PROGRAMA 543: COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Unidad responsable: Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/
Acciones/
Indicadores del programa

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

01. Disponer de infraestructuras del hospital mejoradas y adecuadas.

01.01. Continuar la mejora en la dotación tecnológica de diferentes servicios.

01.02. Reordenación de espacios y obras menores de los servicios unificados priorizados.

01.03. Mejora de las infraestructuras y condiciones hoteleras de los servicios y unidades priorizados.

01.04. Elaborar un Plan de Ordenación y adecuación de la estructura física del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) a su nueva estructura orgánica unificada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

01.01.01 Puesta en marcha nuevos quirófanos HN y HVC

Durante el año 2017 se ejecutaron distintos trabajos de reacondicionamiento de los nuevos quirófanos tanto del HN como de HVC para su puesta en marcha.

A pesar de que las obras en los quirófanos ya estaban finalizadas, hubo que instalar todo el equipamiento y modificar algunos locales de apoyo a petición de la Dirección Médica y de Enfermería del CHN:

- Instalación de nuevas tomas eléctricas y tomas de gases medicinales en la zona del hall y del transfer de camillas de los quirófanos de HVC.

- Ampliación del sistema de megafonía y sistema de llamada a enfermería de los quirófanos de HVC.

- Modificación sistema de acceso a los quirófanos (lector de tarjetas, portero automático etc.) de HVC

- Integración del sistema de imagen en el quirófano 6 de HVC y en el Quirófano 8 del HN.

- Reforma del almacén general del quirófano de HVC donde inicialmente se había previsto la instalación de una central de esterilización.

01.01.02.1 Central de lavado esterilización HVC

Se ejecutó la obra de ampliación de la Central de Lavado de Esterilización de HVC. Con esta ampliación se ha conseguido unificar la esterilización de 84 centros y consultorios de Atención primaria.

01.01.03. Equipamiento menor

Se repone equipamiento diverso por obsolescencia y renovación tecnológica, para los servicios y unidades. Equipos de RX, respiradores, microscopios, ecógrafos, etc.

01.02. Reordenación de espacios y obras menores de los servicios unificados priorizados.

01.02.01. Reforma servicio de farmacia HN

Durante el año 2017 se ha realizado la 1ª Fase de la obra de reforma del Servicio de Farmacia del Hospital de Navarra, con el objetivo de la ampliación y mejora de la atención a los pacientes externos del Servicio y la unificación de los puntos de dispensación de fármacos tanto del HN como de HVC.

01.02.02. Nuevas consultas medicina interna en HVC

A finales del año 2017 se pusieron en marcha los espacios acondicionados en la planta baja del edificio General del Hospital Virgen del Camino (Antiguo Servicio de Urgencias), donde se trasladaron las consultas de Medicina Interna situadas en Centro de Consultas Príncipe de Viana.

Se ha elaborado un plan funcional para el traslado de la hospitalización domiciliaria a una zona anexa a estos espacios de atención ambulatoria de Medicina Interna.

01.02.03. Nuevas consultas genética y sección alimentación
El día 12 de Diciembre se pusieron en marcha los espacios acondicionados en la planta baja de la Antigua Escuela de Enfermería del Hospital Virgen del Camino (Antigua Biblioteca), donde se trasladaron las consultas de Genética situadas en la planta segunda del mismo edificio y los despachos administrativos de la Sección de Alimentación del CHN situados en el sótano del pabellón C, acercándolo de esta manera a la cocina.

01.02.03. Nueva sala de broncoscopias
Se ha creado de una nueva sala para Broncoscopias en HVC.

01.02.03. Redacción proyecto rehabilitación cardiaca
Se ha encargado la redacción del proyecto para la adecuación de un Servicio de Rehabilitación cardiaca en la planta baja del pabellón Norte del HN junto al actual Servicio de Rehabilitación.

01.03. Mejora de las infraestructuras y condiciones hoteleras de los servicios y unidades priorizados.

01.03.01. Internalización Servicio de Alimentación en el CHN

Se ha internalizado el servicio de Alimentación del CHN, procediéndose a la compra del equipamiento de la concina para la prestación del servicio con medios propios.

01.03.02. Adecuación de 2 habitaciones para minusválidos en la 4ª general HVC

Con objeto de mejorar la accesibilidad de las personas discapacitadas, se adecuaron las habitaciones 405 y 406 de la 4ª planta del Edificio General de HVC, convirtiendo ambas habitaciones en habitaciones individuales.

Para ello se reformaron los baños de las habitaciones, ampliando la superficie útil e instalando duchas integradas en el pavimento evitando así la presencia de escalones. Además se dotaron los baños con accesorios como barras de apoyo y espejos adaptados.

01.03.03. Renovación de Calderas en Ubarmin
Se han cambiado de las calderas de Ubarmin.

01.03.04. Proyecto nueva sala de calderas HVC
Durante el año 2017 se procedió a la tramitación administrativa del expediente para la remodelación de la sala de calderas de HVC cuyo proyecto fue redactado en Diciembre de 2016.
La central de producción de calor ubicada en la azotea del Edificio Maternal de HVC fue construida en 1.991 cuenta con 16 calderas de alta eficacia para la producción de calor para calefacción, climatización y ACS.

El proyecto propone la renovación integral de los equipos productores de calor, independizando la producción de ACS con requerimientos de alta temperatura del resto de circuitos de climatización y calefacción, la incorporación de calderas de condensación y modificación del sistema de control.

01.03.05. Proyecto sustitución climatizadores quirófano urgencias HN

En el año 2017 se redactó el proyecto para la reforma del sistema de climatización de los Quirófanos de Urgencias.

01.03.06 Camas, mesillas, sillones y sillas de acompañantes en HVC.

Se ha realizado un acuerdo marco para la renovación de las camas, mesillas y sillas de acompañantes de HVC, en varios años, comenzando este año con 119 camas, 100 mesillas, 41 sillones paciente y 125 sillas de acompañante,

01.04. Elaborar un Plan de Ordenación y adecuación de la estructura física del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) a su nueva estructura orgánica unificada.

01.04.01. Se han realizado reuniones periódicas analizando necesidades e identificando actuaciones para la reordenación de los espacios.

01.04.02. Redacción proyecto nuevos laboratorios en pabellón azul

En el año 2017 se encargó a la empresa Pública Nasuvinsa la redacción del anteproyecto para la integración de los seis laboratorios del CHN en el edificio del "pabellón azul", así como la redacción del proyecto de construcción de la fase I, que comprende los laboratorios de análisis clínicos, hematología y urgencias.

El laboratorio unificado de análisis clínicos, hematología y urgencias (LUNA) se encuentra ubicado en la actualidad en la primera planta del edificio que ocupa el Centro de Investigación de Navarrabiomed, inaugurado en 2011, y que recibió para su construcción una ayuda de 7,8 millones de euros procedentes de los fondos FEDER de la Unión Europea. Esta subvención estaba condicionada a que el inmueble en su totalidad se destinara a investigación. Por ello, en caso de no desalojar los laboratorios, el Gobierno debería afrontar la devolución de la parte de la ayuda recibida.

A la necesidad de reubicar los tres laboratorios citados se unió la de integrar en ese mismo espacio otros tres servicios dispersos por el recinto del Complejo Hospitalario de Navarra, con el fin de lograr la unificación física y organizativa de los laboratorios del CHN. Se trata del laboratorio de Microbiología (ubicado en el Pabellón L del Hospital de Navarra), el de Anatomía Patológica (con una unidad en el antiguo Hospital de Navarra y otra en Virgen del Camino) y el del Servicio de Genética (en Virgen del Camino). Sus presentes localizaciones presentan deficiencias e importantes carencias para desarrollar de forma adecuada sus actuales funciones, e impiden incorporar nuevas tecnologías y servicios en cada uno de los respectivos laboratorios.

01.04.02. Se ha decidido la nueva ubicación del Servicio de Alergias en una de las plantas del edificio de urgencias. Se ha elaborado un plan funcional. Se ha planificado el proyecto y el comienzo de la obra en 2018.

01.04.03. Se han adecuado los espacios entre los servicios médicos, ordenándose especialidades médicas y quirúrgicas, y su actividad en quirófanos.

---

02. Proyectos de Integración.

02.01. Promover la creación de Nuevas Áreas Clínicas: Estudio de Creación del Área de Neurociencias.

02.02. Creación de unidades funcionales en el ámbito oncológico.

02.03. Concentración de recursos tecnológicos. Concluir el proyecto de Unificación de Laboratorios de Navarra. Proyecto de traslado del LUNA. Anteproyecto de obras del edificio de unificación de laboratorios.

02.04. Potenciación de las unidades docentes multiprofesionales: Unidad obstétrica y ginecológica.

Explicación de la ejecución e información adicional:

02.01. Promover la creación de Nuevas Áreas Clínicas: Estudio de Creación del Área de Neurociencias.

No se ha creado el Área de Neurociencias. Se ha trabajo en facilitar que el Área del Corazón pueda seguir avanzando en el modelo de gestión de asistencial. En este sentido, se está avanzando en la estrategia del área y se ha elaborado un contrato de gestión.

02.02. Creación de unidades funcionales en el ámbito oncológico.

Desde mayo de 2017 se comenzó a trabajar en el Grupo Técnico de Trabajo de las Unidades multidisciplinares de Cáncer Ginecológico y de Cáncer Colorrectal, y en el momento actual se ha aprobado el documento para su puesta en marcha (que incluye la definición de las funciones a desarrollar, el personal que las compone, el manual de gobernanza, la estrategia a desarrollar y los indicadores específicos) y se ha finalizado el proceso de selección de la Enfermera Gestora de Casos. Se encuentra pendiente el desarrollo de la ficha específica en historia clínica informatizada para cada unidad para posteriormente realizar la formalización y puesta en marcha de las dos Unidades Multidisciplinares.

02.03. Concentración de recursos tecnológicos. Concluir el proyecto de Unificación de Laboratorios de Navarra. Proyecto de traslado del LUNA. Anteproyecto de obras del edificio de unificación de laboratorios.

Se ha elaborado el proyecto arquitectónico del nuevo edificio que albergará los laboratorios del CHN. Este edificio posibilitará la unificación de todos los laboratorios y en una primera fase permitirá el traslado de los laboratorios alojados en el Centro de Investigación.

02.04. Potenciación de las unidades docentes multiprofesionales: Unidad obstétrica y ginecológica.

La Unidad docente multiprofesional de Ginecología y Obstetricia solicitó su acreditación en noviembre de 2016, en el momento actual se encuentra pendiente de recibir contestación al respecto.

---

03. Proyecto de Gestión.

03.01. Continuar con el despliegue de los pactos de gestión por objetivos con los servicios/secciones asistenciales incorporando indicadores de las distintas dimensiones de calidad.

03.02. Impulso a la coordinación primaria-especializada y entre los especialistas.

03.03. Extensión de la interconsulta especializada no presencial a todos los servicios susceptibles de tener esa modalidad de atención del CHN.

03.04. Incremento de la actividad asistencial no presencial orientada a la mejora de la coordinación con AP.

03.05. Incorporación de la imagen a las INP en los servicios candidatos de realizar valoración y seguimiento por imagen.

03.06. Implementación de la Estrategia de Crónicos en los perfiles pluripatológicos, insuficiencia cardiaca, demencia, diabetes y fibromialgia.

03.07. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares. Puesta en funcionamiento de la Unidad de Cáncer Familiar.

03.08. Potenciar la ambulatorización de la asistencia: hospitalización a domicilio, hospitales de día y CMA.

03.09. Generalización de las mejores prácticas asistenciales y de gestión ya existentes en el CHN.

Explicación de la ejecución e información adicional:

03.01. Continuar con el despliegue de los pactos de gestión por objetivos con los servicios/secciones asistenciales incorporando indicadores de las distintas dimensiones de calidad.

03.01 Se firmaron pactos de gestión en el año 2017 con todos los servicios clínicos y unidades de enfermería. Durante el primer trimestre del 2018 se está procedido a su evaluación. Los pactos de gestión, siguiendo con el esquema de los años anteriores están organizados en los epígrafes: atención de salud integral e integrada (25% de los puntos), accesibilidad, orientación al ciudadano y promoción de su autonomía (30% de los puntos), eficiencia y sostenibilidad (25% de los puntos), innovación, evaluación y mejora continua (10%), implicación y desarrollo profesional (10%) y créditos extras (20%). En ellos se incluyen múltiples indicadores de resultados de y de calidad. Algunos son comunes para todo el hospital y otros son específicos por servicio.

03.02. Impulso a la coordinación primaria-especializada y entre los especialistas.

Desde el CHN se ha seguido trabajando en los Grupos Técnicos de Trabajo coordinados por el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial (Enfermedades músculo-esqueléticas, Oftalmología, Dermatología, Demencia, Diabetes, EPOC, Neurología, Cardiología, etc). Además, durante 2017 se han creado los siguientes grupos: abordaje de la desnutrición, patología tiroidea, Urología, niño crónico complejo, paliativos no oncológicos, autocuidados edad pediátrica,… en los que también participan profesionales del CHN.

Se ha trabajado en la coordinación entre las diferentes unidades de Crónicos del CHN. En 2017 se han creado dos grupos en los que participan diferentes especialidades y estamentos con el objetivo de crear las Unidades multidisciplinares de Cáncer Ginecológico y Cáncer Colorrectal.

03.03. Extensión de la interconsulta especializada no presencial a todos los servicios susceptibles de tener esa modalidad de atención del CHN.

En 2017 se han incorporado Cardiología Pediátrica, Medicina Preventiva y Radiología Músculoesquelética a esta modalidad de atención. En total son 35 los servicios y unidades del CHN que son receptores de INPs.

Anestesia ha incrementado su actividad no presencial con origen Atención Primaria en un 36,3%, pasando de 2.516 en 2016 a 3.429 en 2017.

Alergología ha disminuido en un 2,3%, realizando 1.975 consultas no presenciales con origen Atención Primaria en 2017, frente a las 2.201 realizadas en el año 2016.

La actividad global del CHN de Interconsultas No Presenciales procedentes de primaria ha aumentado un 22,4%, pasando de 16.912 interconsultas respondidas en el año 2016, a 20.700 en el año 2016.

03.04. Incremento de la actividad asistencial no presencial orientada a la mejora de la coordinación con AP.

A lo largo de 2017 se han realizado 5478 consultas no presenciales en el CHN con origen Atención Primaria, lo que implica un incremento de un 20% con respecto a las realizadas en 2016. Además, en el mismo periodo se han respondido 20700 interconsultas no presenciales (INP) solicitadas desde Atención Primaria, lo que supone un incremento del 25% respecto de las INPs respondidas en el año 2016.

03.05. Incorporación de la imagen a las INP en los servicios candidatos de realizar valoración y seguimiento por imagen.

El desarrollo de los sistemas de información ha permitido que técnicamente sea posible enviar imagen en todas las INPs. En la práctica, son las INPs de Dermatología, Cirugía Vascular, Cardiología y Cardiología Pediátrica las que están recibiendo imágenes asociadas.

03.06. Implementación de la Estrategia de Crónicos en los perfiles pluripatológicos, insuficiencia cardiaca, demencia, diabetes y fibromialgia.

Implementación de los perfiles pluripatológico, insuficiencia cardíaca, demencia, fibromialgia y diabetes para todo el área de Pamplona. Realización de reuniones periódicas de seguimiento en todas las unidades. Reorganización del espacio de asistencia al paciente en la Unidad de Crónico Pluripatológico. Preparación del despliegue del perfil EPOC en 2018. Reuniones conjuntas entre profesionales de las diferentes unidades de crónicos del CHN para homogeneización de circuitos de atención.

03.07. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares. Puesta en funcionamiento de la Unidad de Cáncer Familiar.

A lo largo del año 2017 se han implantado Unidades Multidisciplinares que desarrollan actividad de manera conjunta en la atención a pacientes englobados en un mismo proceso asistencial. Se desarrollan formas de trabajo conjuntas en agendas mixtas y se ha habilitado la posibilidad de realizar un registro en fichas compartidas en HCI. Las Unidades desarrolladas son Cáncer Colorrectal, Cáncer ginecológico, Fisura alveolo-palatina, Daño cerebral adquirido, Cirugía Bariátrica.

La Unidad de Cáncer Familiar ya está funcionando desde 2014 conjuntamente con los Servicios de Genética y Oncología Médica

03.08. Potenciar la ambulatorización de la asistencia: hospitalización a domicilio, hospitales de día y CMA.

Hospitalización a Domicilio: Se ha realizado un importante incremento de la actividad con un 71,5% más de ingresos en 2017, pasando de 1708 a 2929 y con un 86,7% más de Estancias, de 13035 en 2016 a 24342

La Cirugía Mayor Ambulatoria ha aumentado su actividad en un 22,9% pasando de 7847 a 9642 atenciones en 2017. Se ha internalizado la cirugía que se realizaba en HSJD suponiendo un incremento de la CMA hospitalaria

Hospitales de Día ha incrementado su actividad 1,7% en consultas médicas, 28% en consultas de enfermería y un 3,8% en tratamientos

03.09. Generalización de las mejores prácticas asistenciales y de gestión ya existentes en el CHN.

En 2017 se ofertó de forma generalizada a todos los servicios clínicos del CHN una formación en herramientas de gestión clínica, especialmente centrada en el desarrollo de vías clínicas y de indicadores, realizándose sesiones formativas específicas bajo demanda por parte de los servicios interesados. Desde entonces se han realizado siete sesiones formativas de vías clínicas (pendientes de fijar otras siete), se han realizado cuatro ediciones del curso online "Formación en herramientas de Gestión Clínica: Vía Clínica" y se ha iniciado el proceso de desarrollo de una vía clínica en trece servicios clínicos del CHN. Por su parte, se han realizado tres sesiones formativas específicas de indicadores en otros tantos servicios clínicos.

---

04. Desarrollar iniciativas orientadas a fomentar la implicación de los profesionales en la gestión del Hospital. Impulsar la gestión clínica.

04.01. Avanzar hacia un modelo de organización y gestión de los servicios asistenciales del Complejo, basado en la gestión clínica.

04.02. Mejorar los sistemas de información, a través de la innovación y la integración, para un mejor desarrollo de la gestión clínica de los servicios.

04.03. Mejora del cuadro de mandos de la actividad del CHN incorporando indicadores de calidad.

04.04. Propiciar la mejora continua en servicios/unidades.

04.05. Establecer objetivos de Gestión.

	Descripción Indicadores cuantitativos	*Previsto*	*Realizado*
04.05.01	% de altas sobre sobre el total de altas de consultas externas	*22%*	*21%*
04.05.02	Tasa de ambulatorización quirúrgica	*40%*	*51%*

Explicación de la ejecución e información adicional:

04.01. Avanzar hacia un modelo de organización y gestión de los servicios asistenciales del Complejo, basado en la gestión clínica.

El desarrollo de los nuevos pactos de gestión que se han firmado con todos los servicios y unidades clínicas y de cuidados está basado en la gestión clínica. Por otra parte, ha finalizado la definición corporativa del Nuevo Modelo de Gestión Asistencial, modelo en el que el Complejo ha participado muy activamente.

Desde el Departamento de Salud, se ha impartido formación en gestión clínica. En concreto se han desarrollado 4 ediciones del curso "Nuevo modelo de gestión de equipos asistenciales en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea" y 1 edición Evaluación en salud. Modelos. Indicadores para monitorización de estrategias de salud. Mejorar los sistemas de información, a través de la innovación y la integración, para un mejor desarrollo de la gestión clínica de los servicios.

Se ha trabajo en impulsar la gestión clínica de forma específica en el área del corazón y en la constitución de 2 unidades multidisciplinares de cáncer.

04.02. Mejorar los sistemas de información, a través de la innovación y la integración, para un mejor desarrollo de la gestión clínica de los servicios

Durante el año 2017 se ha desarrollado una herramienta (Decisys) que recoge los indicadores dependientes del CMBD tanto administrativos, como de funcionamiento, de eficiencia, efectividad, casuística y seguridad. Son prácticamente todos los Servicios que han recibido la formación (excepto Oftalmología, Traumatología, Cirugía Plástica, Cirugía Pediátrica y

Rehabilitación) y disponen de acceso a finales de 2017. También se pretende la extensión completa a las Unidades de Enfermería y resto de Servicios médicos durante 2018

Todos los Servicios disponen de la información sobre Actividad y Lista de espera en Tableau, proporcionando la información mensual del seguimiento individualizado por Secciones. Esta información está disponible en la Web del CHN

El desarrollo de la HCI durante el 2017 ha proporcionado importantes avances en la Prescripción farmacológica hospitalaria y en receta electrónica Lamia

Se ha dispuesto un procedimiento de Solicitud de datos al Servicio de Gestión, Información y Evaluación para poder disponer de la información necesaria para los Servicios y Unidades en la mejora de la gestión. La regulación de los datos sensibles que puedan ser objeto se ha consultado a los Servicios jurídicos del SNS-O para proteger a pacientes y profesionales

04.03. Mejora del cuadro de mandos de la actividad del CHN incorporando indicadores de calidad.

Se ha implantado un Cuadro de Mando Integral del CHN para la Dirección-Gerencia, que contempla las 4 dimensiones: financiera, procesos, clientes y desarrollo e innovación. En el mismo se recogen objetivos e indicadores relacionados con el Plan estratégico y la visión, siendo

04.04. Propiciar la mejora continua en servicios/unidades.

En el punto 03.01 se explica la forma de implicar a los Servicios en la Mejora Continua.

El seguimiento de la variabilidad en la práctica médica se promociona con la aportación que han realizado los Servicios, sobre protocolos y procedimientos comunes, según los resultados del porcentaje de altas en consultas por profesional

De forma añadida se contempla la promoción de investigación e innovación en los Pactos de Gestión, evaluando todos los créditos extra que puedan aportar.

---

05. Mejora de la sostenibilidad.

05.01. Mejora del rendimiento por utilización más las infraestructuras del Complejo en horario de tarde con jornada ordinaria.

05.02. Avanzar en la digitalización de historias clínicas y en la extensión de la imagen digital avanzando hacia un hospital sin papeles.

05.03. Realización de un informe sobre uso racional de prótesis de rodilla, cadera y prótesis cardiaca.

Explicación de la ejecución e información adicional:

05.01. Mejora del rendimiento por utilización más las infraestructuras del Complejo en horario de tarde con jornada ordinaria.

Durante el año 2017 se han abierto consultas en horario de tarde en los siguientes Servicios: Alergología, Cirugía Torácica, Dermatología, Endocrino, Neurología, Oftalmología, ORL, Traumatología, Urología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Vascular, Neumología, Pediatría, Rehabilitación, Cirugía Plástica, Cardiología, Digestivo, Raquis, Reumatología, cirugía general los meses de enero y febrero y Coagulación de hematología.

En cuanto a pruebas complementarias también se realiza actividad en horario de tarde en mamografías jornada completa en CHN-A y RMN los fines de semana en horario de Mañana y Tarde, también se hacen pruebas de Neurofisiología y Medicina Nuclear. También se hacen cateterismos cardiacos.

05.02. Avanzar en la digitalización de historias clínicas y en la extensión de la imagen digital avanzando hacia un hospital sin papeles.

Se encuentran totalmente digitalizadas:

- *Centro de Consultas "Príncipe de Viana": las historias de pacientes vivos con último movimiento anterior a 2014 y de pacientes fallecidos con anterioridad al año 2007.*
- *Centro Sanitario 'San Martín': las historias de pacientes vivos con último movimiento anterior al año 2014.*
- *Clínica Ubarmin: las historias de pacientes atendidos hace 15-20 años y de pacientes fallecidos con anterioridad al año 2007.*

- *Así mismo, en los archivos del Centro de Consultas 'Príncipe de Viana' y del Centro Sanitario 'San Martín' se continúa con la digitalización de historias completas del Centro Sanitario 'San Martín' por dos vías:*
  - *en el Centro de Consultas 'Príncipe de Viana' en función de la terminación del número de historia de las historias clínicas, encontrándose digitalizadas las terminaciones 00-29 (30 terminaciones -30%-)*
  - *en el Centro Sanitario 'San Martín' se digitalizan las historias que van a acudir próximamente a consulta, evitando los movimientos de préstamo y devolución de historias entre el archivo y las consultas): 1.996 historias.*

- *Continúa la digitalización diaria, por parte del personal de los archivos del CHN, de todos los documentos generados diariamente en la asistencia sanitaria de los pacientes en cualquier área del CHN que no pueden incorporarse en Historia Clínica Informatizada (HCI).*

El número total de documentos digitalizados fue de 2.133.798, lo que supone un promedio diario de 8.781 documentos.

<u>En cuanto a Imagen Digital</u>, se incorporan en HCI las pruebas complementarias existentes en las historias clínicas incorporadas al proceso de digitalización, las aportadas por los pacientes y las realizadas en centros externos dentro de las derivaciones acordadas por el SNS-Osasunbidea.

Se han incorporado estudios correspondientes a 1.179 pacientes.

05.03. Realización de un informe sobre uso racional de prótesis de rodilla, cadera y prótesis cardiaca.

Queda pendiente de realización.

---

06. Satisfacer las necesidades del ciudadano de acuerdo con el Plan Estratégico del Complejo Hospitalario de Navarra.

06.01. Alcanzar objetivos de espera de acuerdo a plazos determinados por la Ley de Garantías.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
06.01.01	% de personas en lista de espera con cita	*70%*	*55,14%*
06.01.02	*% de procedimientos quirúrgicos con Ley de Garantía < 120 días realizados fuera de Ley*	*17%*	*17,60%*

06.02. Mejora de la gestión de las listas de espera de especialidades prioritarias. Estudio de implantación de nuevos Servicios: Terapia Celular

06.03. Realizar el soporte en la implantación del Programa de prevención del Cáncer de Colon.

06.04. Operativizar todo lo necesario para la atención de los ciudadanos según el Programa de atención al crónico. Espacio común en Historia Clínica.

Explicación de la ejecución e información adicional:

06.02. Mejora de la gestión de las listas de espera de especialidades prioritarias. Estudio de implantación de nuevos Servicios: Terapia Celular

En lo referente a las listas de espera, el informe del SISNA de diciembre de 2017 muestra la evolución favorable tanto en número de personas como en tiempo de espera.

Respecto a Terapia Celular se ha realizado un anteproyecto para disponer de una Sala Blanca en Navarrabiomed, que se integrará con la Sala de Criogénesis y el Laboratorio de Terapia Celular de Hemoterapia. Para 2018 se solicita equipamiento por valor de al menos 150000 euros. Está en trámite la constitución del equipo responsable cuya dirección técnica corresponde a Natalia Ramírez, de Navarrabiomed.

06.03. Realizar el soporte en la implantación del Programa de prevención del Cáncer de Colon.

El CHN colabora con el PDPCCR del Gobierno de Navarra en el diagnóstico y tratamiento de la patología detectada en las zonas básicas dependientes. Los Servicios implicados son varios, Digestivo, Anatomía Patológica, Anestesia, Cirugía general, Oncología y Admisión, y se coordinan para poder dar la atención adecuada cumpliendo el compromiso adquirido desde 2014

Existen dos salas de endoscopias asignadas para la citación de agendas desde Atención Primaria por Salud Pública a pacientes del PDPCCR, de manera que se asegura la citación coordinando con el resto de la demanda

La actividad de las colonoscopias realizadas durante 2017 se ha visto incrementada en un 31,26%, muy relacionada con un aumento de demanda del 32%. La espera media se ha reducido 16,6% aunque el nº de pacientes en espera ha aumentado un 6,7%.

Operativizar todo lo necesario para la atención de los ciudadanos según el Programa de atención al crónico. Espacio común en Historia Clínica.

Sobre este tema se han realizado las siguientes actuaciones a lo largo de 2017:

- *Evolución del tapiz común de crónicos EUNATE a ANDÍA.*

- *Implementación de los perfiles pluripatológico, insuficiencia cardíaca y demencia para todo el área de Pamplona.*

- *Comienzo del perfil diabetes (nueva INP Crónico Endocrino), y preparación del despliegue del perfil EPOC en 2018.*

- *Inclusión de las siguientes escalas en HCI: valoración de la desnutrición en paciente ambulatorio (MNA), valoración del paciente EPOC (escalas BODE, BODEX, CAT), registro de autocontrol de la fibromialgia, registro de las complicaciones crónicas de la diabetes.*

- *Visualización de los pacientes cubo rojo atendidos en Urgencias*

- *Visualización del motivo de ingreso en la parrilla de los pacientes ingresados para el perfil de Enfermería.*

- *Posibilidad de asignación de especialista responsable de responder INP.*

- *Creación de circuitos de atención al paciente entre Unidades de Crónicos del CHN*

07. Impulso de prácticas seguras en el Hospital.

07.01. Desarrollo y evaluación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (Programa SiNASP).

07.02. Consolidación del programa de seguridad de medicamentos de alto riesgo en hospital de día.

07.03. Continuidad de los programas de minimización de la infección nosocomial en colaboración con Ministerio de Sanidad y otras iniciativas internacionales.

07.04. Adhesión al programa de comunicación de eventos adversos del Ministerio.

07.05. Adhesión al programa de conciliación del medicamento.

07.06. Evaluación del programa de listado de validación quirúrgica.

07.07. Limpieza de manos.

07.08. Desarrollo del Programa de sepsis.

Explicación de la ejecución e información adicional:

07.01. Desarrollo y evaluación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (Programa SiNASP).

El SINASP está implantado en el Complejo desde el año 2014. En el centro contamos con 25 gestores del SINASP. Hay una responsable del Programa que reporta trimestralmente a la Comisión de Seguridad del Paciente del Complejo las notificaciones que ha habido a lo largo del año y las propuestas de mejora que de ellas se han derivado.

El ratio de notificaciones supera la media nacional. En 2017 ha sido de 44.8 por 100 camas, siendo el 12.8% de las notificaciones SAC 1 y 2. Las notificaciones se analizan y se realizan los análisis de causa raíces indicadas por protocolo. En el año 2017 se han mantenido 8 reuniones de trabajo del equipo de gestores.

07.02. Consolidación del programa de seguridad de medicamentos de alto riesgo en hospital de día.

Reorganización de la preparación de medicamentos de alto riesgo en el Hospital de Día con las agendas, para adecuar mejor los horarios. Además de mejorar los tiempos de espera de los pacientes, se añade seguridad por repartir mejor el tiempo empleado para la preparación.

Se completa la trazabilidad del proceso: se registra en el programa de prescripción, además de la prescripción médica, la validación farmacéutica, y la confirmación del tratamiento, la preparación por enfermería de Farmacia, y la administración al paciente por enfermería del h de Día. Este año se ha puesto en marcha en oncohematología

07.03. Continuidad de los programas de minimización de la infección nosocomial en colaboración con Ministerio de Sanidad y otras iniciativas internacionales.

En el año 2017 se ha diseñado e implantado un nuevo sistema de vigilancia de infección de lugar quirúrgico en el Complejo, siguiendo procedimientos de vigilancia consensuados a nivel nacional (cirugía de colon y by –pass coronario). Dicho sistema permite obtener indicadores de resultado (incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica) e indicadores de proceso como es el de la adecuación de la profilaxis antibiótica.

Se diseña un nuevo sistema de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes de especial relevancia clínico epidemiológica en el Complejo.

Diseño de un sistema de vigilancia de infección asociada a dispositivos invasivos en UCI de pediatría y UCI de neonatos.

El grupo de trabajo del Programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) de la Comisión de Profilaxis y Política Antibiótica del Complejo ha realizado un pilotaje de bacteriemia por S. Aureus y Candidemias en Adultos.

07.04. Adhesión al programa de comunicación de eventos adversos del Ministerio.

El año 2017 el hospital mantiene el número de notificaciones relacionadas con la seguridad del paciente a través del SINASP.

Se han notificado un total de 493 incidentes, de los cuales el 55% ocurrieron en unidades de hospitalización, el 18% en el bloque quirúrgico y el 14% en las unidades de cuidados intensivos. Los profesionales que han notificado con más frecuencia ha sido el personal de enfermería (82%), seguido del personal médico (13%). Según el riesgo de severidad del incidente: 13% fueron SAC 2-Riesgo alto, 35% SAC 3-Riesgo medio, 19% SAC 4-Riesgo bajo y 33% sin SAC. El 67% de los incidentes llegaron al paciente, y el 25% ocasionaron algún daño. Los factores que han contribuido con más frecuencia a la ocurrencia del incidente fueron: relacionados con los pacientes 32%, profesionales 28% y entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento 13,5%. Según el tipo de incidente, 26% fueron caídas, 18% estuvieron relacionados con medicación y el 12 % con equipos/dispositivos.

Respecto al año 2016 el número de notificaciones se ha mantenido, continúa siendo el profesional de enfermería el que notifica con más frecuencia, las caídas los eventos más notificados, si bien han descendido los incidentes que han llegado al paciente así como los que han causado algún daño al paciente.

07.05. Adhesión al programa de conciliación del medicamento.

La conciliación del medicamento se realiza para todos los pacientes cubos rojos incluidos en la estratégica de crónicos que ingresan en el hospital o en hospitalización a domicilio. El circuito está diseñado e implantado. Al ingreso, la enfermera de enlace revisa la medicación prescrita en LAMIA junto con el paciente confirmando la actualización, el médico prescribe en HCI y el Servicio de Farmacia revisa y propone cambios. Al alta, el médico realiza la prescripción en LAMIA y comunica a Farmacia el alta del paciente en 24 horas antes con una llamada de teléfono. Farmacia realiza la conciliación y en caso de cambios, los propone en la pestaña de prescripción de LAMIA. La conciliación de la medicación al alta de los pacientes cubos rojos incluidos en la estrategia es un indicador clave de la estrategia de crónicos y se evalúa periódicamente. Conforme aumentan los perfiles de la estrategia de crónicos se amplía la cobertura de conciliación de la medicación en los pacientes etiquetados como cubos rojos.

07.06. Evaluación del programa de listado de validación quirúrgica.

Durante el año 2017, se ha extendido el listado de verificación quirúrgica a todo el CHN. Este año se implementa un nuevo modelo de comprobación similar al de OMS con las adaptaciones propias al hospital. Además, tiene especial importancia el desarrollo del pasaporte quirúrgico, o listado de verificación prequirúgica que se cumplimenta antes de que el paciente sea trasladado al quirófano.

La evaluación del listado de verificación quirúrgica correspondiente al año 2017 muestra un porcentaje de intervenciones con listado de verificación de 72,7%% y una cumplimentación de 61,9%, observándose diferencias entre los distintos servicios quirúrgicos. Según cumplimentación la verificación que se realiza antes de trasladar al paciente al quirófano es del 86,9%, y dentro del quirófano del 49,4% (antes de la inducción anestésica 65,3%, antes de la incisión cutánea 31,6% y, antes de que el paciente abandone el quirófano 53,6%).

Respecto del año 2016, asciende el número de intervenciones con LVQ (año 2016: 64% y año 2017: 72%) y la cumplimentación (año 2016: 59% y año 2017: 62%).

07.07. Limpieza de manos.

En relación con la Higiene de Manos (HM), este año se ha realizado una mejora de la dotación de dispositivos para preparados de base alcohólica en el punto de atención en UCIs, Urgencias y URPA.

Se dispone de preparados de base alcohólica de bolsillo/petaca en todos los centros de coste del Complejo.

Se ha elaborado un tríptico informativo sobre Higiene de Manos para pacientes/visitantes/acompañantes del CHN.

Formación: Se han realizado 15 sesiones formativas sobre HM dirigidas a personal de enfermería y TCAEs. 3 sesiones de formación a jefas de guardia y jefas de Área. 7 sesiones de formación a celadores. Varias sesiones de formación para TER, servicio de pediatría, UCI Pediátrica, MIRes…

07.08. Desarrollo del Programa de sepsis.

El Servicio Navarro de Salud desarrolló en el año 2017 el documento "Código Sepsis Navarra". Para la elaboración del mencionado código se constituyó un grupo de trabajo con amplia participación de profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra. Los principales elementos del código sepsis son: Identificación y activación. Código Sepsis activado. Primera hora. Resucitación inicial. Antibioterapia y control del foco. Resucitación hemodinámica. Otras medidas de atención continuada. Criterios de consulta con UCI Continuidad de los cuidados. Ajuste de los objetivos de cuidado.

---

08. Impulsar la promoción y capacitación del personal, así como la innovación, investigación y docencia.

08.01. Existencia y desarrollo de un programa de FC unificado y con carácter multidisciplinar.

08.02. Promover las actividades de formación en servicio/unidad y entre servicios.

08.03. Creación de una Comisión de Investigación y formación.

08.04. Promover los contratos de intensificación para investigación.

08.05. Desarrollo de nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's. Número de actividades docentes ofertadas desde CHN en modalidad a distancia o semi-presencial.

08.06. Realización de sesiones clínicas MIR interdisciplinares.

08.07. Desarrollo de nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's.

08.08. Aumento de número de proyectos de investigación financiados por el Departamento de Salud.

Explicación de la ejecución e información adicional:

08.01. Existencia y desarrollo de un programa de FC unificado y con carácter multidisciplinar.

Existe un programa de formación continuada unificado. Como fruto del mismo, se han realizado 62 actividades, 284 ediciones, un total de 8070 alumnos, y un total de horas de formación de 842,5.

08.02. Promover las actividades de formación en servicio/unidad y entre servicios.

En los pactos de gestión correspondientes al año 2017, siguiendo con la trayectoria de años anteriores, el objetivo de implicación y desarrollo profesional contempla la planificación de la formación. En concreto, se especifica que "El servicio ha planificado las necesidades formativas del servicio, las ha plasmado en el plan plurianual y ha realizado el seguimiento anual del plan". Este es un objetivo obligatorio para todos los servicios. Además, el Hospital organiza las sesiones generales para todo el Hospital, siendo este un ámbito de encuentro para profesionales de distintas especialidades.

08.03. Creación de una Comisión de Investigación y formación.

RESOLUCIÓN 78/2016, de 24 de octubre, del Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra, por la que se constituye la Comisión de Investigación y Formación Continuada del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). La primera reunión tuvo lugar el 20 de diciembre de 2016. En el año 2017 se reunió en 7 ocasiones.

08.04. Promover los contratos de intensificación para investigación.

Mediante la RESOLUCIÓN 1175/2017, de 2 de octubre, del Director General de Salud, se aprueba la convocatoria para la concesión de financiación para la intensificación de la actividad investigadora en innovación del personal de enfermería en los centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea durante el año 2017. En virtud de esta convocatoria 2 enfermeras del Complejo han sido intensificadas. Asímismo, el programa de intensificación Navarrabiomed 2017-2021 ha concedido la intensificación a 4 investigadores, siendo 3 del complejo Hospitalario de Navarra.

08.05. Desarrollo de nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's. Número de actividades docentes ofertadas desde CHN en modalidad a distancia o semi-presencial.

Durante el año 2017 se han realizado 2 cursos on-line con 571 alumnos, y 5 semipresenciales con un total de 2146 alumnos.

08.06. Realización de sesiones clínicas MIR interdisciplinares.

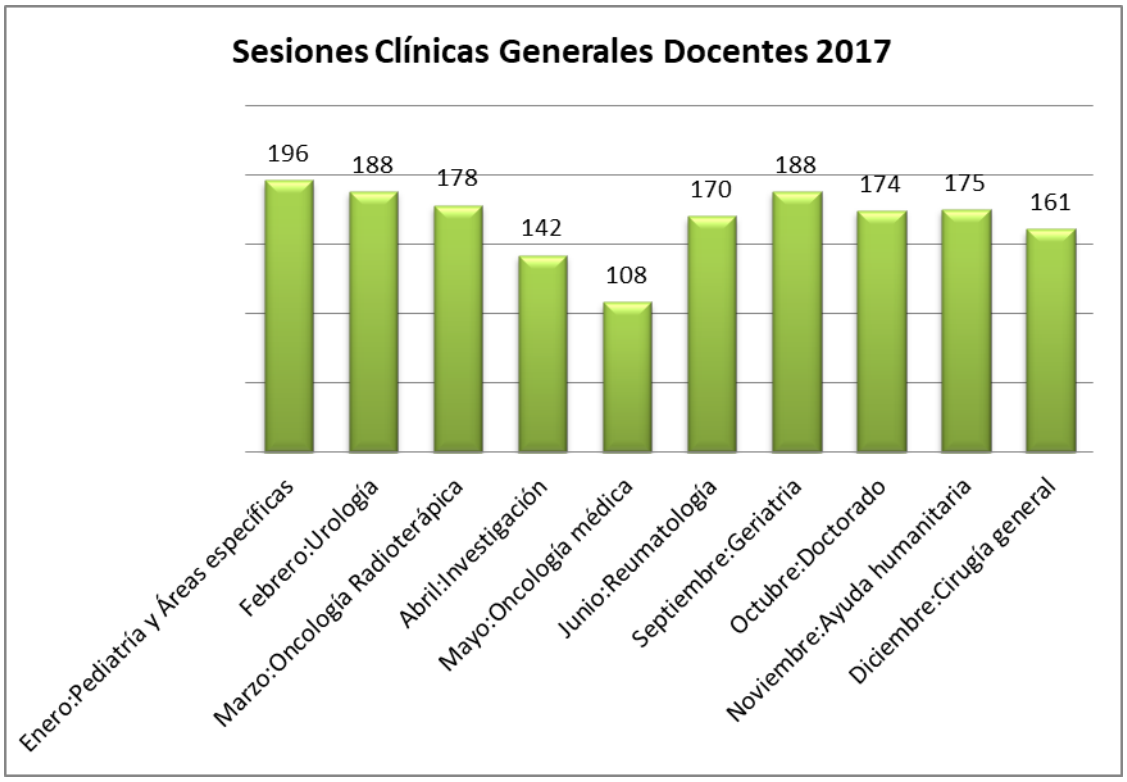
Se han realizado a lo largo del año, 23 sesiones clínicas interdisciplinares, aproximadamente la mitad en inglés.

En cada una de las sesiones se recoge la asistencia a través de una ficha de firmas, de esta forma además del control de la asistencia de los Residentes a las SCGD.

Las SCGD han sido acreditadas por la Comisión de Formación continuada con 0,2 créditos por sesión para Médicos, Farmacéuticos, Biólogos, Físicos y Psicólogos Clínicos, elaboramos el correspondiente certificado a los asistentes.

Al finalizar la SCGD, se facilita una encuesta sobre la organización, contenido y resultados que permitirán un análisis individualizado de cada sesión.

La asistencia a las sesiones queda recogida en el siguiente gráfico, la sesión con mayor número de asistentes ha sido la de enero con 196 personas, la de menor afluencia la de mayo con 108 asistentes. La media de asistentes por sesión 140 asistentes.



La participación en la actividad "Clinical Sessions in English". La estructura de cada sesión se mantiene como hasta ahora, 1 hora de duración los martes de 15:15 a 16:15, dirigida a los Residentes de 2º año del CHN, pero a partir de este curso 2015/16 la asistencia de carácter obligatorio será al 80% de las sesiones.

El balance es muy positivo, tanto desde el punto de vista docente y formativo como desde la aportación en la capacitación para la investigación y por supuesto, en la probable repercusión en la mejora asistencial.

08.07. Desarrollo de nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's.

Igual que 08.05

08.08. Aumento de número de proyectos de investigación financiados por el Departamento de Salud.

En la convocatoria del año 2017, han sido financiados 5 proyectos de investigación liderados por profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra.

09. Realizar proyectos de Participación y Comunicación.

09.01. A partir de la constitución de la nueva Junta Técnico Asistencial crear y reorganizar las comisiones clínicas y grupos técnicos de trabajo.

09.02. Impulsar la comunicación Interna del CHN a través de una estrategia de comunicación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

09.01. A partir de la constitución de la nueva Junta Técnico Asistencial crear y reorganizar las comisiones clínicas y grupos técnicos de trabajo.

Se han terminado de constituir formalmente todas las Comisiones y Comités a lo largo del año 2017, mediante Resolución del Director Gerente del CHN y son las siguientes:

Comité de tumores óseos

Comité de cáncer de colon

Comité de cáncer esofágico

Comité de cáncer hepático

Comité de melanoma

Comité de cáncer de pulmón

Comité de medicina nuclear

Comité de enfermedad tromboembolia

Comité de daño cerebral adquirido infantil

Comité para el tratamiento de la obesidad mórbida

09.02. Impulsar la comunicación Interna del CHN a través de una estrategia de comunicación.

A pesar de ser uno de los objetivos estratégicos específicos del CHN, no se ha llegado a constituir una Unidad responsable de Comunicación por no disponer del recurso necesario. No obstante se trabaja en el diseño de un borrador de una web interna que se ha consensuado con el Equipo directivo y desde el Servicio de Gestión, Información y Evaluación se realiza un mantenimiento diario de la actual.

---

10. Incorporación de la opinión y visión del ciudadano a la gestión de la práctica clínica.

10.01. Análisis continuado de las actividades reactivas de atención al paciente, incorporando las conclusiones como herramienta de mejora de la gestión de los procesos asistenciales y administrativos.

10.02. Realización de encuestas de satisfacción y de calidad percibida en al menos 5 servicios/año.

Explicación de la ejecución e información adicional:

10.01. Análisis continuado de las actividades reactivas de atención al paciente, incorporando las conclusiones como herramienta de mejora de la gestión de los procesos asistenciales y administrativos

Desde Atención al Paciente se realiza una explotación mensual por Servicios de quejas y reclamaciones, que se transmite a través de la web del CHN para poder disponer de una información actualizada de las necesidades de los pacientes. En los Pactos de gestión se traslada el objetivo de planificar alguna acción de mejora en base al análisis realizado

Como resultado de estas propuestas se han establecido protocolos de comunicación con familiares y pacientes, así como otras medidas de mejora de la accesibilidad

10.02. Realización de encuestas de satisfacción y de calidad percibida en al menos 5 servicios/año.

Durante el año 2017 se han realizado encuestas de satisfacción de cliente interno en Neurofisiología Clínica y se ha diseñado el cuestionario para los "clientes" de Farmacia. El Complejo ha participado en el diseño de los cuestionarios de satisfacción en relación a los consentimientos informados de pacientes a los que se hubiera sometido a una prueba invasiva o a una intervención quirúrgica (especialidades implicadas: Radiología, Cardiología, Neumología, Digestivo para los consentimientos de las pruebas invasivas, y todas las especialidades quirúrgicas para los consentimientos de intervención quirúrgica). Además, en este periodo se ha realizado una encuesta de percepción de la evolución del CHN a los integrantes de la Junta Técnico Asistencial, los Jefes de Servicio y Sección y las Jefas de Unidad y Área de Enfermería, y una encuesta de satisfacción de los profesionales que responden INPs.

---

11. Promoción de las donaciones y donantes.

11.01. Promoción de la donación con la colaboración de ADONA (Asociación de Donantes de sangre de Navarra) a través de las campañas programadas. Se han establecido objetivos e indicadores dentro del Convenio de Colaboración entre el Departamento de Salud y ADONA

11.02. Aumento de la cifra de donantes en activo.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
11.02.01	*Donantes en activo (% sobre población en edad de donar)*	*5,1%*	*5,4%*

11.03. Aumento del número donaciones/año por donante.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
11.03.01	*Nº Donaciones al año/donante*	*1.65*	*1.70*

Explicación de la ejecución e información adicional:

11.01. Promoción de la donación con la colaboración de ADONA (Asociación de Donantes de sangre de Navarra) a través de las campañas programadas. Se han establecido objetivos e indicadores dentro del Convenio de Colaboración entre el Departamento de Salud y ADONA

Una de las peculiaridades de nuestra comunidad es tener un modelo diferente en cuanto a promoción de la donación: una asociación se responsabiliza de la promoción en la Comunidad, siempre alineada con el Centro de Transfusión Sanguínea, y siguiendo sus objetivos en lo que a cobertura de las necesidades hemoterápicas se refiere. El Departamento de Salud firmó, como todos los años, el Convenio de Colaboración con ADONA, en el cuál, entre otros objetivos, en común con el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra (BSTN), se establecieron obtener 25.000

donaciones, 8000 de ellas en la unidad móvil, con una tasa de donación superior al 4,5% en el punto de donación de Tudela y una tasa de fidelización superior 20%
ADONA presentó los resultados de un estudio sociológico sobre la donación y la población más joven. ADONA colabora activamente cada año con dos convocatorias de donación en la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Igualmente, ADONA colabora en jornadas científicas y estudiantiles de la Universidad de Navarra promoviendo la donación de sangre.
ADONA a través de un grupo de trabajo ha colaborado con el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en una campaña nacional sobre donación de plasma y aféresis, que está pendiente de ser emitida. Mientras ha colaborado con el BSTN en el envío de cartas a antiguos donantes de aféresis y en el lanzamiento local de la campaña de captación de donantes de aféresis.
ADONA ha colaborado en la actualización de las instalaciones del BSTN y ha promovido la realización unos carteles por un conocido dibujante navarro que han sido instalados en la zona de descanso de los donantes de la sede del BSTN de Pamplona. Dichas imágenes serán utilizadas para las próximas campañas.
ADONA realizada en todas las localidades navarras actos locales de homenaje a donantes de sangre y organiza en el mes mayo o junio un acto central en Pamplona (en el Baluarte) de reconocimiento a la labor de todos los grandes donantes de nuestra comunidad foral.
ADONA ha colaborado con material audiovisual en las visitas guiadas organizadas en el BSTN con estudiantes universitarios de ciencias de la salud, estudiantes institutos y de técnicos sanitarios, entre otros, de nuestra comunidad foral y foráneos.

11.02. Aumento de la cifra de donantes en activo.

En 2017 el número total de donantes que hicieron al menos una donación descendió (14173 vs 14338), aunque se incrementó el número de donantes "nuevos" registrados (2200 vs 2074; un 7,83% vs 6,78%). Por este incremento en los tres últimos años de donantes nuevos registrados, el total de donantes "activos" en 2017 (que han donado en los últimos 3 años) ascendió a 21493.

	2014	***2015***	***2016***	***2017***
Donaciones totales Navarra	*24.118*	*25.656*	*25.645*	*24296*
Aféresis	*282*	*609*	*614*	*816*
Donaciones autotransfusión	*195*	*125*	*148*	*152*
Índice donación normal/donante	*1,74*	*1,76*	*1,75*	*1,70*
% donantes activos/población navarra en edad de donar	*5,20%*	*5,20%*	*5,42%*	*5,39%*
Donantes que han donado en el año	*13.752*	*14.242*	*14.338*	*14.148*
Donantes activos (que han donado 3 ult. años)	*20.985*	*20.595*	*20.926*	*21493*
Nº de donaciones /1000 habitantes	*37,64*	*40,06*	*40,03*	*37,7*
Tasa de rechazo	*15,07*	*14,92*	*15,82*	*13,96*
Total donantes nuevos	*1473*	*1679*	*2074*	*2200*
(%) donantes nuevos	*5,16*	*5,53*	*6,78*	*7,83*
Donantes habituales	*12.279*	*12.563*	*12.264*	*11.948*

En el año 2017 la donación total en Navarra tuvo que descender hasta 24,296 (vs 25645 en 2016), con una tasa del 37,8 donaciones por cada 1000 habitantes (más de 5 puntos superior a la media estatal y europea del 2016) por el descenso objetivado en los centros hospitalarios del consumo de componentes sanguíneos. Una de las posibles explicaciones ha sido el inicio de sesiones hospitalarias en los principales centros de la comunidad, sesiones clínicas formativas en algunos de los principales servicios consumidores, participación y colaboración en jornadas científicas y cursos sesiones sobre "uso óptimo de la sangre" y "Patient Blood Management".

El incremento donantes "nuevos" ha sido a expensas de donantes jóvenes, que por primera vez fueron más mujeres que hombre. Igualmente, hubo más donantes mujeres en el colectivo entre 18 y 25 años.

Sin embargo, la edad "moda" del donante es de 54 años en el caso de las mujeres y 48 años en el caso de los hombres. El grupo de donantes más numeroso que donaron en 2017 era el de hombre entre 51-55 años seguidos de 46-50 años, siendo al revés en el colectivo de mujeres que donaron.

El envejecimiento poblacional, con una reducción de posibles donantes, e incremento de la población subsidiaria de necesitar componentes y derivados, nos podrá generar un problema grave de autoabastecimiento menos de diez años, a pesar de obtener los mejores resultados del Estado de donantes en activo y donaciones año/donante. Será necesario posiblemente campañas más frecuentes y agresivas, y programas de fidelización de donantes, ampliación de horarios e incluso apertura más días.

En cambio, la donación autóloga predepósito se mantuvo (152 vs 148) y un incremento de la donación de aféresis (816 vs 614). El programa de auto donación va a ser revaluado ante la elevada tasa de caducidad. Por otro lado, el elevado consumo de hemoderivados, con un incremento del 40% del inmunoglobulinas en el CHN entre 2015 y 2017 hace imposible el objetivo y función de autosuficiencia. Por ello, es necesario, junto a una revisión de las indicaciones y auditorias de su consumo hospitalario, el incremento de la donación de plasma, principalmente por aféresis. La previsión inicial es incrementar progresivamente hasta cifras históricas de los años 2000-2011 superiores a las 3000 (3500) aféresis.

---

12. Mejorar el servicio y la opinión de los centros hospitalarios.

12.01. Producción de componentes sanguíneos que cubran las necesidades planteadas en los servicios de transfusión.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
12.01.01	*Inactivación patógenos en plaquetas y plasma de uso clínico*	*>85%*	*>85% de las plaquetas*

12.02. Coordinar el programa de Hemovigilancia Autonómica.

12.03. Coordinar el programa de Biovigilancia Autonómica.

12.04. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión de Hemoterapia de Navarra.

12.05. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión Técnica de Tejidos de Navarra.

12.06. Participación en los Comités Hospitalarios de Transfusiones.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
12.06.01	*Mejora en la nota global de la encuesta de satisfacción*	*≥ 3,50 (en una escala del 1 al 4)*	*>4 sobre 5*

12.07. Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso, dentro del Plan de Tejidos de Navarra. Continuar con el procesamiento de tejidos en Sala Blanca e incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

12.08. Actividad como Nodo del Biobanco de SNS-O, para impulsar la Investigación Biomédica.

Explicación de la ejecución e información adicional:

12.02. Coordinar el programa de Hemovigilancia Autonómica.

Pendientes del nombramiento oficial de la Coordinadora Autonómica, el BSTN cumple por ley la obligación de centralizar la notificación de casos notificados y coordinar el estudio de alguno de ellos, y la investigación microbiológica e inmunológica de los posibles donantes implicados.

12.03. Coordinar el programa de Biovigilancia Autonómica.

La responsable del Área de Tejidos del BSTN, ejerce la figura recogida en la LF1/2013 de "técnico de biovigilancia" y realiza biovigilancia proactiva de los productos suministrados por el BSTN

12.04. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión de Hemoterapia de Navarra.

Ante ausencia de reuniones de dicha comisión desde octubre de 2016, desde el BSTN se ha trabajado en varias direcciones y con varios colectivos, con los siguientes objetivos, a la espera de revisar el Plan de Hemoterapia Foral: puesta en marcha de un plan de plasmaféresis; programa de captación de donantes jóvenes con un proyecto con estudiantes de medicina; promover el uso óptimo de componentes sanguíneos y hemoderivados; reevaluar la necesidad o adecuación del plasma "cuarentenado" y de otros productos sanguíneos.

12.05. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión Técnica de Tejidos de Navarra.

Dicha Comisión es responsabilidad del Coordinador de Transplante, en la cual no está representada la Dirección del BSTN. No obstante, el BSTN se marcó como objetivo para el 2017 actualizar su cartera de servicio, incorporando varios productos de gran éxito (como los chips de esponjosa), el etiquetado codificado internacional, el implante del nuevo de programa de gestión informático (eDelphyn Tejidos).

12.06. Participación en los Comités Hospitalarios de Transfusiones.

Los servicios que han contestado han valorado todas las cuestiones sobre la atención, tiempo de respuesta, disponibilidad, productos especiales, etc entre 4 y 5. En cambio, algunas centros en observaciones se han quejado de la elevada edad de algunas productos, acompañado con un incremento de la tasa de caducidad. Este hecho se explica por el descenso del consumo, una reducción de los stocks en los centros y acúmulo en el BSTN, y por la propia inactivación de las plaquetas. Se va a plantear en la Comisión Autonómica una revisión de los stocks, un posible acortamiento de la fecha de caducidad –aunque puede implicar un leve incremento inicial de la tasa caducidad, tal como se ha realizado en varias CCAA y países europeos o Canadá.

12.07. Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso, dentro del Plan de Tejidos de Navarra. Continuar con el procesamiento de tejidos en Sala Blanca e incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

Se han incorporado nuevas técnicas y se han optimizado otras, permitiendo la descontaminación de productos, reduciendo el desecho, aumentando la calidad, disponiendo de cultivos celulares, y productos de gran consumo como los chips de esponjosa. La distribución de Chips de esponjosa elaborados en la Sala de Tejidos del BSTN empezó a finales de 2017, suministrando un total de 144 productos, obtenidos a partir de 62 piezas procedentes de 8 donantes, que fueron empleados en 87 receptores, con un ahorro directo estimado en al menos 133.000 €, según estimaciones iniciales.

12.08. Actividad como Nodo del Biobanco de SNS-O, para impulsar la Investigación Biomédica.

Se han cedido un total de 89 muestras de "buffys" a seis grupos de investigación diferentes; se ha suministrado 5 rodetes corneales excedentes de cirugía. Se han tramitado dos proyectos de investigación y se ha trabajado para poder colaborar en un Proyecto de Investigación Internacional sobre la Malaria.

Se ha producido un descenso de las solicitudes de los grupos de investigación, con menos proyectos en vigor, y algunas dificultades administrativas para poder iniciar nuestra participación o colaboración en algún proyecto.

Debido al acúmulo de la evidencia científica en contra de la inactivación universal, por una pérdida de producto, menor efectiva, mayor necesidad de volumen transfundido, mayor riesgo de refractariedad plaquetaria, independientemente del coste, y de la no total o menor efectividad frente a ciertos virus, se ha procedido a disponer de nuevo plasma "cuarentenado". Además la fidelización, con una alta tasa de donación y baja tasa de incidencia de marcadores serológicos positivos, casi nula seroconversión, hace que el perfil del donante de nuestra comunidad sea uno de los más seguros, sino el que más, y candidatos perfecto para la cuarentena. Esta práctica junto a la donación de aféresis de plasma para intentar reducir la dependencia exterior del suministro de hemoderivados, nos obligará a medio plazo a acometer obras para incrementar el espacio y recursos destinados a la congelación (congeladores industriales).

El programa de aféresis nos va a obligar a incrementar la plantilla de enfermería y probablemente aumentar la oferta de donación por la tarde.

La Normativa Europea 1214/2016 de Buenas Prácticas de Manufactura de aplicación obligatoria desde el pasado 15 de febrero y la nueva normativa ISO 9001:2015, con la incorporación de la gestión de Riesgos, de obligatorio cumplimiento desde julio 2018, ha obligado al BSTN a tomar unas medidas, puesta en marcha de reformas y mejoras de las condiciones de trabajo, futuro control y restricción de acceso, aseguramiento total de la hemotrazabilidad. Este año 2018 se van a acometer las primeras obras de climatización.

---

13. Mejorar la opinión de los donantes.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
13.00.01	*Donantes con atención muy buena y/o excelente*	*≥ 65%*	*94,83%*

Explicación de la ejecución e información adicional:

En la encuesta realizada (sobre 100 puntos), lo peor valorado ha sido "el tiempo de espera para ser atendido" (89,4 puntos) o la cita (89,66 puntos), seguido "si ha solicitado información, ha sido respondido" (95,92 puntos), la "atención en la recepción" (95,60 puntos), "opinión sobre refrigerio" (96,35 puntos) y finalmente, "el trato durante la recepción" (99,01 puntos).

El BSTN en el análisis de las reclamaciones de sus clientes, en este caso los donantes ha procedido a actualizar la sala de donación, de espera y de descanso. Para ello se ha procedido a pintar, cambio de luminarias por luces LED, renovación de mobiliario, revisión de la caldera, ampliar la disponibilidad de prensa y revistas, incluyendo publicaciones en euskera. Se ha procedido a pintar y adecentar los accesos y plazas de parking, y ampliar el horario de tarde en Tudela. Igualmente, se han tomado medidas para reducir la generación de residuos de plástico y cristal, y tras varias gestiones nos hemos reunido con la Mancomunidad para mejorar la gestión y el reciclaje.

El autobús o autohematoteca, vehículo cedido por ADONA, ha tenido varios incidentes y averías este año, no pudiendo salir en varias ocasiones. El vehículo, que es conducido y cuidado por el parque móvil, tendrá que ser renovado o cambiado a medio plazo. Habrá valorar hacer la reserva presupuestaria.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	266.484.439,00	278.490.983,46	278.149.516,17
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	185.781.755,00	189.714.881,44	183.990.905,35
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
6- Inversiones reales	12.170.980,00	12.170.980,00	9.884.463,35
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**464.437.174,00**	**480.376.844,90**	**472.024.884,87**

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	7.299.010,00	7.912.396,44	7.516.436,87
4- Transferencias corrientes	2.000,00	195.685,96	211.147,43
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**7.301.010,00**	**8.108.082,40**	**7.727.584,30**