónica respecto al porcentaje de camas totales de la UGC. * Se medirá en horario de trabajo de mañana, de 8 a 15 horas, de lunes a viernes. * Se realizará la medida dos días al mes (días aleatorios) y posteriormente se calculará la media para obtener el dato global anual. Fuente de la información: programa Farmatools de gestión de la Unidosis de la UGC de Farmacia.	<b>4</b>	<b>95</b>	<b>90</b>
<b>TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS</b>				<b>100</b>		
<sup>(1)</sup> - EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
<sup>(2)</sup> - LA VALORACIÓN DEL OBJETIVO SE REALIZARÁ SI SE ALCANZA UN Nº DE RECETAS POR CONSULTA IGUAL AL Nº DE RECETAS POR CONSULTA ESTÁNDAR PARA LA ESPECIALIDAD						





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

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA