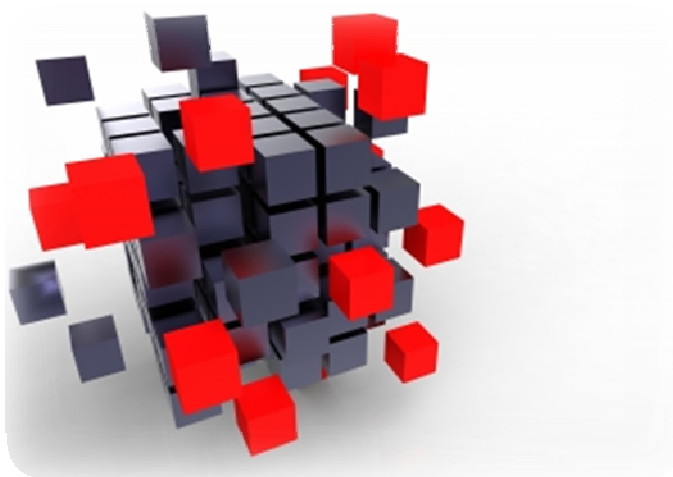


Acuerdo de Gestión Clínica 2016
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Código SIAGC: **UGC000217**

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

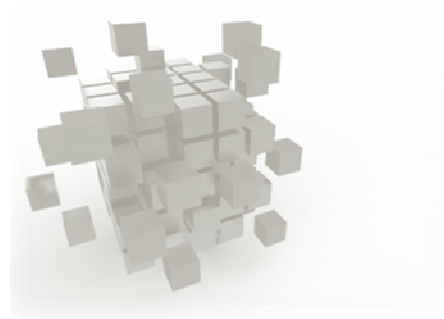




Dirección Gerencia Servicio Andaluz de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

Dirección de Innovaciones en Gestión Clínica



Diseño y maquetación: EASP

Ilustración de cubierta: Ventrilock, www.freedigitalphotos.net



Córdoba 18 de diciembre de 2015

Reunidos

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica Cirugía Cardiovascular y en su nombre y representación 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 Dña. Marina Álvarez Benito, en calidad de Directora Gerente.

Acuerdan

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2016.

Director / Responsable de la Unidad

La Directora Gerente del
Hospital Reina Sofía

Fdo.: D. Ignacio Muñoz Carvajal

Fdo.: Dña. Marina 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



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

INTRODUCCIÓN

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

- La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.
- 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 (SAS), mantienen en el Acuerdo de Gestión los aspectos relevantes iniciados en el año 2015 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 de gestión económica y algunos indicadores clave de resultados 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.

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

- La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios (distribución - ubicación territorial y sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios).
 - La forma en que se organiza la Unidad en su conjunto (recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación) para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
 - Valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.
- C. 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.
 - D. 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, basándose en 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, se estructura el Acuerdo de Gestión Clínica 2016 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 (este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,75).
 - 4.1. Objetivos Comunes (50 % del peso total).
 - a) Capítulo I
 - b) Accesibilidad
 - c) Otros objetivos relacionados con la actividad y producción asistencial
 - d) Objetivos Estratégicos de Resultado Clínico / en Salud
 - e) Orientación al Ciudadano
 - f) Investigación e Innovación
 - g) Cronicidad
 - 4.2. Específicos (50 % del peso total)
 - a) De resultado clínico / en salud
 - b) Sobre “dejar de hacer”
 - c) Compartidos con otras Unidades

Los pesos de los apartados a) más b) supondrán el 85% del peso asignado a los objetivos específicos, no pudiendo ser 0 ninguno de los dos apartados.

El peso del apartado c) supondrá el 15% del peso asignado a los objetivos específicos.

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

5. Objetivos Críticos (este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25).

- 5.1. 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).
- 5.2. 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, etc.).

Se proporcionará una tabla orientativa y con los pesos a adjudicar a cada UGC para los objetivos incluidos en los puntos 5.1 y 5.2.

6. Anexos que recogen fichas e instrumentos necesarios para cumplimentar homogéneamente los apartados de Justificación de la Unidad (Anexo I), Gobernanza Clínica (Anexo II), Objetivos específicos (Anexos IIIa, IIIb, IV, V y VI), Reingresos por todas las causas. Aclaraciones (Anexo VII).

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

Año de constitución: 2008

Tipo de unidad AH

RESULTADOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Nivel de acreditación alcanzado	-	-	NIVEL I	NIVEL I	NIVEL I
Puntuación global de la unidad (CRP)	9,35	10	8.50	7.49	7.68
IUE	0.37	0.40	0.40	0.49	0.46
Índice Casuístico	5.38	5.28	5.44	2.43	5.34
Estancias evitables	-7098.86	-6.155	-4.440	-4.958	-5102
% Reingresos Urgentes < 30 días, igual Diagnostico Principal	0.11%	0.11%	0%	0.74%	1.04%
% Mortalidad	1.81	1.44	1.56	75 casos	1.78
Estancia Preoperatoria	1.65	1.58	1.43	2.4	1.01
% Prescripción por principio activo	76.04	82.74	91.65	91.65	87.46

(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 qué año.

2. 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 /

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

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

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 hade ser conocido por todos los profesionales que componen la Unidad.

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

3. Debe existir una Comisión de Dirección de la Unidad:
 - a. Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento
 - b. Cuyas decisiones se relacionen coherentemente con los subapartados del punto 2.
 - c. Y cuyas decisiones sean vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento.

4. La dirección deberá propiciar la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad, en las decisiones de la misma que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:
 - Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social
 - Movimientos de “pacientes activos / expertos”
 - Evaluación de procesos a través de los pacientes
 - Grupos focales
 - Otras fórmulas de participación propuestas por los servicios de apoyo.

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

- Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency forHealthCareResearchQuality (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, científicos y socialmente reconocidos y contrastables.
- Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (SAS) 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 tiempos lógicos y previamente establecidos por la Dirección Corporativa del SAS, así como el mantenimiento de los mismos en el tiempo (Anexo II).

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 GESTIÓN CLÍNICA

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

Área: Capítulo I

▣ Objetivo Común 1.1. Cumplimiento del Presupuesto asignado en Capítulo I

La UGC se marca como Objetivo para el año 2016 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I.

Capítulo I	Objetivo
UGC	Pendiente

Indicador	Capítulo I
Fórmula	Gasto 2016 en Capítulo I de la UGC <= Presupuesto asignado en Cap. I para 2016.
Fuente	Gerhonte / COAN
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	Si 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 2016 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

▣ Objetivo Común nº 1.2. Control del Absentismo

La UGC se marca como Objetivo para el año 2016 controlar el absentismo del personal de la unidad.

Indicador	Porcentaje de Absentismo
Fórmula	Días de absentismo * 100 / Días potenciales de trabajo.
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: ACCESIBILIDAD

▣ Objetivo Común nº 2.1. Gestión de la Lista de espera en Primeras Consultas

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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.
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	30 días -60 días

Lista de Espera en Primeras Consultas	
Nº de Días de Demora	Función de Valor
<= 30	10
31 - 33	9
30-6034 - 36	8
37 - 39	7
40 - 42	6
43 - 45	5
46 - 48	4
49 - 51	3
52 - 55	2
56 - 60	1
> 60	0

▣ Objetivo Común nº 2.2. Gestión de las Citas Sucesivas

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas por la propia UGC.

Indicador	Porcentajes de citas de consultas sucesivas gestionadas desde la UGC
Fórmula	Nº consultas sucesivas asignadas por la Unidad de Gestión Clínica * 100 / Total consultas sucesivas asignadas.
Fuente	MTI-Citas
Metodología de Evaluación	Explotación a través de MTI-Citas o informe del servicio de SS II.
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	90% - 50%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual. En caso de que la cita sea dada por el administrativo, éste se ajustará a la fecha programada por el facultativo, aunque para ello tenga que ampliar la agenda.

Objetivo Común nº 2.3. Gestión de las Citas para recogida de resultados

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 gestionar las citas de recogidas de resultados y elaboración de informes de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas en menos de 45 días.

Indicador	Gestión de citas de Recogida de Resultados y Elaboración de Informes.
Fórmula	$\frac{\text{Nº total citas Recogida de Resultados} + \text{Elaboración de Informes} < 45 \text{ días} * 100}{\text{nº total Recogida de Resultados} + \text{Elaboración de Informes}}$
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación a través de BBDD de INFHOS
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75% - 50%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual.

Objetivo Común nº 2.4. Mejorar la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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.

Observaciones	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 total del Objetivo	9

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

Indicador 2.4.1.	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
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso del indicador	30% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	110 días - 120 días
Indicador 2.4.2.	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.
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso del indicador	30% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	170 días - 180 días
Indicador 2.4.3.	% Pacientes en situación transitoriamente no programable
Fórmula	$\text{Nº de pacientes TNP} * 100 / \text{Total de pacientes incluidos en el anexo}$
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe de la Dirección Médica.
Peso del indicador	20% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	5% - 10%

Indicador 2.4.4.	IINDA <=1 El IINDA (Razón entre las Indicaciones Quirúrgicas Observadas y las Indicaciones Quirúrgicas Esperadas), de las especialidades básicas, a cierre de este año, deberá ser 1 o menor a 1
Fórmula	$IINDA = \frac{\text{Indicaciones Quirúrgicas Observadas}}{\text{Indicaciones Quirúrgicas Esperadas}} \leq 1$
Fuente	Coheasist
Metodología de Evaluación	Informe de la Dirección Médica.
Peso del indicador	20% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo)	Sí cumple - No cumple
Límite Inferior	

Índice Sintético LEQ					
Procesos <120 días	Procesos <180 días	% PTNP	IINDA	Función de Valor	
<= 110	<= 170	<5	<=1	10	
> 110 - 111	> 170 - 171	5,1-5,5		9	
> 111 - 112	> 171 - 172	5,6-6		8	
> 112 - 113	> 172 - 173	6,1 -6,5		7	
> 113 - 114	> 173 - 174	6,6 -7		6	
> 114 - 116	> 174 - 176	7,1-7,5		5	
> 116 - 117	> 176 - 177	7,6-8		4	
> 117 - 118	> 177 - 178	8,1-8,5		3	
> 118 - 119	> 178 - 179	8,6-9		2	
> 119 - 120	> 179 - 180	9,1-10		1	
> 120	> 180	>10	>1	0	
p1= 30	p2= 30	P3= 20	P4: 20	100	Peso relativo
				Resultado	
				R. obtenido (FV)	
A	B	C	D	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 Común nº 2.5. Mejorar la Producción Quirúrgica

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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 2015

Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

Indicador 2.5.1.	Incremento o mantenimiento, según el caso, del rendimiento de quirófano
Fórmula	media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana y tarde (salvo urgencias)
Fuente	MIG
Metodología de Evaluación	Módulo de Indicadores de Gestión (MIG) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
Peso del indicador	3 puntos
Límites de sesiones año 2015	1,99/1,86

ÁREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

▣ Objetivo Común nº 3.1. Gestión adecuada de las Estancias

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90 y mantener o reducir, según el valor de partida, del nº de estancias evitables.

Peso total del Objetivo	5
--------------------------------	----------

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 3.1.1.		Índice de utilización de estancias					
UGC CIRUGÍA CARDIOVASCU LAR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	0.87	0.47	0.37	0.40	0.40	0.49	0.46
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	50% del peso total del objetivo						
Límite Superior (Óptimo)	0,90 – 1						
Límite Inferior							

Indicador 3.1.2.		Número de estancias evitables					
UGC CARDIOVASCUL AR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Estancias evitables	-1845	-6050	-7099	-6155	-4440	-4958	-5102
Fórmula	MANTENER EL NÚMERO DE ESTANCIAS EVITABLES RESPECTO AL AÑO 2014						
Fuente	CMBD						
Metodología de evaluación	Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido						
Peso	50% del peso total del objetivo						
Límite Superior (Óptimo)	Cumple- No cumple						
Límite Inferior							

ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD

- ☐ **Objetivo Común nº 4.3. Tasa de reingresos no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital(Aclaraciones al objetivo en Anexo VII)**

Resultados estratégicos	Ámbito de aplicación
Tasa de reingreso no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital, por cualquier causa ¹	Todas las unidades de gestión clínica de AP y AH con hospitalización.

Peso: 2 puntos

- ☐ **Objetivo Común nº 4.7. Disminuir la prevalencia de pie diabético en las personas incluidas en proceso asistencial diabetes**

Indicador	Prevalencia de pie diabético en las personas incluidas en proceso asistencial diabetes
Fórmula	$\text{Número de personas con pie diabético incluidas en proceso asistencial diabetes} * 100 / \text{Total de personas incluidas en el proceso asistencial diabetes}$
Fuente de información	Diraya
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	4%/10%

Objetivo Común nº 4.11. Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas

Peso total del Objetivo 2

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 4.11.1.	Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria
Fórmula	Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en unidades médicas, unidades quirúrgicas y Cuidados Intensivos adultos * 100 / Número de pacientes ingresados en unidades médicas, unidades quirúrgicas y UCI adultos
Fuente de información	DAH y CMBD
Peso	50% del peso total del objetivo
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	6%- 8%
Indicador 4.11.2.	Porcentaje de personas con UPP de cualquier grado con informe de continuidad de cuidados y notificadas a AP dadas de alta hospitalaria
Fórmula	Número de pacientes ingresados con UPP de cualquier grado con Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria y notificadas a AP * 100 / Número de pacientes ingresados en el hospital con UPP al alta
Fuente de información	DAH y CMBD
Peso	50% del peso total del objetivo
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	95%/80%

ÁREA: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

ÁREA 7

Participación en el análisis y disminución de las reclamaciones por UGC. Análisis por la UGC de los motivos de las reclamaciones realizadas por los usuarios y propuestas de medidas de mejora.

Objetivo Común nº 5.9. Análisis y disminución del nº de reclamaciones en áreas seleccionadas en función del nº de reclamaciones

Indicador	Análisis de reclamaciones
Fórmula	No aplica
Fuente de información	Informe de la Dirección de la UGC donde se explicita: Análisis de reclamaciones realizado, especificando causas y profesionales implicados, propuesta de mejoras detectadas y puestas en marcha, evaluación, etc.
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Sí cumple – No cumple

ÁREA: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

La UGC desarrolla su investigación en las siguientes líneas (cumplimentar en el caso que tenga alguna línea activa):

- 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 Común nº 6.1. Mejorar la producción científica

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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 *JournalCitationReport* so la media del Factor de Impacto de los años 2014 y 2015, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

Los límites superior e inferior de los siguientes objetivos serán distintos para cada UGC y se establecerán por la Dirección en función de la trayectoria de la Unidad en Investigación.

Indicador	<p>a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2016): Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año utilizando como valor el que se haya recogido en el <i>JournalCitationReport</i> del año anterior.</p> <p>b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2014 y 2015).</p>
Fórmula	<p>a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2016): para revistas publicadas en Pub-Med.</p> <p>b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2014 y 2015)</p>
Fuente	Pub-Med
Peso	5
Límite Superior (Óptimo)	10 – 5
Límite Inferior	
Publicaciones que se consideran	<p>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.</p>
Publicaciones que no se consideran	<p>Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.</p>

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.

Compensaciones

Cualquiera de los siguientes logros de la Unidad supondrá compensar con el 100% de la puntuación total.

- ↪ Disponer de un Investigador contratado a través de convocatoria competitiva.
- ↪ Participar en Centros o Redes de investigación cooperativa (CIBER, RETICS, Grupos SSPA y Redes internacionales.
- ↪ Presentar o participar en la presentación de proyectos internacionales.
- ↪ Participar en ensayos clínicos independientes.
- ↪ Publicar en revistas de Q1.
- ↪ Disponer de Registros originales de la propiedad intelectual e industrial o transferencias de tecnología.
- ↪ Conseguir un Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.

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.
- ↪ 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).

OTRAS ÁREAS

SEGURIDAD DEL PACIENTE

▣ Objetivo Común nº 8.3. Optimización de la prescripción antibiótica

Indicador	Reducción de la prescripción selectiva de antimicrobianos de la unidad en un 10% respecto al año 2015
Fórmula	$(\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2016 en la unidad} - \text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2015 en la unidad}) * 100 / \text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2015 en la unidad}$
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	10 - 0

▣ Objetivo Común nº 8.4. Mejora de la higiene de manos

INDICADOR 1	Observación de higiene de manos: nº de observaciones realizadas
Fórmula	$\text{Nº de observaciones con correcta higiene de manos} * 100 / \text{nº total de observaciones realizadas.}$
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75% - 20%

INDICADOR 2	Talleres sobre higienes de manos y medidas de aislamiento. 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
Fuente	MEDICINA PREVENTIVA
Metodología de Evaluación	Hojas de firmas, datos del profesional, email. Al menos una de las charlas-taller
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	80% - 20%

Acreditación de la UGC

La Dirección Gerencia del Centro, si lo estima oportuno, puede incluir como objetivo común la acreditación o reacreditación de la UGC.

- ▣ **Objetivo Común nº 8.5. La UGC obtendrá la reacreditación de la ACSA, o estará en proceso, una vez realizada la fase de autoevaluación**

Indicador	Acreditación o Reacreditación de la UGC (o al menos haber pasado la fase de autoevaluación)
Fórmula	No aplica
Fuente	ACSA
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Sí cumple – No cumple

▣ **Objetivo Común nº 8.6. Garantizar el Uso y aplicación adecuados de los sistemas de información del Centro**

Indicador 1	Episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus.
Fórmula	Numero 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 de DAN e Informe con resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75%/65%
Indicador 2	Episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución respecto al total de citas realizadas según INFHOS
Fórmula	Nº de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución/ total de episodios de consulta
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75%/65%
Indicador 3	Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA)
Fórmula	Nº 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 con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75%/65%

Indicador 4	Uso del Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen (PDI)
Fórmula	Nº de peticiones realizadas mediante el Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen sobre el total de peticiones realizadas
Fuente	PDI
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	50%/40%

- ▣ **Objetivo Común nº 8.7. 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 2016 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
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si cumple/No cumple

- ▣ **Objetivo Común nº 8.8. 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 2015**

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 2015.

Fórmula	No aplica
Fuente	Observatorio para la seguridad del paciente
Metodología de Evaluación	Informe del Observatorio para la Seguridad del paciente
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si cumple/No cumple

Objetivo Común nº 8.9. Listado de Verificación Quirúrgica

Indicador	Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica en el 100% de las cirugías programadas
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica} \times 100}{\text{total de pacientes intervenidos de cirugía programada}}$
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación del sistema de Información
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

Objetivo Común nº 8.10. Adoptar medidas que garanticen la mejora de los objetivos docentes.

Indicador 1	La encuesta de satisfacción unificada anual de Residentes del SSPA se consignará por al menos el 90% de los y las residentes de la Unidad.
Fórmula	$\frac{\text{Número de residentes que han realizado la encuesta anual} \times 100}{\text{Número total de Residentes de la Unidad}}$
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	90%/85%

Indicador 2	Se incentivará la formación de tutores y tutoras de la Unidad, en competencias docentes, debiendo realizar el curso "Modelos y Herramientas de Tutorización de Especialistas en Ciencias de la Salud" al menos el 80 de ellos.
Fórmula	Número de tutores que ha finalizado con éxito el programa de formación de tutores on-line *100/ Número total de tutores de la Unidad
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	85%/80%

Indicador 3	Se mantendrá el compromiso con la programación docente anual y el seguimiento docente de residentes, debiendo tener el 100% de ellos el Plan Individual formativo anual el 30 Junio 2016 y al menos 3 entrevistas trimestrales con su tutor-tutora el 15 de Diciembre de 2016.
Fórmula	(Número de residentes con PIF a 30 Junio 2015 + Número de residentes con al menos 3 entrevistas trimestrales a 15 de Diciembre de 2015) *100 / (Número total de Residentes de la Unidad) *2
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 9.1
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 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: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica electiva.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Total de pacientes que fallecen de los incluidos en la lista de espera quirúrgica electiva en el mismo periodo que en el denominador.</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica electiva entre 01 de Enero de 2016 y 31 de Diciembre de 2016.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: ≤ 5% / año.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 4% / 2%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 0% (año 2012), 0.6% (2013)</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 9.2
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 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: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Tasa de mortalidad anual en pacientes de cirugía cardiovascular incluidos en lista de espera quirúrgica preferente.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Total de pacientes que fallecen de los incluidos en la lista de espera quirúrgica preferente en el mismo periodo que en el denominador.</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica preferente entre 01 de Enero de 2016 y 31 de Diciembre de 2016.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: ≤ 5% / año.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 4% / 2%.</p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</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 9.3
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Ajustar la mortalidad en cirugía cardíaca programada al predictor de riesgo EUROSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) hasta +5% del valor predictivo.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Tasa de mortalidad intrahospitalaria pos cirugía cardíaca programada estratificada por grupos de riesgo (aplicando la escala “Euroscore”).</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador (por estratos de riesgo).</p> <p>NUMERADOR: Éxitos según grupos de riesgo de Euroscore estándar de predicción de mortalidad en el mismo periodo que en el denominador.</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes estratificados por grupos de riesgo según escala Euroscore sometidos a cirugía cardíaca programada entre 01 de Enero de 2016 y 31 de Diciembre de 2016.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: Euroscore estándar (para estratos de riesgo: bajo, intermedio y alto). Se excluyen: pacientes operados en el Hospital Materno-Infantil.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 9.61% / 9.62%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 9.61% (año 2012), 5.21% (2013)</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:
UCI – ADULTOS
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 9.4
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Porcentaje de pacientes con infección nosocomial por cada 100 ingresos en Cirugía Cardiovascular.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Porcentaje de pacientes con infección nosocomial por cada 100 ingresos en Cirugía Cardiovascular.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Número de pacientes con infección nosocomial.</p> <p>DENOMINADOR: Número de pacientes ingresados en Cirugía Cardiovascular.</p> <p>Fuente de Información: Datos específicos recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva.</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoría e informe del Servicio de Medicina Preventiva.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2.5% / 3.5%.</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 1.9% (2012), 2.1% (2013)</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:
Servicio de Medicina Preventiva
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 9.5
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Porcentaje de infecciones del lugar de la intervención por cada 100 intervenciones de Cirugía Cardiovascular.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Porcentaje de infecciones del lugar de la intervención por cada 100 intervenciones de Cirugía Cardiovascular.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p style="padding-left: 40px;">NUMERADOR: Número de infecciones del lugar de la intervención.</p> <p style="padding-left: 40px;">DENOMINADOR: Número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: valoración de al menos el 50% de los ingresos. Criterios del CDC.</p> <p>Fuente de Información: Datos específicos recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva.</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoría e informe del Servicio de Medicina Preventiva.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 2.5% / 3.5%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 0.7% (2012), 1.42% (2013)</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:
Servicio de Medicina Preventiva
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 9.6
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Continuar con el pase de visita médica con soporte digital/electrónico.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Continuar con el pase de visita médica con soporte digital/electrónico.</p> <p>Fórmula: SI / NO</p> <p>NUMERADOR: no aplica</p> <p>DENOMINADOR: no aplica</p> <p>Fuente de Información: Informe del Director de la UGC de CCV</p> <p>Metodología de evaluación: observación directa</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: cumple / no cumple</p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</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 9.7
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 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 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: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>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.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Total de pacientes del denominador a los que se les han aplicado los criterios de prioridad definidos.</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica en 2016.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: se aplica a partir del mes de enero de 2016.</p> <p>Fuente de Información: Libro de Demanda Quirúrgica (UGC).</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoría de registro de Demanda Quirúrgica comprobando anotación de puntuación según aplicación de los criterios de prioridad.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 85% / 95%.</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 100% (año 2012), 100% (2013)</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 9.8
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 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
<p>Indicador (título): % de pacientes propuestos para cirugía cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador.</p> <p>NUMERADOR: Pacientes propuestos para cirugía cardíaca que presentan valoración clínica preoperatoria “estándar / consensuada”.</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes propuestos para cirugía cardíaca en 2016.</p> <p>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.</p> <p>Fuente de Información: partes de solicitud de cirugía cardíaca - Interconsulta de la UGC “solicitante” (UGC de Cardiología).</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoría (p=q=0.5. Error admisible: 10%) sobre el volumen total de solicitudes – interconsultas de Cirugía Cardiovascular).</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80% / 90%.</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 100% (año 2012), 100% (2013)</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:
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

OBJETIVO ESPECÍFICO 9.9
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Mejorar 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
<p>Indicador (título): Densidad de Incidencia asociada a flebitis.</p> <p>Fórmula: Numero de infecciones por 100 días de estancias</p> <p>Fuente de Información: Medicina Preventiva</p> <p>Metodología de evaluación: Informe de Medicina Preventiva</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 0.2 / 0.3</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): 0.22 (año 2012), 0.2 (2013)</p>
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 9.10
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
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
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
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 9.11
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
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.
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>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.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador</p> <p>NUMERADOR: número de pacientes ingresados para cirugía programada en la UGC</p> <p>DENOMINADOR: número de pacientes con valoración inicial, plan de cuidados e informe de continuidad de cuidados.</p> <p>Fuente de Información: Diraya Atención Hospitalaria (DAH)</p> <p>Metodología de evaluación: observación directa</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 60%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</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 9.12
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 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
<p>Indicador (título): % Realización de llamada de seguimiento telefónico en postoperatorio de cirugía cardiaca a las 48 - 72 horas del alta hospitalaria.</p> <p>Fórmula: Numerador x 100 / Denominador</p> <p>NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca durante el año 2016 a los que se les ha realizado la llamada de seguimiento telefónico en el postoperatorio a las 48 – 72 horas del alta hospitalaria.</p> <p>DENOMINADOR: Número de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca durante el año 2016.</p> <p>Fuente de Información: Registro propio</p> <p>Metodología de evaluación: Informe de Director de la UGC de CCV - Revisión de registro propio.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 60%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</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 9.13
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Continuar con el procedimiento para la Medición de la prevalencia de efectos adversos en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular (IMPEA).
Peso que se le asignaría al Objetivo: 3
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>Indicador (título): Continuar con el procedimiento para la Medición de la prevalencia de efectos adversos en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular (IMPEA).</p> <p>Fórmula: Si / No</p> <p>NUMERADOR: No aplica</p> <p>DENOMINADOR: No aplica</p> <p>Fuente de Información: Servicio de Calidad y Documentación Clínica del H.U.R.S.</p> <p>Metodología de evaluación: Informe del Director del Servicio de Calidad y Documentación Clínica del H.U.R.S.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: cumple / no cumple</p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</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 9.14. CONTRATO PROGRAMA 2016
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2016 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
Disminución de ingresos por amputaciones mayores de miembros inferiores. PIDMA
Peso que se le asignaría al Objetivo: 4
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<p>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)</p> <p>NOTA: Tasa inferior a la media de Andalucía o reducción \geq 20% en aquellos Centros con resultado previo por encima de la media de Andalucía</p> <p>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)</p> <p>Fuente de Información: DIÁBACO</p> <p>Metodología de evaluación: Explotación de la fuente de información e informe con el resultado obtenido</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 20% / 40%</p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</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 “DEJAR DE HACER”. 10.1

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Cardiovascular se marca como Objetivo para el año 2016 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.

<p>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS COORDINACIÓN...ETC COMO A NIVEL ASISTENCIAL DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</p>
<p>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.</p>
<p>Problema o aspecto a mejorar:</p>
<p>Variabilidad de la práctica clínica.</p>
<p>Datos e indicadores en los que se sustenta</p>
<p>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</p>
<p>INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO</p>
<p>Enunciado de la intervención</p>
<p>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:</p> <p>http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp?action=searchform&results=yes&txtSearchText=&txtTopic=&txtSubTopic=&p=off</p>
<p>Razonamiento que justifica la intervención</p>
<p>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</p>

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 2016 / 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
<p>Indicador (título): cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “CG36:</p> <p>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.</p> <p>Fórmula: número de “fallos” (historias clínicas en las que no se cumple la recomendación) x100 / 19.</p> <p>Numerador: número de fallos * 100</p> <p>Denominador: 19.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: < 2 “fallos”.</p> <p>Observaciones:</p> <p>Límite Superior / Límite Inferior: 85 % / 75 % (= a 0 fallos / 1 fallo).</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): se aplica la recomendación (aunque se desconoce en qué porcentaje).</p> <p>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).</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).</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:
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:

Objetivos Específicos compartidos con otras Unidades

La Unidad de Gestión Clínica se marca como Objetivo para el año 2016 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.

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS
UGC DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS DOSÍMETROS PERSONALES VER FICHA ADJUNTA	3.2 (40%)
UGC HEMATOLOGÍA	VER FICHA ADJUNTA	3.2 (40%)
ACUERDO CON ATENCIÓN PRIMARIA	OBJETIVOS INTERNIVELES ACORDADOS CON ATENCIÓN PRIMARIA	1.6 (20%)
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		8

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: 3.2
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
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: (nº Dosímetros devueltos o justificados en plazo x 100 / 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: 3.2
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:

5. OBJETIVOS CRÍTICOS

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25.

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25.

- ▣ **Objetivo Crítico nº 12.1. 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)**

Indicador	CONTROL DE GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE
Fórmula	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO <= PRESUPUESTO)
Fuente	Plataforma
Peso	85
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	-1/1

- ▣ **Objetivo Crítico nº 12.2. Objetivos orientados al control de consumo en ORTOPEdia**

Indicador	CONTROL DE GASTO ORTOPEdia
Fórmula	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO <= PRESUPUESTO)
Fuente	Plataforma
Peso	2
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	-1%/1%

▣ **Objetivo Crítico nº 12.3. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo)**

Indicador	CONSUMO INTERNO FARMACIA
Fórmula	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO <= PRESUPUESTO)
Fuente	Farmacia
Peso	3
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	-1/1

▣ **Objetivo Crítico nº 12.4. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: IBP**

Indicador	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)
Fórmula	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP
Fuente	Farmacia
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	90%/79%

▣ **Objetivo Crítico nº 12.5. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO**

Indicador	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO
Fórmula	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS
Fuente	Farmacia
Peso	4
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	90%/84%

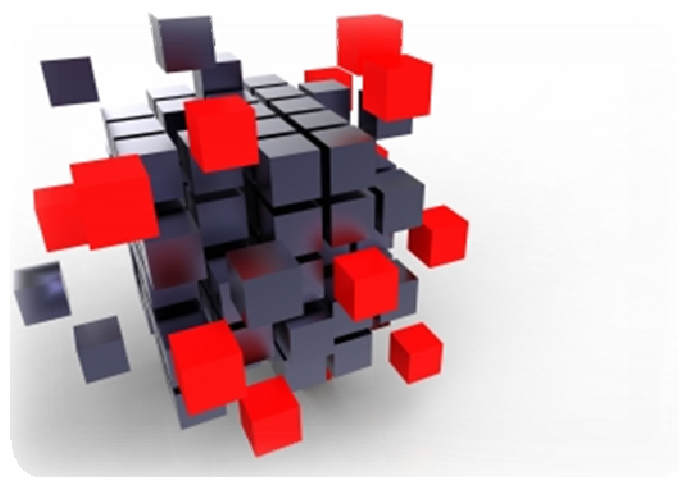
Objetivo Crítico nº 12.6. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: OPIOIDES

Indicador	OPIOIDES
Fórmula	% DDD MORFINA/ DDD MORFINA, BUPRENORFINA, FENTANILO, HIDROMORFONA, METADONA, OXICODONA, PETIDINA, PENTAZOCINA
Fuente	Farmacia
Peso	1
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	21%/4%

Objetivo Crítico nº 12.7. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: PRESCRIPCION EN RECETA XXI

Indicador	PRESCRIPCION EN RECETA XXI
Fórmula	Nº DE RECETAS PRESCRITAS POR RECETA XXI/TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS
Fuente	Farmacia
Peso	4
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	95%/90%

6. ANEXOS



ANEXO II

Autoevaluación del sistema de gobernanza clínica 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 sistema de gobernanza clínica (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	Carlos Manuel Merino Cejas
CIRUGÍA CARDÍACA INFANTIL	Jaime Casares Mediavilla
CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR	Pedro José Alados Arboledas
DISPOSITIVOS IMPLANTABLES	Javier Moya González
REGISTROS EXTERNOS	Antonio Chacón Quevedo
ÁREA ECONÓMICA	Bibian Ortega Lopera
ÁREA DE GESTIÓN	M ^a Teresa Conejero Jurado
ÁREA DE INVESTIGACIÓN	Diana M. Valencia Núñez
PATOLOGÍA VENOSA	Pasquale Maiorano Iuliano
PERFUSIÓN Y OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA	José L. Medina Almansa
CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Manuel Recio Rufián

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**

En caso afirmativo,

Dicho documento de gestión, ¿es conocido por todos los profesionales que componen la Unidad?: **SI**

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

- ¿La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes?: **SI**
- ¿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**
- ¿La definición y el compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas?: **SI**
- ¿La gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad?: **SI**

3.- ¿Existe una Comisión de Dirección de la Unidad?: **SI**

En caso afirmativo:

- La Comisión de Dirección de la Unidad, ¿está Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento?: **SI**
- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿se relacionan coherentemente con los subapartados del punto 2?: **SI**
- 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**

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?: **NO**
- Movimientos de “pacientes activos / expertos”?: **NO**
- Foros Asesores de ciudadanos?: **NO**

- Técnicas de Grupo Nominal con usuarios?: **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
- 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
- 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
- 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

ANEXO V

Metodología de evaluación de los objetivos específicos del tipo “dejar de hacer”

Muestreo para la aceptación de lotes (Método LQAS) ²

Condiciones de aplicación (Distribución Prob. Binomial):

- ↪ Utiliza tamaños muestrales muy reducidos. La muestra no debe ser > al 10% de la población (siempre mayor de 30 casos).
- ↪ La variable que se evalúa sólo puede tener dos valores posibles (cumple/no cumple; acierto/fallo).
- ↪ Cada uno de las unidades a evaluar es independiente de las otras.
- ↪ La probabilidad de Cumplimiento/Incumplimiento es la misma para cada uno de los casos.

(n) tamaño muestra	50	29	19	14	11	9	7	6	5	5	4	4	3	3	3	2	2	2	1
(ajr) ² de fallos	50%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
0	0,0770	0,0471	0,0456	0,0440	0,0422	0,0404	0,0490	0,0467	0,0503	0,0812	0,0410	0,0256	0,0429	0,0270	0,0156	0,04	0,0225	0,0100	0,0500
1	0,0290	0,0459	0,0268	0,0470	0,0266	0,0339	0,0320	0,0369	0,0487	0,0487	0,0469	0,0256	0,027						
2	0,0110	0,0393	0,0358	0,032	0,0268	0,0407	0,0466	0,0330	0,0244										
3	0,0320	0,0322	0,0422	0,0460	0,0462	0,0424	0,0286	0,0414											
4	0,0120	0,0258	0,0422	0,0320	0,0379	0,0389	0,0230												
5	0,0300	0,0202	0,0497	0,040	0,0267	0,0283													
6	0,0120	0,0435	0,052	0,0510	0,0387														
7	0,0260	0,0327	0,0530	0,0280	0,0535														
8	0,0470	0,0260	0,0530	0,0320	0,0136														
9	0,0220	0,0480	0,0520	0,0350															
10	0,0390	0,0370	0,051	0,0350															
11	0,0180	0,0280	0,0480																
12	0,0320	0,058	0,0450																
13	0,0500	0,0380	0,0038																

² La distribución binomial y el muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) como métodos de monitorización en servicios de salud. Pedro J. Saturno Hernández U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Murcia.



Metodología de evaluación

Auditoría de 19 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente (tamaño calculado mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes).

ANEXO VII

Reingresos por todas las causas. Aclaraciones

Traducido del documento técnico de la AHRQ³

1. Marco temporal: 30 días tras el alta.

Entre las razones que justifican este marco temporal se encuentran:

Dentro de este marco, las readmisiones tienen mayor probabilidad de ser atribuidas a los cuidados recibidos durante la hospitalización inicial y durante la transición al entorno de atención primaria.

Varios estudios (citas 19, 20, 22, 27 a 34, 38 del documento técnico) demuestran que las mejoras de los cuidados en el momento del alta del paciente pueden reducir las tasas de reingresos no programados a los 30 días del alta.

El Hospital, en colaboración con las comunidades que atienden, puede adoptar diferentes acciones que reduzcan las readmisiones:

- ↪ Asegurar que los pacientes están clínicamente preparados para afrontar y resolver los problemas derivados del proceso / procedimiento por el que han estado ingresados y que pudieran presentarse (signos y síntomas de alerta, cuidados a seguir).
- ↪ Reducir los riesgos de infección.
- ↪ Conciliar las medicaciones.
- ↪ Mejorar la comunicación entre los proveedores de cuidados que participan en el proceso de transición entre hospital y atención primaria.
- ↪ Fomentar (elaborar) estrategias que sigan los principios de gestión de enfermedades.
- ↪ Educar a los pacientes sobre los síntomas a monitorizar, especificar a quién contactar en caso de dudas o preguntas, y dónde y cuándo buscar atención médica de seguimiento (cuidados de seguimiento).

Los estudios citados muestran también que los beneficios de dichas intervenciones pueden tardar más de 14 días en notarse (cita 39).

³ Hospital-wide All-cause Unplanned Readmission Measure. Final Technical Report. Submitted by Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research & Evaluation. July 2012 (Páginas 15, 18, 19 – 22, 29 - 31)

2. Reingresos por cualquier causa

Las razones para incluir en el indicador los reingresos por “cualquier causa” o por todas las causas (“*all-cause readmisión*”) **en lugar de los reingresos relacionados con la hospitalización previa**, son:

1º Desde la perspectiva del paciente, cualquier motivo de readmisión es probablemente un resultado indeseable de la prestación de cuidados.

Además, los reingresos por cualquier razón exponen a los pacientes a los riesgos asociados a la hospitalización, tales como errores de iatrogenia.

2º No existe ningún método confiable que permita determinar si un reingreso está relacionado con la hospitalización previa, basándose en causas documentadas de readmisión. Por ejemplo, un paciente con ictus que desarrolla neumonía por aspiración, puede finalmente ser readmitido al hospital por distrés respiratorio. Sería inapropiado considerar esta readmisión como no relacionada con los cuidados recibidos por el ictus.

3º El rango de reingresos potencialmente evitables también incluye aquellos no directamente relacionados con la condición de ingreso inicial, tales como: los derivadas de errores de conciliación de medicación, pobre comunicación entre proveedores al alta o inadecuado seguimiento post-alta. Crear una lista exhaustiva de reingresos potencialmente evitables relacionados con las condiciones de hospitalización previas sería arbitrario y, por último, difícil de implementar.

4º Todos los informes existentes sobre indicadores de medición de reingresos por todas las causas, muestran la consistencia de las mismas.

5º La investigación muestra que las intervenciones para reducir los reingresos reducen los reingresos por cualquier causa, no solo los relacionados con condiciones específicas.

Por último, definir el indicador de resultado como reingresos por cualquier causa, puede animar a que los hospitales implementen iniciativas amplias dirigidas a mejorar el cuidado integral dentro del hospital y a establecer transiciones desde el hospital que no limiten su enfoque a un reducido conjunto de condiciones específicas.

3. Criterios de exclusión en el cálculo del indicador

- ↪ Altas por éxitos: los pacientes que mueren durante la hospitalización “inicial”, obviamente, no pueden ser readmitidos.

- Altas voluntarias (“en contra del consejo médico”): el hospital difícilmente puede desarrollar con la suficiente amplitud los cuidados necesarios.
- Altas por transferencia a otros hospitales (las readmisiones se miden en el hospital que finalmente da el alta).
- Altas por tratamientos médicos de cáncer (motivo: su mortalidad y perfil de readmisión siguen un patrón muy distinto al resto de admisiones. Sus resultados no correlacionan bien con los del resto de altas (por otros motivos de ingreso). Pero los pacientes con cáncer cuyas altas sean por otros diagnósticos o para tratamiento quirúrgico de su cáncer, si se incluyen.
- Altas de pacientes psiquiátricos. Motivo: su comportamiento no es comparable con las altas de hospitales de agudos.
- Altas por cuidados de rehabilitación, colocación de prótesis y ajuste de dispositivos (CCS 254). Motivo: no se consideran como receptores de cuidados agudos.

Nota: Una readmisión dentro del plazo de 30 días también será elegible como una admisión inicial (a veces traducida como “índice”).

Ello permite captar reingresos repetidos en el mismo paciente.

4. Método de cálculo del indicador⁴

La definición de “reingreso” y del indicador (numerador y denominador) y su ejemplarización, aclara mucho el proceso de cálculo y lo simplifica respecto a la propuesta de indicador de la AHRQ. De hecho no recurre a ajustes ni a su cálculo por cohortes específicas, como hace aquella en su propuesta desde el equipo de Yale.

Lo calcula como una Tasa de Reingresos a los 30 días:

$$\frac{\text{Número de estancias con al menos una estancia en el hospital
En los 30 días posteriores.}}{\text{Número total de estancias hospitalarias entre enero y noviembre
(Ambos incluidos)}} * 100$$

Solo se cuenta un reingreso en el periodo de 30 días, dado que la medida de resultado evaluada aquí es el “porcentaje de altas con una readmisión”.

Todo paciente dado de alta en el Hospital (“estancia índice”) es seguido por 30 días, si se produce alguna readmisión durante ese periodo de tiempo, la estancia índice se cuenta como que tiene un reingreso.

⁴Methods Calculating Readmissions for HCUPnet (Páginas 1 a 5). Disponible en: <http://hcupnet.ahrq.gov/HCUPnet.app/Methods-HCUPnet%20readmissions.pdf>



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA