



UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Código SIAGC: UGC000217

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA
Año: 2014

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Córdoba, 31 de enero de 2014

REUNIDOS

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

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

ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2014

El Responsable de la Unidad



Fdo.: D. Ignacio Muñoz Carvajal

La Directora Gerente del Hospital



The stamp contains the following text: CONSEJERÍA DE SALUD, Servicio Andaluz de Salud, JUNTA DE ANDALUCÍA, Hospital U. "Reina Sofía", Córdoba, C.I.F. Q910013-E

Fdo.: Dña. Marina Álvarez Benito

La Responsable de Enfermería



Fdo.: Dña. Araceli Campaña Blanco

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

Los diferentes Contratos-Programas suscritos entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud y entre el Servicio Andaluz de Salud y sus Hospitales, han recogido desde el año 2001, objetivos relacionados con el impulso e implantación progresiva de las Unidades de Gestión Clínica en los Centros Sanitario del SAS, indicándose en el Contrato-Programa suscrito entre la Consejería y el SAS para el período 2010-2014 el objetivo de que al final de la actual legislatura (2014), todos los profesionales sanitarios del SAS formarán parte de unidades de gestión clínica.

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

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

Por tanto, a fin de cumplimentar los objetivos fijados en el Contrato-Programa suscrito entre el Servicio Andaluz de Salud y el Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, sobre la base del modelo organizativo de Unidades de Gestión Clínica, teniendo en cuenta que el **Decreto 105/1986, de 11 de junio**, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de Hospitales, en su artículo 19.3, dispone que cuando las necesidades asistenciales lo determinen, podrán constituirse unidades interdisciplinares donde los facultativos de distintas especialidades desarrollarán sus funciones, y en su artículo 20.4 establece que las Unidades de Enfermería se podrán integrar en diferentes Unidades; así como que el apartado e) del artículo 19 de la **Ley 55/2003, de 16 de diciembre**, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el mismo viene obligado a participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la Institución, Centro o Unidad en la que presta servicios, surge el presente **Acuerdo de Gestión para el año 2014**.

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

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

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

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fecha de Constitución en UGC: 2008

Resultados 2007-2013 (hasta septiembre):

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (primer semestre)
IUE	1.13	0.87	0.47	0.37	0.40	0.40	0.47
Índice Casuístico	4.30	4.54	4.81	5.38	5.28	5.44	5.34
Estancias evitables	2078	-1845	-6050	-7098.86	-6.155	-4.440	-2.649
% Reingresos	0.81	0.56	0.80	0.11	0.11	0	0.20
% Mortalidad	4.84	3.29	2.29	1.81	1.44	1.56	1.58
Estancia Preoperatoria (Si aplica)	7.20	4.62	1.74	1.65	1.58	1.43	1.14
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	8,21	9,72	9,35	10	8.50	No datos

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO COMÚN

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

4. OBJETIVOS COMUNES

ÁREA: Capítulo I

Objetivo número 1: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2014 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I (La cuantía será facilitada por la DEA y será proporcional al presupuesto asignado para el Hospital en dicho capítulo)

Indicador: Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I

Fórmula: Gasto 2014 en Capítulo I de la Unidad \leq Presupuesto asignado en Cap.I para 2014

Fuente: Gerhonte

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

Peso: 3

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

Observaciones: La cantidad asignada en Capítulo I será objeto de revisión a lo largo del año 2011 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

Objetivo número 2: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2014 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 3.5% en el año 2014.

Indicador: Porcentaje de Absentismo

Fórmula: Días de absentismo $\times 100$ / 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: 3.5% -4.5%

ÁREA: Capítulo II y IV

Objetivo número 3: Uso racional del Material Ortoprotésico

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2014 el Uso racional del Material Ortoprotésico, para ello se compromete a cumplir el presupuesto asignado. (Ver detalle de la cuantía en apartado de Cuenta de Resultados)

Indicador: Uso racional del Material Ortoprotésico: Cumplimiento del presupuesto asignado

Fórmula: Gasto en material ortoprotésico \leq Presupuesto asignado

Fuente: Coahn-HyD

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

Peso: 2

Límite Superior (Óptimo)/Inferior: -1%/1%

ÁREA: Accesibilidad

Objetivo número 4. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014 garantizar que ningún paciente espere más de 180 días de espera en AGD según se recoge en el Anexo 1 del Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta, ni más de 120 días para aquellos procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006.

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

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

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

OBJETIVO 4: MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ):

PESO: 18

Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

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

Fórmula: Percentil 97 de la demora en Procesos de 120 días (APLICA a pacientes intervenidos y con situación garantía = garantía contando)

Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior: 90 / 120 días

Fuente: AGD.

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

Peso: 40% del peso total del objetivo

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

Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior: 150 / 180 días

Fuente: AGD.

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

Peso: 40% del peso total del objetivo

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: <6 % / >9%

Fuente: AGD

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

Peso: 20% del peso total del objetivo

Periodicidad: mensual

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

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

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

Objetivo número 5. La Unidad de Gestión Clínica de de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014 mejorar su producción quirúrgica. Para ello se compromete a mantener el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana en relación al año 2010

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

PESO DEL OBJETIVO: 5

Indicador: Incremento del rendimiento de quirófano

Fórmula: media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana

Fuente: SSII

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

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 1.99/1.86 (Cierre 2010)

Periodicidad: mensual

Situación de Cierre 2010	
UGC de Cirugía Cardiovascular	1.86

Objetivo número 6: La Unidad de Gestión Clínica de UGC de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 30 días.

Indicador: Demora en primeras consultas.

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

Fuente: INFHOS / Informe de cita previa

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

Peso: 3

Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 30/60 días

Objetivo número 7. La Unidad de Gestión Clínica de UGC de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014, gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 95% de las mismas sean dadas por la propia Unidad de Gestión.

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

Fórmula: N° consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 100 /Total consultas sucesivas.

Fuente: MTI-Diraya.

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

Peso: 3

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

Observaciones: Se monitorizará el indicador de forma mensual. La evaluación se realizará de acuerdo con el resultado a 31 de Diciembre de 2014.

ÁREA: Uso Racional del Medicamento: Ver Objetivos críticos

ÁREA: Hospitalización

Objetivo número 8: La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90.

Indicador: Índice de Utilización de Estancias.

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

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

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

Peso del Objetivo: 3

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

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

Subindicador 8.B) La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014 mantener el número de 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: 3

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

Objetivo número 9. La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014 disminuir la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados

PESO DEL OBJETIVO: 1 PUNTO

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

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

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

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

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

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

ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía 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
14.- INVESTIGACION CLINICA Y RESULTADOS COSTE EFECTIVIDAD EN ESTENOSIS AORTICA SENIL

Objetivo nº 10: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES

La UGC de Cirugía Cardiovascular se marca como objetivo para el año 2014, mejorar la producción científica de sus profesionales. Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med en aquellos artículos en los que al menos haya 1 miembro de la UGC ó la media del Factor de Impacto de los años 2013 y 2014, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

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

Indicador:

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

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

Fórmula:

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

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

Fuente: Unidad de Gestión Científica del IMIBIC.

Metodología de Evaluación: Unidad de Gestión Científica del IMIBIC.

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

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

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

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

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

COMPENSACIONES

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

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

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

Publicar un trabajo en una revista de impacto >10 puntos

Crear una spin-off

Iniciar la explotación de una patente o registro intelectual.

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

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

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

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

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

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

PESO: 16 PUNTOS

5. OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

En el convencimiento de que solo merecerá la pena controlar las causas de variación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica, cuando las variaciones en los cuidados de salud conduzcan a variaciones significativas en resultados en salud y allá dónde la ocurrencia del resultado en salud sea suficientemente frecuente para que el indicador de resultado tenga el poder suficiente de detectar diferencias reales en calidad, y conocedor de la dificultad intrínseca que supone la ausencia de estudios de intervención que aporten suficientes y consistentes evidencias del efecto de las intervenciones sobre resultados en salud sobre los costes, el Hospital Universitario “Reina Sofía” y sus Directores de Unidades de Gestión Clínica han puesto en marcha, para el año 2014 y siguientes, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, útiles y viables en su entorno, que:

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

Conviene resaltar que se trata de impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital Universitario “Reina Sofía” en los últimos cuatro años, que ha originado un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados: desde el 3 %, 8 % y 12 %, 27% de los años 2008, 2009, 2010 y 2011, respectivamente, al 36 % en el año 2012.

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

1. Se pone a disposición de todas las Unidades de Gestión Clínica un instrumento práctico: la Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD_RC_2013) del Hospital Universitario Reina Sofía, que en su versión actual (agosto 2013) contiene 588 objetivos/medidas de resultado clínico clasificadas por Unidad de Gestión Clínica. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las Unidades de Gestión Clínica.
2. El National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, ha autorizado el estudio y valoración, por los profesionales de las UGCs del Hospital Universitario Reina Sofía, de las “do not do recommendations” (DndR). Gracias a este esfuerzo cada UGC está en disposición de incorporar a sus AGC 2014, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones, de lo que clínicamente no está justificado como evidencia científica, que haya priorizado como de elevada efectividad y/o eficiencia, bien porque no se estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en la eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UGC DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

OBJETIVO ESPECÍFICO 1
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Disminuir mortalidad en pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica electiva a un 5% anual del total de pacientes.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):
Indicador (título): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva. 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 2013 y septiembre de 2014. Criterio de Cumplimiento: $\leq 5\%$ / 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% / 10% Situación de partida (valor de referencia): 0% (año 2012)
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 2

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

Disminuir mortalidad en pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica preferente a un 5% anual del total de pacientes.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica preferente.

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 2013 y septiembre de 2014.

Criterio de Cumplimiento: $\leq 5\%$ / 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 % / 10 %

Situación de partida (valor de referencia):

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

Compartido con:

NO

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 3**DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

Ajustar mortalidad a predictor de riesgo EUROSCORE (*European System for Cardiac Operative Risk Evaluation*) en valores de +/- 5% en cirugía programada.

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): Tasa de mortalidad intrahospitalaria pos cirugía cardíaca programada estratificada por grupos de riesgo (aplicando la escala “Euroscore”).

Fórmula: Numerador x 100 / Denominador (por estratos de riesgo).

NUMERADOR: Éxito 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 2013 y septiembre de 2014.

Criterio de Cumplimiento: Euroscore estándar (para estratos de riesgo: bajo, intermedio y alto). Se excluyen: pacientes operados en el hospital 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)

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

Compartido con:

UCI – ADULTOS

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

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

Densidad de incidencia de infecciones nosocomiales en cirugía cardiovascular (Objetivo Contrato programa 2014) ajustada por índice de riesgo

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): Densidad de incidencia de infecciones nosocomiales en cirugía cardiovascular.

Fórmula: Densidad de incidencia de Infecciones Nosocomiales en cirugía cardiovascular por cada 100 días de estancia.

NUMERADOR: Número de infecciones nosocomiales en cirugía cardiovascular en un año.

DENOMINADOR: Número de pacientes / día en 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: 1 / 2

Situación de partida (valor de referencia): 0.2 (2012)

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

Compartido con:

Servicio de Medicina Preventiva

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 5
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Tasa de reingresos urgentes antes de 30 días por el mismo grupo diagnóstico de la escala CIE-9, en pacientes operados de cirugía cardíaca y valvular, será < del 3%.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 2
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):
<p>Indicador (título): Tasa de reingresos urgentes antes de los 30 días por el mismo diagnóstico, en pacientes operados de cirugía cardíaca y valvular.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Pacientes a los que realiza cirugía cardíaca y valvular que requieren ingreso urgente en el hospital por el mismo diagnóstico en los siguientes 30 días tras el alta (mismo periodo que en el denominador).</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes a los que se realiza cirugía cardíaca y valvular en el año (periodo octubre 2013 – septiembre 2014).</p> <p>Criterio de Cumplimiento: tasa inferior al 3 %.</p> <p>Fuente de Información: CMBD.</p> <p>Metodología de evaluación: Explotación del CMBD.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 1 % / 3 %</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): datos de los cuatro años anteriores: 1,50 / 1,20 / 0,86 / 0</p>
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 6

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

Mantener la implantación de la historia digital en hospitalización y la prescripción digital.

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): Mantener la implantación de la historia digital en hospitalización y la prescripción digital.

Fórmula: Si / No

NUMERADOR: no aplica

DENOMINADOR: no aplica

Criterio de Cumplimiento: mantenimiento de implantación.

Fuente de Información: UGC – Servicio de informática del HURS – Servicio de Farmacia del HURS.

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:

OBJETIVO ESPECÍFICO 7

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

Aplicar los criterios de prioridad para definir demoras en procedimientos quirúrgicos, en función del perfil clínico de los pacientes y su riesgo estimado (consenso sobre demoras quirúrgicas de la SEC y SECCV), en más del 80% de pacientes valorados en el momento de su inclusión en lista de espera cardiaca.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): % 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 según consenso sobre demoras quirúrgicas de la SEC y SECCV.

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 2014.

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 % / 75 %

Situación de partida (valor de referencia): 100 % (año 2012)

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 8

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

Valoración clínica preoperatoria del 80% de pacientes propuestos para Cirugía cardíaca en nuestro centro hospitalario.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): % de pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria.

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 2014.

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 % / 70 %

Situación de partida (valor de referencia): 100 % (año 2012)

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

Compartido con:

UGC CARDIOLOGÍA.

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 9

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

Mejora el mantenimiento y los cuidados asociados a la utilización de los dispositivos de acceso venosos para disminuir la densidad incidencia de flebitis.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): Densidad de Incidencia asociada a flebitis.

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)

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:

OBJETIVO ESPECÍFICO 10**DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD****La tasa de pacientes con TVP en el postoperatorio de CCV será menor o igual a 3%****Peso que se le asignaría al Objetivo: 2****INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO****(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):****Indicador (título): Porcentaje de pacientes intervenidos en la UGC DE CCV que desarrollan TVP durante el posoperatorio.**

Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.

NUMERADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV del denominador que desarrollan TVP en el posoperatorio.

DENOMINADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV en el año.

Criterio de Cumplimiento:

Fuente de Información: Si los Informes de Alta están bien cumplimentados (sobre todo en los campos diagnósticos secundarios y otros procedimientos), sería suficiente con el CMBD.

Metodología de evaluación: Explotación del CMBD.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2 % / 3 %

Situación de partida (valor de referencia): 0.12 % (año 2012)

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

El número de encuestas de satisfacción con el servicio recibido autocumplimentadas debe ser superior al 40 %. Imprescindible para obtener resultados significativos.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

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

Indicador (título): Tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas de satisfacción

Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.

NUMERADOR: Total de encuestas de satisfacción autocumplimentadas en los pacientes incluidos en el denominador.

DENOMINADOR: Total de altas en la UGC de Cg. Cardiovascular en el año.

Criterio de Cumplimiento: como mínimo el 80 % de los ítems incluidos en la encuesta.

Fuente de Información: Encuesta específica autocumplimentable. CMBD (para el denominador).

Metodología de evaluación: cálculo de la tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas que recogen respuestas de 8 o más de 8 de 10 ítems. Numerador: Recuento Censal. Denominador: total de altas.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 40 % / 30 %

Situación de partida (valor de referencia): 52.81 % (año 2012).

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

Compartido con:

Atención al Usuario

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 12.

Cumplir la “Do not do recommendation del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): CG140: “Do not offer fast-acting fentanyl as first-line rescue medication”

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

CG140: Do not offer fast-acting fentanyl as first-line rescue medication.

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

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

Responsable: Director de la UGC.

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2014 / OBJETIVO

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

Peso que se le asignaría al Objetivo: 4**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):**

Indicador (título): cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “CG140: Do not offer fast-acting fentanyl as first-line rescue medication.

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

Numerador: número de fallos * 100

Denominador: 19.

Criterio de Cumplimiento: < 2 “fallos”.

Observaciones:

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

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



porcentaje).

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

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

Observaciones:

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

Compartido con:

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

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

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 13

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

Número de revisiones documentadas del carro de parada.

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): Revisiones documentadas del carro de parada

Fórmula: Número de revisiones por año

Población muestra: Unidad de hospitalización con carro de parada

Fuente de Información: Registro propio

Metodología de evaluación: Revisión de los registros

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 24 / 12

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 14

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

Número de revisiones documentadas del control de temperatura del frigorífico de medicación

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): Revisiones documentadas del control de temperatura del frigorífico de medicación

Fórmula: Número de revisiones por año

Población muestra: Frigorífico propio de la Unidad de hospitalización

Fuente de Información: Registro propio

Metodología de evaluación: Revisión de los registros

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 12 / 0

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 15

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

Correcta cumplimentación del consentimiento informado según Procedimiento operativo estandarizado (POE) propio de la U.G.C de CCV.

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): % Correcta cumplimentación del consentimiento informado según Procedimiento operativo estandarizado (POE) propio de la U.G.C de CCV

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: Informe de auditoría de historias clínicas

Metodología de evaluación: Revisión de 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:

OBJETIVO ESPECÍFICO 16

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

Realización de llamada de seguimiento telefónico en postoperatorio de cirugía cardiaca a las 48 - 72 horas del alta hospitalaria.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): % Realización de llamada de seguimiento telefónico en postoperatorio de cirugía cardiaca a las 48 - 72 horas del alta hospitalaria.

Fórmula: Numerador x 100 / Denominador

NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca durante el año 2014 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 cardiaca durante el año 2014.

Fuente de Información: Registro propio

Metodología de evaluación: Revisión de registro propio

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 50 % / 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 17

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

Implantación de procedimiento operativo estandarizado (POE) para seguimiento postoperatorio de CCV en domicilio propio de la U.G.C de CCV.

Peso que se le asignaría al Objetivo: 2

INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Indicador (título): Implantación de procedimiento operativo estandarizado (POE) para seguimiento postoperatorio de CCV en domicilio propio de la U.G.C de CCV.

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:

7. TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2014

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área Capítulo I	1	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en CAPII del Servicio / Presupuesto asignado	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	3	Si cumple	No cumple
	2	Absentismo	Días de absentismo *100/Días de trabajo potenciales	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido	3	3,5%	4.5%
Área. Capítulo II y IV	3	Uso racional del Material Ortoprotésico	Gasto de material ortoprotésico ≤ Presupuesto asignado	Coanh	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	2	-1	1
Área 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	18	10	0
	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	1.99	1.86
	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	30días	60días
	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 Hospitalización	8	Índice sintético de gestión de estancias	Ver tabla	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	6	10	0
Área Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	9	Tasa de Reclamaciones	Nº de reclamaciones por los motivos seleccionados x 1000/Total de pacientes atendidos	Servicio de Atención al Ciudadano	Explotación de registro de reclamaciones e informe del responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido	1	0	1

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área Fomentar la investigación entre los profesionales	10	Índice de impacto acumulado	Índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad. Índice de Impacto acumulado. Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior	Unidad de Apoyo Metodológico IMIBIC	Informe del Director de la Unidad y de la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC	16	10	5

TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS: AÑO 2014

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
1	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.	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 2011 y septiembre de 2014.	Fuente de Información: (1) Para pacientes ingresados que hayan fallecido: CMBD – Estudio específico Comisión de Mortalidad del HURS. Libro 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.	2	5	10
2	Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica preferente.	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 2013 y septiembre de 2014.	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.	2	5	10

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
3	Tasa de mortalidad intrahospitalaria pos cirugía cardíaca programada estratificada por grupos de riesgo (aplicando la escala "Euroscore").	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 2011 y septiembre de 2014.	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.	3	9.61	9.62
4	Densidad de incidencia de infecciones nosocomiales en cirugía cardiovascular.	Fórmula: Densidad de incidencia de Infecciones Nosocomiales en cirugía cardiovascular por cada 100 días de estancia. NUMERADOR: Número de infecciones nosocomiales en cirugía cardiovascular en un año. DENOMINADOR: Número de pacientes / día en 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.	2	1	2
5	Tasa de reingresos urgentes antes de los 30 días por el mismo diagnóstico, en pacientes operados de cirugía cardíaca y valvular.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Pacientes a los que realiza cirugía cardíaca y valvular que requieren ingreso urgente en el hospital por el mismo diagnóstico en los siguientes 30 días tras el alta (mismo periodo que en el denominador). DENOMINADOR: Total de pacientes a los que se realiza cirugía cardíaca y valvular en el año (periodo octubre 2011 – septiembre 2010).	CMBD.	Metodología de evaluación: Explotación del CMBD.	2	1	3
6	Implantación de la historia digital en hospitalización y la prescripción digital.	No aplica	Fuente de Información: UGC – servicio de informática del HURS.	Metodología de evaluación: observación directa.	3	Cumple	No cumple

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
7	% de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica cardíaca a los que se les han aplicado los criterios de prioridad según perfil clínico y riesgo estimado definidos por la UGC de Cirugía Cardiovascular según consenso sobre demoras quirúrgicas de la SEC y SECCV.	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 2014.	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	2	85	75
8	% de pacientes propuestos para Cirugía Cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria.	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.	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 CCV).	2	80	70
9	Incidencia de flebitis.	NUMERO DE INFECCIONES POR 100 DIAS DE ESTANCIA	PREVENTIVA	Metodología de evaluación: Informe de medicina preventiva	2	0.2	0.3
10	Porcentaje de pacientes intervenidos en la UGC DE CCV que desarrollan TVP durante el postoperatorio.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV del denominador que desarrollan TVP en el posoperatorio. DENOMINADOR: Total de intervenciones quirúrgicas de CCV / año.	Fuente de Información: Si los Informes de Alta están bien cumplimentados (sobre todo en los campos diagnósticos secundarios y otros procedimientos), sería suficiente con el CMBD.	Metodología de evaluación: Explotación del CMBD.	2	2	3
11	Tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas de satisfacción	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador. NUMERADOR: Total de encuestas de satisfacción autocumplimentadas en los pacientes incluidos en el denominador. DENOMINADOR: Total de altas en la UGC de Cg. Cardiovascular en el año.	Fuente de Información: Encuesta específica autocumplimentable. CMBD (para el denominador).	Metodología de evaluación: cálculo de la tasa de respuesta de encuestas autocumplimentadas que recogen respuestas de 8 o más de 8 de 10 ítems. Numerador: Recuento Censal. Denominador: total de altas.	2	40	30

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
12	Do not offer fast-acting fentanyl as first-line rescue medication.	Fórmula: número de "fallos" (historias clínicas en las que no se cumple la recomendación) x100 / 19. Numerador: número de fallos * 100 Denominador: 19.	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).	Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).	4	85	75
13	Revisiones documentadas del carro de parada	Fórmula: Número de revisiones por año	Fuente de Información: Registro propio	Metodología de evaluación: Revisión de los registros e informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	3	24	12
14	Revisiones documentadas del control de temperatura del frigorífico de medicación	Fórmula: Número de revisiones por año	Fuente de Información: Registro propio	Metodología de evaluación: Revisión de los registros e informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	2	12	0
15	% Correcta cumplimentación del consentimiento informado según Procedimiento operativo estandarizado (POE) propio de la U.G.C de CCV Metodología de evaluación:	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	Informe de auditoría de historias clínicas	Revisión de Informe de auditoría de historias clínicas	3	90	80



Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
16	% Realización de llamada de seguimiento telefónico en postoperatorio de cirugía cardiaca a las 48 - 72 horas del alta hospitalaria.	Fórmula: Numerador x 100 / Denominador NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca durante el año 2014 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 cardiaca durante el año 2014.	Registro propio	Revisión de registro propio	2	50	40
17	Implantación de procedimiento operativo estandarizado (POE) para seguimiento postoperatorio de CCV en domicilio propio de la U.G.C de CCV.	Fórmula: Si / No NUMERADOR: No aplica DENOMINADOR: No aplica	DIRAYA	observación directa e informe del director de la UGC con el resultado obtenido	2	cumple le	no cumple
TOTAL DE PUNTOS EN OBJETIVOS ESPECIFICOS					40		



ANEXO 2. OBJETIVOS CRÍTICOS. AÑO 2014

OBJETIVOS CRÍTICOS CIRUGIA CARDIOVASCULAR

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE ⁽¹⁾		CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	85	-1	1
	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA		CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	3	-1	1
FARMACIA	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) ⁽²⁾	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	4	90	76
	OPIÁCEOS ⁽²⁾	OPI	% DDD MORFINA/ DDD MORFINA, BUPRENORFINA, FENTANILO, HIDROMORFONA, METADONA, OXICODONA, PETIDINA, PENTAZOCINA	2	21	4
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO ⁽²⁾	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	3	90	84
	PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	% 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.	2	95	90
	REDUCCIÓN DEL 10% EN EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DEL HOSPITAL EN DOSIS DIARIA DEFINIDA (DDD) POR CADA 1000 ESTANCIAS EN EL AÑO 2014 ⁽³⁾	DDD/1000e	DDD de consumo de antibióticos por 1000 / número de estancias en el año 2014	1	10	0
TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS				100		
⁽¹⁾ . EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
⁽²⁾ . LA VALORACIÓN DEL OBJETIVO SE REALIZARÁ SI SE ALCANZA UN Nº DE RECETAS POR CONSULTA IGUAL AL Nº DE RECETAS POR CONSULTA ESTÁNDAR PARA LA ESPECIALIDAD						



9. CUENTA DE RESULTADOS

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

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

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

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

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



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

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA