Sanatorio AMERICANO
Centro de referencia en medicina superior

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Seguro Americano SA
MEDICINA PRIVADA

GUÍA DE DISEÑO DE PROCESOS ASISTENCIALES

Dr. Aníbal Cataldo y colaboradores.

Guía de diseño de procesos asistenciales / Dr. Aníbal Cataldo y colaboradores / FEPREMI 2018.

Sanatorio AMERICANO
Centro de referencia en medicina superior

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Seguro Americano SA
MEDICINA PRIVADA

GUÍA DE DISEÑO DE PROCESOS ASISTENCIALES

Dr. Aníbal Cataldo y colaboradores.

Sanatorio AMERICANO
Centro de referencia en medicina superior

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Seguro Americano
MEDICINA PRIVADA

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 5

PRÓLOGO 6

1. MARCO CONCEPTUAL 8
- 1.1 Principios básicos 9
- 1.2 Estrategia de gestión por Procesos Asistenciales 11

2. MEJORAS ESTRATÉGICAS EN LOS PA. METODOLOGÍA 12
- 2.1 Análisis de situación 13
- 2.2 Elaboración de los PA 14
  - 2.2.1Metodología de trabajo del EGC 14
  - 2.2.2 Resultados: Elementos a incorporar en los PA 16
- 2.3 Dimensiones 17
  - 2.3.1 La Persona 17
  - 2.3.2 Evidencia científica 19
  - 2.3.3 Seguridad del paciente 22
  - 2.3.4 Uso racional del medicamento (URM) 24
  - 2.3.5 Cuidados de enfermería 26

3. ESTRUCTURA DE UN PA 30

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL 32
- 4.1 Definición 33
- 4.2 Expectativas de las personas destinatarias y Objetivos 35
- 4.3 Descripción general del PA. Recorrido del paciente. Hoja de ruta 36
- 4.4 Componentes: profesionales, actividades, características de calidad 39
  - 4.4.1 Profesionales que intervienen 39
  - 4.4.2 Actividades del PA. Características de calidad 39
- 4.5 Descripción de competencias específicas 43
- 4.6 Recursos y Unidades de soporte 45
- 4.7 Representación gráfica del PA. 46
- 4.8 Indicadores 52
- 4.9 Anexos 57
- 4.10 Glosario de términos 57
- 4.11 Bibliografía 57
- 4.12 Diseño/Formatos de presentación de los PA. 58

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL GRUPO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PA. 59

6. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN Y MEJORA DE LOS PA. 63

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS 66

8. BIBLIOGRAFÍA 71

9. ANEXO 73
- 9.1 Recomendaciones para realizar búsqueda de evidencia científica 74
- 9.2 Hoja de ruta del paciente 75

PRESENTACIÓN

Tenemos el gusto de presentar el trabajo del Dr. Aníbal Cataldo, colega de CAMEDUR, quien - con el Equipo de Gestión Clínica de dicha IAMPP de la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) -, ha realizado un minucioso trabajo para contribuir a suministrar a los profesionales, una herramienta de máximo valor en el proceso de asistencia del paciente.

En efecto, nos referimos a los procesos asistenciales en la Gestión Clínica, entendida ésta como la forma de simplificar eficientemente la microgestión - el proceso por el cual los pacientes pasan durante sus trayectos asistenciales -, enmarcados en las instituciones y su entorno, con el que se accede a la mesogestión.

En los últimos años, los procesos habituales de Gestión Clínica se han enriquecido con nuevos factores tales como los instrumentos emergentes de las tecnologías de la información, los criterios de seguridad del paciente, entre otros.

Este valioso y actualizado trabajo que, como aporte, FEPREMI pone a disposición de los profesionales médicos de sus instituciones, es una revisión meticulosa de las fuentes de información en materia de Gestión Clínica, que esperamos sirva para ser adoptado por las IAMC para la mejor atención de sus afiliados.

Órgano de Dirección de FEPREMI
Octubre de 2018.

PRÓLOGO

Esta Guía es un instrumento de trabajo útil y práctico, en un formato ligero y de fácil lectura que facilita a los profesionales de FEPREMI el abordaje de los problemas de salud de nuestros usuarios, con una metodología clara y explícita utilizando la herramienta de gestión que son los Procesos Asistenciales.

Los Procesos Asistenciales tienen un objetivo clave: que la asistencia de salud incorpore la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial. Asimismo, persiguen que la práctica clínica se desarrolle en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tengan una guía que les permita disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada.

Con estos fines ha estado trabajando FEPREMI durante estos años y, ahora ha llegado el momento de avanzar hacia una mayor implicación de los profesionales para mejorar la atención de nuestros usuarios. Se trata también de superar el binomio individual que se produce en la relación asistencial, para aprovechar lo mejor de esa relación: la confianza, la capacidad de administrar el conocimiento, la capacidad de decidir conjuntamente, y llevarlo al marco organizativo desde la perspectiva de la Gestión Clínica.

En efecto, debemos trabajar en FEPREMI sobre la base del concepto de Unidades Clínicas como modelo organizativo donde en equipo multidisciplinario, los profesionales asumen nuevas competencias de organización y gestión de sus servicios, favoreciendo un desarrollo profesional dinámico, emprendedor, participativo y con autonomía para la concreción de un trabajo institucional integral y coherente.

La apuesta de FEPREMI por crecer en un marco de mejora de la gestión se verá beneficiada por la construcción de los Procesos Asistenciales para constituirse en piedra angular del entorno de la Gestión Clínica. Para ello, esta Guía introduce nuevos elementos transversales en la atención del paciente. Así hablamos de Cuidados de Enfermería como elemento nuclear en la personalización de la atención. Hablamos de eficiencia en la utilización de recursos y concretamente del uso racional del medicamento como base a la prescripción y utilización de fármacos en cada uno de los Procesos.

Un elemento igualmente estratégico que introducimos, es el relacionado con elementos prácticos de seguridad del paciente. Todo ello sin perder de vista que el fin último de esta Guía es ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de los mismos, es decir, nuestros usuarios, potenciando un papel más activo en su proceso de atención y recuperación, favoreciendo su papel de cuidador y articulando, más aún si cabe, espacios para el diálogo con la comunidad y sus organizaciones.

En FEPREMI estamos convencidos que este trabajo servirá, sin duda, para incorporar a la propia esencia de nuestra institución aquello de lo que nos sentimos más orgullosos y que es nuestra propia razón de ser, nuestros usuarios y nuestros trabajadores.

Esta publicación fue fruto de una revisión bibliográfica y de un trabajo en una serie de talleres, realizados durante el año 2016, por el Equipo de Gestión Clínica (EGC) de CAMEDUR, constituido por el Dr. Aníbal Cataldo, Dra. Isaura Filippini, Dra. Mónica Huertas, Dr. Juan Manuel Iglesias, Dra. María José López, Dr. Alejandro Pérez Arrúa, Dra. Cristina Pérez, Dra. María Villarrueta. Este Equipo contó además con la colaboración para el armado del texto de la Secretaría de los Servicios Ambulatorios de CAMEDUR Sra.Tatiana Sastre.

Los ejemplos utilizados en los Procesos Asistenciales están adaptados a la realidad organizativa y asistencial de CAMEDUR.

1

MARCO CONCEPTUAL.

1. MARCO CONCEPTUAL

Las modernas estrategias de calidad han demostrado que, para mejorar continuamente la calidad de los servicios o productos finales de una organización, es necesario incidir en la mejora continua de todos los elementos que la configuran: las personas, los recursos, los modelos organizativos, etc. En FEPREMI se justifica el abordaje y desarrollo de la estrategia de trabajo en los Procesos Asistenciales (PA).

Los PA en FEPREMI surgen, entre otros motivos, de la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, de garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, de lograr que nuestros usuarios reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.

Se trata de:

1. Incorporar como hábito todas las herramientas que tenemos a nuestra disposición en las instituciones de FEPREMI.

2. Enfatizar dimensiones de la calidad que se han ido desarrollando e incorporarlas de forma integrada (Gestión por Procesos Asistenciales) y en el contexto de la Gestión Clínica (GC).

3. Simplificar la herramienta para potenciar su utilización por los profesionales de FEPREMI.

4. Ser ambiciosos en el abordaje, desechando cualquier matiz que pueda reducir o condicionar el desarrollo de la estrategia para los próximos años.

1.1 Principios básicos que deben sustentar el modelo de atención de salud basada en la gestión por procesos.

1. POTENCIACIÓN Y DESARROLLO DE LA GESTIÓN CLÍNICA (GC).

Se trata de un modelo organizativo centrado en la persona, que permite dotar a las y los profesionales de mayor autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos. La Unidad de Gestión Clínica (UGC), es el entorno donde el equipo multidisciplinario, aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de los usuarios, la eficiencia en la utilización de recursos, y el desarrollo del Proceso Asistencial.

2. ORIENTAR LAS ACCIONES PARA GARANTIZAR EL ACCESO A RECURSOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

Planteando explicaciones a los procesos de salud y de enfermedad de hombres y mujeres, cómo perciben la salud, el valor que le asignan, las creencias en torno a ella, las motivaciones que se

encuentren en base a los comportamientos saludables, nocivos, etc..

3. La consideración de **LA PERSONA** (paciente, usuaria o usuario) **COMO SUJETO ACTIVO** de su proceso de atención y recuperación, con necesidades específicas e individuales, con derechos y deberes legalmente establecidos.

4. La **PERSONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA.**
Personalizar el servicio es integrar en el abordaje del paciente las características y situaciones de cada persona (hombre y mujer) en su entorno vital, no sólo con la atención de su proceso patológico o condición clínica específica, sino también mediante la inclusión de aspectos relacionados con su mundo de valores, rol social asignado, las condiciones de vida, sus redes sociales; determinantes esenciales de la salud de las personas. Es en este contexto, cuando hablamos de HUMANIZACIÓN de la atención de salud porque introducimos en ella el mundo de valores del individuo.

5. El **ENFOQUE DE RECUPERACIÓN** del proyecto vital de la persona y su incorporación social, sobre todo cuando abordamos procesos patológicos de larga duración o con elementos de discapacidad o pérdida de autonomía.

6. La **CONTINUIDAD ASISTENCIAL.**
Elemento clave y determinante que debe inspirar a la institución, funcionalidad y formas de trabajo, imprescindible para que la entrega de servicios sea única, coordinada y de calidad. Se trata de una visión continua y compartida del trabajo asistencial que realizan diferentes personas en diferentes lugares y tiempos, su potenciación y garantía mediante la mejora continua de la estrategia de Gestión por Procesos Asistenciales.

7. Las **COMPETENCIAS ESPECÍFICAS.**
La Gestión por Competencias, se configura como elemento integrador de las estrategias de gestión de personas y las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento. Las Competencias Específicas se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Por ello en los PA se describirán relacionándolas con los factores de éxito del proceso, se orientarán por tanto a los resultados esperados.

8. La **EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA.**
Elementos insustituibles para el avance y progreso de la organización para medir los resultados de los PA, para el desarrollo de estrategias relacionadas con las competencias profesionales y reconocimiento de los diferentes Servicios y Equipos de Asistencia.

9. Las **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)** actuales y futuras.
Hay que potenciar el desarrollo de estas herramientas para facilitar las interacciones de los usuarios con cada una de las instituciones de FEPREMI, sus trabajadores médicos y no médicos y el desarrollo de los PA.

10. La **MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA POR PROCESOS ASISTENCIALES (GCPA)**.
Dentro de la estrategia de mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales, al plantear el trabajo mediante los PA se trata de revisar y actualizar las formas de trabajo, enfatizando en las dimensiones de la calidad para incorporarlas a la herramienta de la GCPA de forma integrada y en el contexto de la Gestión Clínica.

1.2 La Estrategia de Gestión por Procesos Asistenciales.

El escenario de la asistencia de salud ha cambiado sustancialmente con la marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud generando un entorno en el que se hace necesario el trabajo en Gestión Clínica mediante la herramienta de los Procesos Asistenciales.

En esta etapa es necesario hacer énfasis en elementos que siendo parte intrínseca del PA, se deben hacer más visibles:

A. La **PERSONA**, paciente, usuario, que entra en un PA y partiendo de todo lo establecido en el desarrollo del mismo, debe ser analizado y adaptado en función de las características específicas de esa persona, siendo de utilidad para ello, si desde el inicio todo se organiza siguiendo el recorrido que realiza el paciente en el desarrollo de su PA. Por ello, toda la actividad del Proceso Asistencial se organizará, describirá y realizará siguiendo el recorrido que efectúa el paciente.



B. Otro elemento importante a considerar, **la organización de los Servicios.** La organización de los servicios ha cambiado mucho con el avance y desarrollo del modelo de Gestión Clínica y Gestión por Competencias, conformándose los Equipos de profesionales en sus Unidades de Gestión Clínica (UGC), lo que está suponiendo mejoras importantes en el desarrollo del PA.
Por tanto, la conformación de las UGC en los diferentes Servicios de las instituciones de FEPREMI, plantean un nuevo escenario organizativo que, garantizando la continuidad de la asistencia al paciente, tiende a mejorar los resultados esperados del PA, en términos de resultados en salud, calidad percibida y eficiencia.

La presente Guía de diseño y mejora de procesos asistenciales pretende:

1. Potenciar e impulsar los principios básicos del abordaje de los Procesos Asistenciales en FEPREMI.

2. Establecer la metodología para la descripción de los PA para este nuevo impulso.

2

MEJORAS ESTRATÉGICAS EN LOS PA. METODOLOGÍA.

2. MEJORAS ESTRATÉGICAS EN LOS PA. METODOLOGÍA

Esta Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales, es el instrumento utilizado para la descripción e implantación de los procesos clave y procesos de soporte y sus correspondientes guías rápidas.

La puesta en marcha de esta nueva estrategia de gestión por PA se realiza desde el Órgano de Dirección de FEPREMI y con la colaboración de diferentes personas claves, profesionales expertos en diversas áreas de conocimiento, siguiendo una metodología de trabajo en dos líneas de desarrollo claramente diferenciadas, una que se vincula al Análisis de Situación de partida y otra en relación a la construcción y mejora de los PA.

2.1 Análisis de situación.

Con el propósito de conocer la situación actual, y con el objetivo de identificar los puntos críticos y líneas de acción futuras para el desarrollo de la misma se propone realizar un sondeo de opinión a trabajadores de FEPREMI, con la participación de personas como informantes clave, para explorar la opinión del personal directivo, profesionales asistenciales de Sectores Ambulatorios, de Emergencia y Sanatoriales y trabajadores de apoyo y administrativos de los mismos.

La metodología seguida será la realización de talleres de trabajo y grupos focales encaminados a:

- Analizar la situación actual para la implantación y desarrollo de la estrategia de la GCPA en relación a la identificación de áreas de mejora, utilidad de la GCPA como herramienta de gestión y su vinculación con otras estrategias impulsadas en FEPREMI.

- Proponer líneas de acción futuras a desarrollar.

Resultados esperados.

En relación a la **situación actual de la implantación y desarrollo de la GCPA**, se deberá poner de manifiesto que:

- Es una muy buena herramienta para la mejora de la calidad asistencial y la reducción de la variabilidad en la práctica clínica.

- Como herramienta de mejora organizativa sirve para la ordenación de los flujos de trabajo y el acercamiento entre Atención en Internación (AI), Atención de Emergencia (AE) y Atención Ambulatoria (AA).

- La Gestión Clínica es el pilar de los PA.

- **Hay que trabajar en** la implantación de los PA reforzando la cultura de la GCPA en los trabajadores médicos y no médicos, acotar el número de procesos a implantar, mejorar la coordinación en y entre Atención en Internación (AI), Atención de Emergencia (AE) y Atención

Ambulatoria (AA), evitar el riesgo de pérdida de la visión de atención integral al paciente, garantizar suficientemente la dotación de recursos, la formación y la información necesarias para la implementación de esta estrategia.

• **Hay que vincular la GCPA** con la Seguridad del Paciente, Planes de Cuidados, Uso Racional del Medicamento y con el desarrollo de los sistemas de información.

En relación al desarrollo de **líneas de acción futuras** se propone:

1. Potenciar Acuerdos de Gestión compartidos entre los trabajadores médicos y no médicos de diferentes Servicios, como elemento de continuidad asistencial con objetivos comunes entre Atención en Internación (AI), Atención de Emergencia (AE) y Atención Ambulatoria (AA).

2. Promover las UGC como pilar de la GCPA.

3. Fomentar la formación de los profesionales en PA.

4. Promover la evaluación y retroalimentación a los profesionales de los resultados de los PA.

5. Implicación más efectiva de los equipos directivos.

6. Priorizar los PA a implantar según la morbilidad detectada.

2.2 Elaboración de los PA.

Para la elaboración de los PA, y la elaboración de la presente Guía de Diseño, se realizaron consultas a grupos de profesionales de diferentes disciplinas y Servicios (médicos, enfermeras, otros profesionales, técnicos y trabajadores no médicos de CAMEDUR. Asimismo se constituye el Equipo de Gestión Clínica adjunto al CODICA y la Dirección Técnica (DT), que siguiendo una metodología de trabajo exploran los aspectos y dimensiones imprescindibles para la elaboración de los PA.

El objetivo del trabajo del Equipo de Gestión Clínica (EGC), ha sido explorar los aspectos y dimensiones fundamentales y proponer las incorporaciones necesarias en los procesos, potenciando los valores que definen este modelo.

2.2.1 Metodología de trabajo del EGC.

Se trata, por tanto, de identificar los contenidos que se deben definir y los elementos de calidad a incluir en la Guía de diseño y mejora continua de los PA.
Las dimensiones de conocimiento, unidades de análisis sobre las que se trabajó y que se definen, son: la Persona, Evidencia científica, Seguridad del paciente, Uso racional de Medicamentos, Cuidados de Enfermería, Estructura de los PA, Evaluación y Competencias Específicas.

A. Se definen por parte del EGC una serie de factores críticos de éxito para la realización de esta Guía de diseño de PA.

Estos **factores críticos de éxito** son:

- Identificar el producto final.
- Saber qué queremos medir. Sistema de evaluación claro.
- Que sea amigable (accesible, legible, útil).
- Que sea detallado. Saber qué hay que hacer.
- Que inste al aprendizaje y proponga herramientas de formación profesional.
- Que defina equilibradamente los recursos necesarios (materiales, humanos, organizativos) y razonables para el desarrollo del PA.
- Que esté integrado con otras estrategias de gestión.
- Que integre todos los elementos de calidad de un PA.
- Que sea coherente con los valores de FEPREMI.
- Fácil de actualizar.
- Alineado con el modelo de Gestión Clínica que definió el Órgano de Dirección.
- Que haga visible a todas las personas intervinientes en el PA.

Se deberá realizar una doble valoración de estos factores: primero su valor estratégico para la consecución del objetivo, y segundo su situación en los PA existentes. De ello se obtiene la valoración de la distancia (GAP) entre la situación real y la esperada y así se logra un referente estratégico para el diseño del PA conociendo aquellos factores que deben mantenerse, cuáles deben ser modificados y aquellos nuevos que deben ser incluidos en los PA.

B. Con la información obtenida se inició el **trabajo de los grupos:**

En una **primera fase**, se realiza generación de ideas y consenso.
Esta información es utilizada vinculándola a cada una de las dimensiones de conocimiento (la Persona, Evidencia científica, Seguridad del paciente, Uso racional de medicamentos, Cuidados de Enfermería, Estructura de los PA, Evaluación y Competencias específicas) generando propuestas y aportes que se recogen en un **documento 0** estructurado en:

- Enunciado del área de trabajo.
- Objetivos.
- Propuestas de mejora.

- Fundamentos y evidencia que soportan las propuestas.
- Herramientas para la incorporación de las propuestas.
- Incorporación al proceso de las propuestas, criterios de calidad.

En una **segunda fase**, se exponen las conclusiones de cada grupo al conjunto de participantes, y tras su valoración, se acuerda una propuesta de estructura global y contenidos que debían de ser incorporadas a la elaboración y mejora continua de los PA.

2.2.2 Resultados: Elementos a incorporar en la elaboración de los PA.

Del trabajo realizado por el EGC, se identificarán elementos imprescindibles para incorporar en la elaboración y actualización de los PA relacionados con las siguientes dimensiones:

- La Persona.
- Evidencia científica.
- Seguridad del paciente.
- Uso racional de medicamentos.
- Integración de la valoración y cuidados de enfermería orientados a la obtención de resultados.
- La evaluación y construcción de indicadores.
- Competencias específicas del PA.
- El modelo de Estructura para los PA.

Las citadas dimensiones se van incorporando en los distintos apartados de la Guía de elaboración según el valor que añaden las características específicas de cada dimensión:

1. La **Estructura** que deben tener los procesos que se vayan elaborando, tiene un espacio específico descrito en el punto 3 de la presente Guía.

2. Las **Competencias específicas y los Indicadores** se incluyen en la Descripción del PA.

3. Las dimensiones, **la Persona y la Seguridad del paciente**, se incorporan como elementos transversales al desarrollo del PA.

4. La **Efectividad clínica, Uso Racional de Medicamentos, Cuidados de Enfermería**, en la descripción de actividades y sus características de calidad del PA.

A continuación, y para cada una de las dimensiones: la “Persona”, “Evidencia científica”,

"Seguridad del paciente", "Uso racional de medicamentos", "Cuidados de Enfermería", se explicita su valor estratégico añadido y las recomendaciones para su incorporación a los PA.

2.3 Dimensiones.

2.3.1 La Persona (paciente, usuario o usuaria).

Es un hecho constatado que vivimos en una sociedad que se autodetermina pluralista, precisamente porque tiene conciencia de sus propias limitaciones y de la imposibilidad de universalizar ningún punto de vista. Que la medicina es, más que una ciencia o un saber puro, una práctica social: la del cuidado de la salud de los individuos y de los grupos sociales, en tanto que practica social, necesita y depende de muchos factores, económicos, políticos, culturales, científicos, técnicos, etc.. **Que las condiciones y estilos de vida son determinantes esenciales en la salud de las personas.** Que las construcciones sociales y estereotipos marcan las diferencias entre hombres y mujeres. Que la persona (hombre y mujer) es el elemento nuclear que justifica el desarrollo del proceso.

Objetivo:

"Hacer visible, en la descripción de los PA, la figura de la persona (paciente/usuario) como sujeto activo, susceptible del desarrollo de un PA determinado en todas sus fases, considerando sus características específicas (condiciones de vida, diversidad cultural, rol social y necesidades expresadas y sentidas). De esta manera se busca garantizar el desarrollo efectivo de sus derechos, valores y creencias, contemplando todas las dimensiones de su proyecto vital, en el contexto de trabajo colaborativo que busca la **recuperación de la persona**, su inclusión social y vivencia del rol asignado, mejorando su calidad de vida".

Se trata por tanto de garantizar la participación de la persona (hombre y mujer) en todo el proceso de atención, fortaleciendo la toma de decisiones, desarrollando el principio de autonomía del paciente relacionado con el desarrollo efectivo de derechos fundamentales de la persona, como ser la información, la intimidad, la confidencialidad, la toma de decisiones, etc.

Recomendaciones:

1. En relación a la persona y su presencia real como sujeto activo en el desarrollo del proceso:

En todos los PA:

- Se incorporará de forma continua y por diferentes fuentes de información, las expectativas específicas de hombres y mujeres que promuevan y faciliten la personalización de la atención en las distintas fases del proceso.

- Se establecerá la «Hoja de ruta del paciente», para facilitar el seguimiento del PA a la persona y los profesionales responsables del mismo.

- Se promoverá la participación como derecho del paciente, es decir, dando cabida a la

participación real y efectiva de la persona sujeto del PA en cada una de sus fases.

- Se trabajará con la persona, informándole sobre el desarrollo de su PA, para consensuar un «pacto terapéutico».

- Se considerarán e incorporarán las características específicas de la persona y su ámbito de referencia, valores individuales, condiciones de vida, el grupo familiar, la persona y su red social, es decir, se personalizará la asistencia.

- Se incorporará la visión de género (rol social asignado), frente a la diferenciación "los-las".

- Se fomentará la independencia y el auto cuidado, tanto en mujeres como en hombres, y la participación de estos últimos en las tareas de cuidados.

2. La información a la persona (paciente, usuario), como proceso continuo que se produce a lo largo del desarrollo de todo el PA.

Como elemento transversal que:

- Implica y es responsabilidad de todos los profesionales.

- Es imprescindible para el desarrollo efectivo de los derechos y deberes.

- Ante procedimientos con criterios intrínsecos de riesgo, se ofrece, se comparte y además se recoge en un **«formulario de consentimiento informado escrito»**, información que contiene «datos» y cuya confidencialidad se preserva y garantiza. (Ley Nº 18335).

En todos los PA:

- El abordaje de la información se realizará como un «proceso de información continuo», en todos los momentos de desarrollo del mismo, información que, partiendo del nivel de conocimiento e información existente, no se da por finalizada, y promueve la participación (ej.: ¿tiene alguna duda?).

- La Información se realizará verbalmente y estará adaptada a la diversidad cultural, funcional o social y **siempre se registrará en la historia clínica.**

- Información que debe servir al paciente como instrumento decisivo para la toma de decisiones (ej.: Formulario de consentimiento informado escrito).

- Información que garantiza su confidencialidad durante todo el proceso de atención sanitaria.

- Se informará a la persona sobre los derechos que desde el SNIS le asisten y se le facilitarán los procedimientos para poder ejercerlos.

3. Las actuaciones no clínicas, vinculadas a procedimientos administrativos, se deben incorporar en la descripción de los PA, buscando el valor añadido y la mejora que aportan en el resultado final al paciente, definiendo en función de las características específicas de cada PA, quién los presta, cómo y cuándo.

En todos los PA:

a. Se abordarán las actuaciones no clínicas.

b. El desarrollo de las actividades del PA la realizarán los diferentes profesionales «**resolviendo en cada momento**», en función de herramientas e instrumentos disponibles.

c. Se incorporará el «**acompañamiento**» en las actuaciones no clínicas.

d. Se considerará, en función de las características específicas del PA, incluir fuentes documentales de otros sectores que supongan valor añadido para el mismo (BPS, MIDES, BSE, Etc.).

Trabajar desde el **enfoque de la recuperación**, como modelo de atención basado en las habilidades de los profesionales y la persona protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal, modelo que se aleja de la patología, enfermedad y síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar. Este nuevo enfoque, implica recuperar al máximo las propias capacidades del individuo, y está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social aun teniendo un PA de evolución crónica.

En todos los PA:

- Se revisará la **existencia de evidencias y recomendaciones sobre condiciones y estilos de vida relevantes** para la vivencia del PA en cuestión (ej. Sexualidad).

- se revisará la **disponibilidad de redes sociales** de calidad para el PA en cuestión y se considerarán como tales a lo largo del mismo (ej. Discapacidad, Violencia de Género y Generacional, Salud Mental).

- Se valorará la inclusión entre los componentes de los PA, **de otros agentes claves para su desarrollo** (ej. Taller de educación en diabetes).

2.3.2 Evidencia científica.

Los Procesos Asistenciales, deben incorporar la efectividad clínica utilizando de forma consciente, explícita y juiciosa la mejor evidencia científica disponible en la toma de decisiones, integrándola con la experiencia de los profesionales. Para ello es necesario identificar las áreas de incertidumbre, formular adecuadamente las preguntas de investigación, establecer criterios explícitos para la búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia científica y formular las recomendaciones en función de la calidad de la evidencia, teniendo en cuenta, además, otros aspectos que deban ser considerados.

Objetivos:

- Apoyar y facilitar a los profesionales una metodología clara y explícita para incorporar la efectividad clínica en la elaboración de los PA a partir de la mejor evidencia disponible.

- Ofrecer un instrumento de apoyo para el proceso de actualización de los PA, las herramientas, fuentes bibliográficas y otros recursos que se consideren más eficientes para el desarrollo del proyecto.

Recomendaciones:

1. Identificación de las áreas de incertidumbre y formulación de preguntas relevantes. Entre el conjunto de decisiones sobre las que se van a establecer características de calidad, deberían en primer lugar realizarse la identificación de las actuales áreas de incertidumbre, así como la totalidad de los puntos a revisar dentro de cada PA.
Tras la identificación y priorización de estas áreas se definirán una serie de preguntas genéricas que permitan responder a las mismas.

2. Formulación de preguntas en formato PICO. Debe realizarse la conversión de las preguntas genéricas al denominado formato PICO, es decir, transformarlas en preguntas claramente definidas y formuladas operativamente. En la pregunta de investigación deben estar claramente definidos:

- Población: características de los pacientes (sociodemográficas, clínicas, etc.).

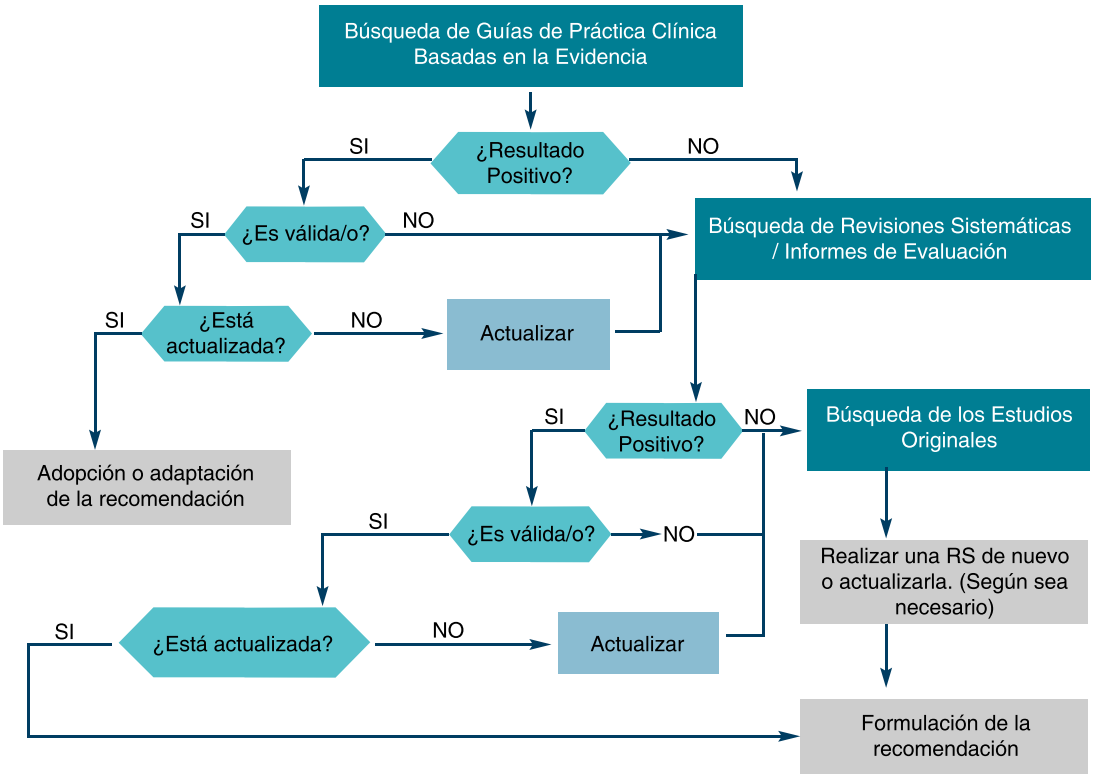
- Intervención que se pretende evaluar: tratamiento, test diagnóstico, etc.

- Comparación: alternativa con la que se compara la intervención evaluada.

- Resultados a considerar (Outcomes), definiendo con qué medidas o variables se evaluará su efectividad, variables que se consideren clínicamente relevantes o bien los estimadores de rendimiento o validez diagnóstica.

3. Búsqueda y selección de la evidencia científica disponible. La bibliografía debe ser identificada siguiendo una estrategia de búsqueda explícita. De ser posible se debe buscar apoyo de personal experto en búsqueda y selección de evidencias científicas.

A continuación, se presenta en forma de algoritmo, la estrategia más eficiente para localizar e incorporar las mejores evidencias en la descripción de los procesos asistenciales. Esta estrategia consiste básicamente en:



- Localizar una Guía de Práctica Clínica válida y actualizada.

- Si la búsqueda anterior resulta infructuosa, localizar una revisión sistemática o un informe de evaluación válido y actualizado, y proceder a formular la recomendación correspondiente. En caso de haber encontrado una Revisión Sistemática o un Informe de Evaluación válidos, pero no actualizados, bastará con proceder a su actualización.

- Si también el paso anterior resulta vano, se deberá valorar la factibilidad y necesidad de realizar una Revisión Sistemática nuevamente a partir de los estudios originales.

4. Crítica y síntesis de la evidencia. Independientemente del tipo de documento o estudio seleccionado en la fase anterior, sería necesario realizar una evaluación crítica del mismo.

- En el caso de las guías de práctica clínica de buena calidad y actualizadas no existe un único instrumento sencillo, sistemático, y validado para su adaptación al medio local.

5. Clasificación de la calidad de la evidencia científica y graduación de la fuerza de las recomendaciones.

Las recomendaciones se formularán en función del nivel de la evidencia científica, aunque pueden ser tenidos en cuenta otros aspectos relevantes y características propias de nuestro entorno. De esta forma, las recomendaciones recogidas en los PA deberán ir obligatoriamente acompañadas del nivel de evidencia científica en la cual se sustentan y de la fuerza de la recomendación.
Las recomendaciones se presentarán de forma gradual, diferenciando claramente las que están basadas en la evidencia científica de las formuladas mediante el consenso de personas expertas.

Incorporación a los PA de la efectividad clínica.

La efectividad clínica debe verse reflejada en las características de calidad que estén vinculadas a:

- Recomendaciones de tecnología de screening, diagnóstica o terapéutica.
- Recomendaciones sobre promoción de salud y hábitos de vida saludables.
- Recomendaciones farmacoterapéuticas (en la dimensión Uso Racional del Medicamento).
- Recomendaciones de uso seguro de medicamentos (en la dimensión Uso Racional del Medicamento).
- Recomendaciones de prácticas seguras (en la dimensión Seguridad del paciente).
- Recomendaciones de cuidados de enfermería (gestión de casos, prácticas avanzadas de enfermería, etc.).

Las recomendaciones deben estar ligadas a la bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan.

2.3.3 Seguridad del paciente.

Todo paciente debe recibir atención y cuidados seguros. Esta seguridad debe manifestarse por la ausencia de lesiones accidentales, atribuibles a las acciones a que es sometido a lo largo del desarrollo del PA.

La seguridad, componente esencial y crítico de la calidad de la atención sanitaria, para su garantía efectiva, necesita un enfoque preciso y directo sobre los aspectos relacionados con la aparición de eventos adversos, su prevención, los sistemas de información, los profesionales que desarrollan los PA, y la participación activa de los pacientes como un garante más de la seguridad del mismo. Todo ello en el marco del desarrollo de la Estrategia de Seguridad planteada por el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente (DECASEPA) del Ministerio de Salud (MS) y llevado adelante en las instituciones de FEPREMI por el Comité de Seguridad del Paciente (COSEPA).

Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que implica reducir los riesgos asociados a la atención de salud a un mínimo aceptable.

Seguridad es prevenir riesgo, para ello **es necesario identificar puntos críticos**, mediante las metodologías propuestas por el DECASEPA.

Desde el ámbito nacional e incluso internacional existen recomendaciones que deben ser incorporadas de forma transversal en todos estos procesos. Estas recomendaciones hacen referencia a aspectos claves tales como: identificación inequívoca de pacientes, lavado de manos, uso seguro de medicamentos, procedimiento correcto en el paciente y lugar correctos,

prevención de úlceras y caídas, etc.

Objetivos.

- Identificar los factores de riesgos inherentes de cada etapa del PA.
- Decidir la forma y método de incorporación de medidas seguras en el diseño del PA.
- Definir una estrategia de seguridad en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Establecer las recomendaciones específicas de seguridad por PA.
- Incorporar medidas de seguridad en el uso de medicamentos.
- Aplicar las recomendaciones para prevenir la infección asociada a la atención de salud.
- Diseñar indicadores críticos de seguridad clínica que sean válidos y relevantes.

Recomendaciones.

A nivel general:

1. En todos los PA se identificarán los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente. Para ello será preciso, siguiendo el recorrido del paciente, secuenciar las etapas del PA, identificar los fallos o puntos críticos y proponer recomendaciones para evitarlos.

2. En cada proceso se abordará el establecimiento de prácticas seguras para evitar de forma sistemática los posibles riesgos para la seguridad, analizando las distintas etapas del PA y vinculando a cada una de ellas medidas efectivas para evitar los riesgos que le son propios.

3. Se incorporarán los criterios y normas de buena práctica acordes con el conocimiento científico disponible, que garanticen la seguridad y la gestión del riesgo durante todo el PA, en coherencia con la Estrategia para la Seguridad del Paciente del MS.

4. Además de los factores de riesgo y las recomendaciones para evitarlos incluidos como características de calidad, se valorará la creación o acceso a un anexo específico de Seguridad del paciente. Estas recomendaciones deben ir referenciadas en las distintas fases del PA.

5. Todos los PA deben contemplar la consulta al COSEPA e incorporar las buenas prácticas definidas por éste.

6. En cada PA, se establecerán indicadores críticos de seguridad válidos, sensibles, específicos y relevantes, relacionados al menos con la Estrategia para la Seguridad del DECASEPA:

a. Identificación inequívoca del paciente.

b. Uso Seguro de Medicamentos (precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, medicamentos de aspectos o nombre parecidos, medicamentos considerados de riesgo, etc.).

c. Prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

d. Mejora de la comunicación (comunicación durante el traspaso de pacientes, resultados de pruebas críticas).

e. Indicadores de seguridad de pacientes definidos por COSEPA.

A nivel del Servicio:

Tras identificar los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en el entorno determinado, se aplicará la herramienta de autodiagnóstico definida por el COSEPA en conjunto con la DECASEPA, elaborar un plan de mejora dirigido a prevenir la aparición de estos fallos y finalmente evaluar el impacto de estas estrategias.

Realizar una gestión adecuada de los riesgos a nivel del Servicio, de acuerdo con el Programa de Seguridad acordado con el COSEPA:

- Analizando los posibles incidentes que se pueden ocasionar.

- Aplicando soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, y aprendiendo de los incidentes (notificación de incidentes de seguridad).

2.3.4 Uso racional de medicamentos (URM).

El abordaje integral de los PA en FEPREMI descansa sobre unos principios básicos entre los que destaca la práctica clínica adecuada, y como parte esencial de las misma, el uso racional de los recursos fármaco-terapéuticos.

Por **«uso racional de medicamentos»** entendemos que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante el tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la sociedad. La selección del medicamento adecuado en cada caso, ha de realizarse en base a criterios de efectividad y seguridad.

El término «uso racional» es, por tanto, un término amplio que engloba los conceptos de efectividad, seguridad, adecuación, por ello se considera necesario incorporar en los PA, elementos y criterios que garanticen el «uso racional de los medicamentos» en situaciones individuales, con eficiencia y buscando la sostenibilidad.

Objetivos.

General: Ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención de salud más apropiada, y a seleccionar opciones terapéuticas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Específicos: • Incluir recomendaciones concretas sobre el tratamiento farmacológico. Las recomendaciones estarán ligadas a bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan.

- Asegurar una metodología estandarizada, homogénea y transparente para establecer las mejores recomendaciones basadas en la evidencia científica.

- Establecer la actualización de las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico de forma dinámica, específica e independiente del PA en su conjunto.

Recomendaciones.

1. Todos los PA deben contener recomendaciones específicas sobre qué medicamentos deben utilizarse preferentemente en cada situación clínica y en cada grupo de pacientes, en función de sus características, en base a criterios de efectividad, seguridad y eficiencia.

2. A fin de facilitar el seguimiento de una metodología adecuada para el establecimiento de recomendaciones farmacoterapéuticas basadas en la mejor evidencia disponible, los grupos de elaboración contarán con la participación de profesionales especialistas de la temática y del Comité de Medicamento.

3. La metodología de elaboración de recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico debe seguir un procedimiento estándar recomendado en el punto 2.3.2. Dimensión «Evidencia científica», de esta Guía.

4. Las recomendaciones que probablemente tendrán más alto impacto en la atención y en los resultados de salud de los pacientes deben ser identificables, y su grado de cumplimiento debe ser fácilmente evaluable. Existen diferentes criterios que deberían ser utilizados para seleccionar estas recomendaciones clave, aunque pueden variar en función del PA de que se trate; las más importantes son:

- Alto impacto en los resultados de los pacientes, incluyendo mortalidad y morbilidad.

- Alto impacto para reducir la variabilidad en la práctica.

- Permitir un uso más eficiente de los recursos.

5. Deben definirse indicadores que midan el grado de adhesión a las recomendaciones más relevantes sobre selección y utilización de los medicamentos, especialmente en aquellos PA donde el tratamiento farmacológico represente un pilar fundamental.

6. Las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico que se incluyan deberán constituir la base de la práctica clínica y por ello son elementos imprescindibles en el desarrollo de objetivos de las UGC. Por tanto, serán parte de los objetivos prioritarios en la promoción del URM. En la medida de lo posible deberán incorporarse a las ayudas a la prescripción en HCE y módulos de prescripción electrónica del Sistema de Unidosis.

7. El formato web debe contener un anexo específico con todas las recomendaciones fármaco-terapéuticas, además de información sobre la metodología utilizada y el nivel de evidencia que las soportan. Se deben incluir los principales algoritmos terapéuticos. Las recomendaciones más relevantes deben ser identificables y contener claves para la evaluación posterior de su cumplimiento.

Incorporación del URM en los PA.

- Las recomendaciones sobre tratamiento farmacológico incluirán **un solo fármaco de primera elección** (o un grupo de ellos considerados equivalentes en cuanto a efectividad, seguridad y eficiencia) en cada circunstancia clínica o subgrupo de pacientes.

- Las recomendaciones sobre tratamiento farmacológico presentarán, además de los fármacos de elección, su posología, vía de administración y cualquier otra información necesaria.

- Los indicadores sobre adherencia a las recomendaciones de tratamiento farmacológico estarán directamente relacionados con variables clínicas relevantes, como mortalidad o calidad de vida.

- Las recomendaciones deben estar ligadas a la bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que la sustentan.

2.3.5. Cuidados de enfermería.

En este escenario de elaboración de la guía de diseño, es preciso poner en valor la personalización de los PA para que sean capaces de adaptarse y dar respuesta a las necesidades individuales de las y los pacientes.

El desarrollo de esta dimensión ha de garantizar la planificación y prestación de cuidados específicos e individuales para cada persona incluida en el PA, mediante la definición de intervenciones dirigidas a la capacitación en el conocimiento de su proceso de salud, implicándoles, guiándoles, en definitiva, educándoles para un manejo efectivo de su proceso de enfermedad y garantizando un escenario seguro.

Los cuidados de enfermería han de posibilitar la adaptación del proceso normalizado que suponen los PA, a las necesidades individuales de cada paciente.

Los PA no son iguales y las personas a las que dan respuesta tampoco, pero en ocasiones las necesidades de cuidados y la respuesta de enfermería son transversales a diferentes procesos. Por ello, hay elementos que son genéricos a todos los PA, y otros que se deberían garantizar en procesos o grupos de procesos concretos como se identifican seguidamente:

- PA quirúrgicos de corta internación (ej.: Colecistitis, Amigdalectomía, etc.).

- PA quirúrgicos, oncológicos y con alteración de imagen corporal (Cáncer de Mama, Cáncer Colorectal, Cáncer de Pulmón, etc.).

- PA de evolución crónica (EPOC, Diabetes, Atención a Pacientes Pluripatológicos, Insuficiencia Cardíaca, etc.) y el PA Cuidados Paliativos.

- PA materno-infantiles.

Por otra parte, existen elementos enmarcados en los modelos de enfermería de práctica avanzada, que deben aparecer para garantizar la mayor efectividad en la asistencia prestada dentro del marco del PA, favoreciendo la asistencia en acto único y alta resolución:

• Gestión de Casos o planificación coordinada y anticipada de cuidados, que incorpora los distintos ámbitos que tienen incidencia en la atención proporcionada a pacientes y sus familiares, de acuerdo con sus necesidades y con los recursos disponibles en cada Servicio.

• Uso de las tecnologías de la comunicación, como medio de provisión de información y servicios de salud en general, y de cuidados en particular. Modelo que busca garantizar el seguimiento de grupos de riesgo y como complemento a la atención domiciliaria.

• Nuevas competencias de prácticas de enfermería, que facilitan la accesibilidad de las personas incluidas en los procesos, así como una respuesta única a sus necesidades, como ser:

- Uso e indicación de medicamentos no sometidos a prescripción médica, colaboración en el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos y prescripción de material de uso médico.

- Derivación de pacientes.

- Gestión de paraclínica.

- Para garantizar una efectiva gestión de cuidados se debe seguir con el desarrollo de planes y modelos asistenciales ya implantados en las Instituciones, que dan respuesta a las necesidades de la población en general y de grupos especialmente frágiles y/o vulnerables en particular (ej. lesiones de apoyo, lesiones crónicas de piel, ostomizados, etc.).

- Modelo de Enfermera de Referencia para el Cuidado: identificación de una enfermera referente (en los ámbitos ambulatorio, domiciliario y sanatorial), que garantice la atención integral y continuada de cada paciente y su familia.

- Plan de formación y atención a Cuidadores Principales del entorno familiar.

Objetivos.

• Incorporar los elementos de cuidados necesarios, que permitan la personalización de la asistencia garantizando un entorno seguro.

• Incluir todos los cuidados que se realicen, cualquiera que sea el profesional que los provea.

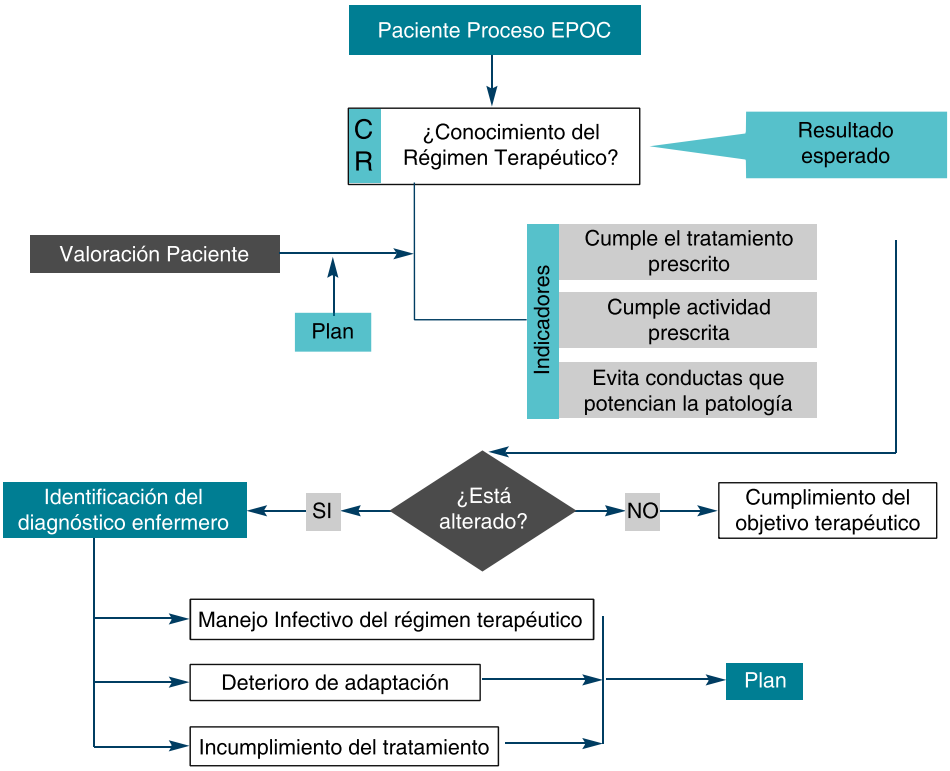
• Incorporar modelos de prácticas de enfermería clínica avanzada e integrar nuevas competencias de prácticas de enfermería.

Recomendaciones.

En todos los PA: **1.** Al definir las necesidades de cuidados, éstos se deberán orientar desde los resultados a conseguir por el o la paciente en cada etapa. La definición de estos resultados se debe hacer en términos de criterios de Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC en inglés) (Ej.: En la fase de internación cada paciente conocerá su régimen terapéutico. Antes del alta el paciente será capaz de gestionar sus cuidados. En la fase pre quirúrgica manifestará

autocontrol de la ansiedad, etc.).

2. Integrar en la definición de los PA los elementos de cuidados y de continuidad de los mismos.



3. Siendo los planes de cuidados estandarizados, la herramienta para conseguir los resultados esperados, deberán incluirse instrumentos de valoración "enfermera" (integral o focalizada), así como otras herramientas que permitan la individualización del plan de cuidados estándar para dar respuesta a las necesidades individuales de cada paciente (mapa de cuidados, cuestionarios o test de valoración).

4. Incluir indicadores de resultado de los cuidados de enfermería basados en la taxonomía CRE en momentos específicos de la asistencia prestada.

5. Incluir intervenciones "enfermera" de la taxonomía Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC en inglés) en la planificación de cuidados a desarrollar por la enfermera.

6. Las acciones de enfermería deberán describirse en la secuencia normal de actividades como un componente más de las acciones a realizar.

7. Potenciar el desarrollo de la información e Historia única como elemento integrador de la continuidad de cuidados.

- **A grupos específicos de procesos:**

1. En los PA quirúrgicos de corta internación, deberán aparecer:

- Objetivos de cuidados referidos a conocimiento del PA y control del dolor.

- Elementos de continuidad referidos a oferta en seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos, que faciliten la accesibilidad del o de la paciente al sistema de salud.

- La educación de salud definida desde resultados esperados.

- La promoción de hábitos de vida saludable.

2. En los PA de evolución crónica y en el PA de Medicina Paliativa, deberán aparecer:

- Objetivos referidos al manejo del régimen terapéutico y control de síntomas.

- La gestión de casos desde el ámbito sanatorial, domiciliario y ambulatorio que favorezca la coordinación del plan asistencial.

- La identificación de enfermera referente en los tres niveles asistenciales.

- Uso e indicación de medicamentos no sometidos a prescripción médica, colaboración en el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos y la indicación prescripción de material de uso médico. La derivación de pacientes y la gestión de pruebas paraclínicas como mejoras de la accesibilidad y como modelo de respuesta única a pacientes.

- La educación para la salud definida desde los resultados esperados. De forma específica, tener en cuenta elementos de Manejo Efectivo del Régimen Terapéutico.

- Control del dolor.

3. En PA quirúrgicos oncológicos y/o con alteración de imagen corporal, deberán aparecer:

- Elementos de continuidad de cuidados.

- Control de síntomas, colaboración en el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos y la indicación de prescripción de material de uso médico.

- Resultados en aceptación de imagen corporal.

- Valoración del riesgo de modificación del rol familiar.

- Control del dolor.

4. En PA Materno-Infantiles deberán aparecer:

- Abordaje de la familia como unidad de cuidados.

- Potenciación de objetivos relacionados con la ejecución del rol de los padres.

- Objetivos relativos a seguridad en los cuidados infantiles (manejo del régimen terapéutico, dosificaciones pediátricas, errores en medicación, prevención de riesgos etc.).

3

ESTRUCTURA DE UN PA.

3. ESTRUCTURA DE UN PA

Otro de los aspectos o dimensiones trabajados por integrantes del EGC, ha sido analizar y proponer la estructura que deben tener los PA:

Presentación.	• Presentación • Autoría, nombre, Servicio y datos de contacto • Compromiso de revisión, evaluación en 5 años. • Estrategia de incorporación de documentos bibliográficos.
Introducción.	• Justificación de la necesidad del PA. • Análisis del entorno. • Incorporación de dimensiones de calidad estratégicas e innovadoras para la institución (enfoque en el usuario, efectividad clínica, uso racional de medicamentos, seguridad del paciente, cuidados y evaluación).
Definición.	Definición funcional y límites de entrada, marginal y final.
Expectativas y objetivos.	Expectativas específicas del paciente y familiares. En función de las mismas se formularán los objetivos.
Descripción general.	La descripción general del PA se realizará siguiendo el recorrido del paciente, reflejándose en la Hoja de Ruta.
Componentes: profesionales, actividades, características de calidad.	• Secuencia temporal de actividades. • Hace referencia al qué, quién, cuándo, cómo y dónde. • Expresa las características de calidad.
Descripción de Competencias específicas.	Competencias específicas, imprescindibles para los resultados en la atención de salud de los pacientes.
Recursos y unidades de soporte específicas.	Recursos específicos para la implantación del PA.
Representación gráfica del PA.	• Representación Global del PA. • Representación Específica del PA.
Indicadores.	• Basados en las características de calidad del PA. • Útiles para el seguimiento de los resultados.
Anexos.	• Guías, procedimientos, protocolos, planes específicos referidos a las actividades descritas del proceso. • Documentos de relevancia para la implantación. • Documentación dirigida a pacientes.
Glosario de términos.	
Bibliografía.	Referencias bibliográficas.

4

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

La metodología para la descripción de PA, tiene por objetivo:

Describir el modelo para el desarrollo de un proceso asistencial, adecuándose a la realidad de cada institución perteneciente a la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) integrante del SNIS.

- **Proceso Asistencial Integrado (PA):**

• Centrado en la persona (paciente, usuario y usuaria) como sujeto activo en el desarrollo de su PA, que incorpora sus expectativas, sus características específicas en su ámbito de referencia (valores individuales, condiciones de vida, diversidad cultural, red social, grupo familiar).

• Que garantiza la continuidad asistencial.

• Que elimina aquellas actividades que no aportan valor añadido.

• Que busca la participación de todos los trabajadores médicos y no médicos, asegurando su implicación y satisfacción.

• Flexible para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras.

• Que persigue la mejora en los resultados en Salud para la persona, su recuperación y su satisfacción.

4.1 Definición

- **Definición funcional.**

Se trata de definir de forma clara el **propósito** del proceso a través de sus funciones. En ella deben aparecer el **conjunto de actuaciones** dirigidas a dar una **respuesta integral** a las necesidades (físicas, psicosociales, etc.) del paciente (hombre y mujer) como sujeto activo desde una **perspectiva multidisciplinar y coordinada**, para garantizar la continuidad en la asistencia.

- **Límites del proceso.**

El PA ha de ser continuo y fluido, con actividades y responsabilidades perfectamente definidas y concatenadas. Debe resultar sencillo identificar la entrada y la salida de la cadena asistencial, para establecer sus límites. En definitiva, se trata de delimitar dónde empieza y dónde termina la secuencia de actividades.

- **Límite de entrada.**

La entrada al PA se puede producir desde diferentes ámbitos de actuación (AA, AE, AS). Para determinar el límite de entrada, será preciso definir las características específicas que debe presentar el paciente, en base a la presencia de síntomas multifactoriales, etc.

- **Límites marginales.**

Son aquellos aspectos, situaciones y actividades que, formando parte del proceso, no se van a abordar y/o formalizar.

- **Límite final.**

La salida del PA puede producirse desde cualquier ámbito de actuación. Se describirán en cada proceso las características específicas (diagnósticas, terapéuticas, etc.) que lo definan, a partir de las cuales no se describen más actividades.

Ejemplo 1. Definición funcional del PA Donación de Sangre.

Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a la obtención de sangre y hemoderivados, de donantes, y su procesamiento, distribución y aplicación, garantizando su trazabilidad, biovigilancia y disponibilidad para atender con la máxima calidad y seguridad a donantes y personas receptoras que lo precisen.

Ejemplo 2. Límites de entrada, marginales y de salida de distintos PA.

Límite de entrada (PA Cáncer de Cuello de Útero):

- Mujeres incluidas en un Programa de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, realizado en AA, mediante citología cérvico-vaginal.
- Mujeres con signos/síntomas clínicos: hemorragia genital, leucorrea sanguinolenta, coitorragia.
- Mujeres que, tras exploración ginecológica realizada en cualquier nivel asistencial, presentan signos de sospecha clínica y/o diagnóstico anatomopatológico (citología, biopsia) de lesiones precursoras/cáncer invasor de cuello uterino.

Límites finales (PA Asma en Pediatría):

- Cuando no se confirme el diagnóstico de asma.
- Finalización de la edad pediátrica (>14 años), entrando en el proceso Asma del Adulto.
- Menor que, habiendo sido diagnosticado previamente, ha permanecido sin síntomas, con función pulmonar normal (asma inactivo), sin tratamiento de fondo al menos dos años.

Límites marginales (PA Cáncer de Mama):

- Cáncer de mama masculino.
- Tumores no epiteliales de la mama (linfoma, sarcoma, melanoma).
- Tumores metastásicos en la mama.

Ejemplo 3. Definición funcional del PA ficticio «Hemorragia Digestiva Alta»

Definición funcional

Conjunto de actividades secuenciales destinadas a establecer el diagnóstico de hemorragia digestiva alta en pacientes con manifestaciones clínicas compatibles, valorando la necesidad de tratamiento según su forma de presentación, seleccionando el más adecuado en cada caso y garantizando la continuidad asistencial hasta su recuperación.

Ejemplo 4. Límites de entrada, marginales y de salida del PA ficticio «Hemorragia Digestiva Alta»

Límite de entrada.

Paciente que accede a la atención en la Institución desde cualquier nivel asistencial con sintomatología clínica compatible con hemorragia digestiva alta.

Límite final.

Curación o bien cuando, tras solucionar el proceso agudo, puede reincorporarse a sus actividades habituales.

Límite marginal.

Hemorragias digestivas altas debidas a neoplasia gástrica. Tras la detección e identificación inmediata del episodio, se procede al diagnóstico de confirmación, investigación etiológica y tratamiento del mismo.

4.2 Expectativas de las personas destinatarias. Objetivos

La persona (paciente, usuario y usuaria) es el elemento nuclear que justifica el desarrollo del PA. El punto de partida para el abordaje del mismo, será conocer sus necesidades y expectativas.

Para ello, hay que considerar la experiencia acumulada en la exploración de expectativas durante estos años en las instituciones de FEPREMI, que nos permite conocerlas a través de diferentes fuentes primarias de información (encuestas de satisfacción (Comisión de satisfacción del Usuario), reclamaciones en Oficina de Atención al Usuario (OAU), procesos asistenciales, espacios de trabajo (Servicios, JUDESA, Consejo Consultivo, Comité de Bioética, etc.).

Esto implica que, los grupos de trabajo partiendo de las expectativas generales revisarán y explorarán la existencia de expectativas específicas del PA que están elaborando y/o actualizando,

expectativas específicas de los pacientes (hombres y mujeres) en relación con aspectos muy concretos del desarrollo del PA, relacionadas con el rol asignado, con un procedimiento nuevo o la modificación de algún aspecto primordial de su desarrollo, etc.

En este sentido, es imprescindible para la implantación del PA en un entorno determinado que las personas que vayan a trabajar en la implantación, consideren la necesidad de realización de técnicas de investigación cualitativas para conocer las expectativas específicas de sus usuarios (pacientes, familiares, etc.).

En cualquier situación los objetivos se definirán para responder a las necesidades y expectativas específicas de los pacientes/familia, y deben ser reflejados como características de calidad de los servicios tangibles que recibe el paciente.

Ejemplo de expectativas específicas en varios PA.

Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio
Expectativas de la gestante y familiar:

- Que pueda elegir la postura del parto.
- Que me faciliten el primer contacto con mi hijo.
- Que el niño pueda estar siempre con la madre.

Proceso Asistencial Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
Expectativas del paciente:

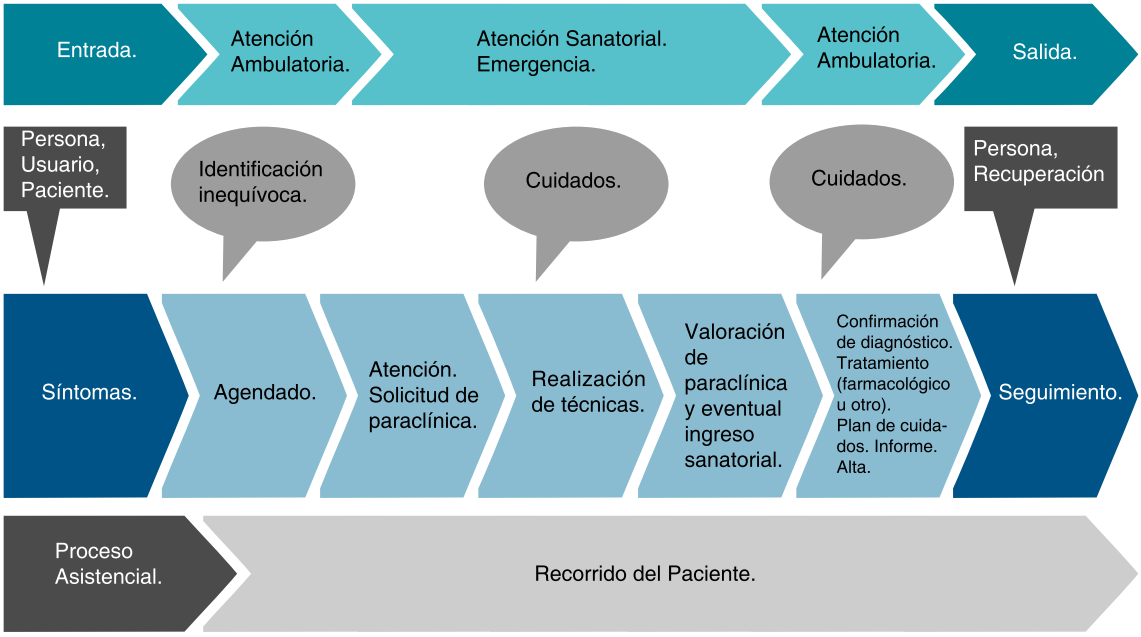
- Conocer el uso correcto de los dispositivos de inhalación que utilizo en el tratamiento de mi enfermedad.
- Conocer también el manejo y aspectos básicos de los equipos de oxigenoterapia y sistemas de nebulización.

Proceso Asistencial Disfonía
Expectativas del paciente:

Que la institución asuma la rehabilitación vocal de los pacientes con disfonía.

4.3 Descripción General del PA. Recorrido del paciente. Hoja de ruta.

La descripción general del PA, se realizará siguiendo el recorrido de la persona a lo largo de todas las fases de su proceso de atención, incorporando las dimensiones de calidad. Esto implica, que se visualice la continuidad asistencial, el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio, los profesionales que las desarrollan, la secuencia lógica de su realización, sus características de calidad, reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente (Anexo 2).



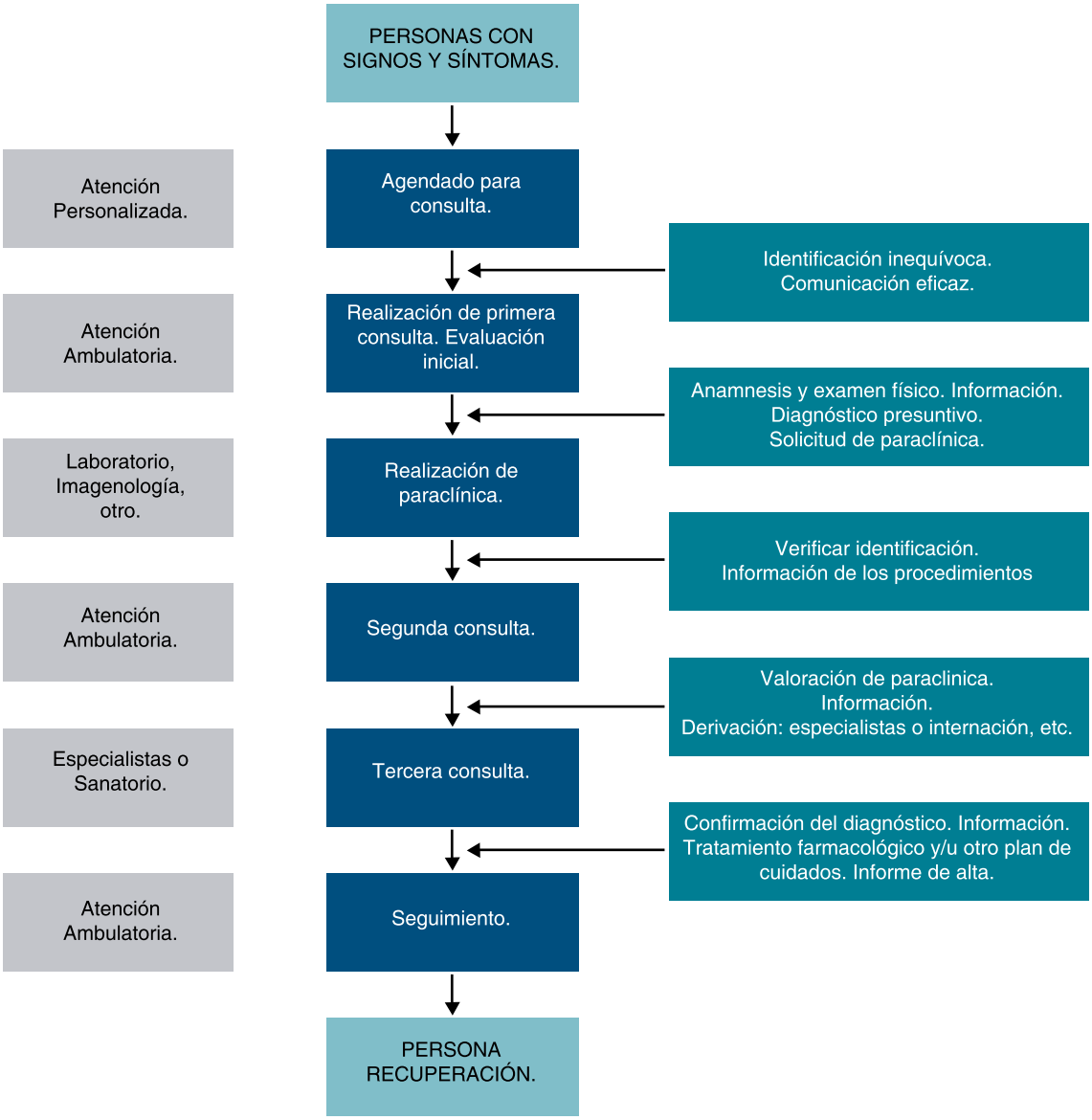
Al representar gráficamente el recorrido del paciente, observamos que:

- Hay elementos transversales en el desarrollo de todo el PA, como es la Información General del PA a la persona.

- Hay elementos que deben estar previamente identificados en relación con la seguridad, son los «puntos críticos de seguridad del paciente».

- Y otros elementos que hay que introducir en determinados momentos del PA relacionados con el diagnóstico, tratamiento y continuidad asistencial, son las características de calidad que deben sustentar todas las actividades (diagnósticas, terapéuticas, de cuidados) que realizan los diferentes profesionales que intervienen en el PA.

Ejemplo: Descripción General de un PA = RECORRIDO DEL PACIENTE = Hoja de Ruta



Al representar gráficamente el PA mediante la utilización del diagrama de flujos, desde el momento inicial y siguiendo el recorrido del paciente, nos permite visualizar **QUIÉN** hace y **DÓNDE** se realiza la acción, **QUÉ** acción se realiza y el **CÓMO**, sus características de calidad.

Es en este momento, cuando debemos establecer qué elementos del desarrollo del PA se consideran imprescindibles y deben estar presentes en la Hoja de Ruta del paciente:

- Las fases más importantes del PA (puntos críticos para la seguridad del paciente, derivación al Sanatorio, realización de un estudio complementario, etc.).

- Los momentos para la información, comunicación al paciente y/o familia.

- Los tiempos aproximados de respuesta.

- Los profesionales que le atienden.

- Otros elementos facilitadores para el momento del alta y la continuidad de la atención, etc..

Antes de cerrar definitivamente los contenidos que debe llevar la Hoja de Ruta del paciente, se revisarán los indicadores propuestos en el PA, las características de los Servicios, con el objeto de valorar la inclusión o modificación de algún otro elemento que se considere de interés para ser reflejado en la misma.

4.4 Componentes: profesionales - actividades - características de calidad.

4.4.1 Profesionales que intervienen:

- Para cada PA, en función de sus características y actividades concretas a realizar, se contará con los profesionales médicos y no médicos necesarios para su desarrollo.

- Los profesionales, la actividad que realizan y sus características de calidad estarán definidas y situadas cronológicamente en el diagrama del PA.

- En función de las características específicas de un PA, se valorará la participación de personas ajenas a la institución, buscando el valor añadido que puedan aportar en el desarrollo del mismo.

4.4.2 Actividades del PA. Características de calidad.

Al describir las actividades del PA, se considerarán y se incorporarán de forma integrada todos los elementos y dimensiones de la calidad, que se han ido desarrollando desde el Ministerio de Salud (MS) o desde FEPREMI, la seguridad del paciente, la información, los cuidados de enfermería, la efectividad clínica, las actividades no clínicas, la continuidad asistencial, etc..

En cada PA, se describirán las actividades concretas que deben realizarse, así como sus características de calidad. El procedimiento a seguir se realizará definiendo el **QUIÉN-QUÉ-CUÁNDO-DÓNDE-CÓMO**, describiendo de manera secuencial y temporal cada una de las acciones que realizan los profesionales que intervienen en el PA.

Todas las actuaciones deben estar justificadas sobre la base de la evidencia científica disponible y en función de su efectividad y eficiencia demostradas, siguiendo la metodología descrita en el punto 2.3.2 de esta Guía.

La descripción de actividades, dará respuesta a las necesidades detectadas e integrarán la perspectiva de género, deberán ir referenciadas a los distintos apartados de la representación gráfica del PA, para así poder identificar fácilmente la actuación que debe realizar cada profesional en un momento concreto del desarrollo del PA.

Ejemplo: Componentes: profesionales, actividades y características de calidad (PA Ficticio «Hemorragia Digestiva Alta»).

Gastroenterólogo/Licenciada de enfermería/Auxiliar de enfermería	
Actividades	**Características de calidad**
Internación en sala de cuidados moderadas del sanatorio.	**1.** ▲ Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el ingreso del paciente (transferencia del paciente) desde el Ambulatorio y/o Emergencia a la Sala. **2. Cuidados de enfermería realizados por Licenciada de Enfermería (LEU) y por Auxiliar de Enfermería (AE).** • Recepción: - Asignación de AE referente. - Plan de ingreso: ⓘ Información al paciente y familiar explicando el funcionamiento del Sanatorio (material impreso sobre internación) y aclarar posibles dudas. Reflejarlo en la Hoja de Ruta del paciente. ⓘ Comunicación del nombre de la LEU y AE referentes. ▲ Se aplicarán medidas de seguridad para la identificación inequívoca del paciente. • Verificación del brazalete identificatorio, de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y usuario de Camedur. • Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o hemoderivados se dispone de las formas de identificación. • Comprobación de los datos y preparación de la Historia Clínica. ▲ Se aplicarán medidas de seguridad tras la Valoración de Riesgos del paciente. • Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas. • Valoración de síntomas y signos de sangrado digestivo. • Valoración inicial de enfermería del paciente. - Registro en la Historia Clínica de la valoración inicial.

- Definición del Plan de Cuidados individualizado del paciente:
  - Ejecución del Plan de Cuidados.
  - Registro de la evolución en la historia Clínica.
  - Aplicación del plan de tratamiento.
  - Se deberá tener precaución al momento de administrar medicamentos, especialmente en aquellos de aspecto o nombre parecido.
  - Aplicación de intervenciones definidas en el Plan de Cuidados individualizado.
  - ¨Evitar errores en la conexión de catéteres tubos¨

3. Atención en Sala de Internación por el Médico Responsable.

- Presentación
  - Identificación personal.

  Comunicación del nombre del Médico Responsable.

  Información de los procedimientos a realizar.

- Revisión de la Historia Clínica **(HC)** completa:
  - Se verificará la información para evitar errores, especialmente en los procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de identificación.

En todos los casos se escribirá con letra legible o en HCE. Se fechará y firmará cada uno de los documentos.

- Visita médica diaria en el horario establecido:
  - Se realizará anamnesis y examen físico.
  - Higiene de manos según recomendación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias (CIIH).
  - Valoración en conjunto con AE referente de la situación del paciente.

- Completar los estudios (urgencia-control) si fuese necesario.

Pedido de:
- Hemograma.
- Tipificación para transfusión sanguínea.
- Bioquímica en sangre y orina.
- Radiología (Rx) de tórax (si las condiciones clínicas o técnicas lo condicionan).

- En función de la sospecha diagnóstica se completará el estudio con:
  - Pruebas específicas (coagulación, serología, etc.)
- Evaluación de indicación y secuencia de otros estudios diagnósticos:

- Solicitud de endoscopía digestiva, utilizando el formulario correspondiente, previo consentimiento informado escrito.

• Tratamiento:

- Según indicaciones:

Si se suspende vía oral (v/o), tratamiento, según valoración clínica, con Suero Fisiológico (SF) añadiendo Cloruro de Potasio (KCl) según necesidades de aporte.

▲ Control de sueros hiperosmolares según normas establecidas por Comité de Seguridad del Paciente (COSEPA).

▲ Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, omeprazol 40 mg. Intravenosos (i/v) cada 24 horas.

▲ Tratamiento con hemoderivados. Ante la necesidad de transfusión sanguínea, se informará al paciente de los riesgos y beneficios, se registrará en la HC y se solicitará su autorización mediante la firma del formulario de consentimiento informado.

- Prevención y detección de complicaciones y tratamiento de las mismas.

ⓘ • Información al paciente y familia:

- Se informará sobre la estrategia diagnóstico-terapéutica y sobre las posibles alternativas y se registrará en la HC.
- En forma diaria, se informará sobre la situación clínica.
- La información será clara y comprensible.

4. Planificación del alta hospitalaria.

• El médico responsable, la LEU y la enfermera referente planificarán el alta del paciente:

- Se elaborará un Resumen de alta y un alta de enfermería que garanticen la continuidad asistencial con información completa de los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente. Así como recomendaciones de pautas de autocuidado para el paciente y, en su caso familia, en el domicilio.
- Fomento de la autonomía personal.
- Se realizarán las primeras recetas.
- Se le entregará al usuario el cuestionario de satisfacción al momento del Alta Sanatorial.
- Se realizará el agendado para primer control con Médico de Referencia (MR) y/o con el Especialista correspondiente.
- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del Plan terapéutico a seguir en forma ambulatoria.

- Si es necesario se realizará el contacto telefónico con la LEU de Asistencia Domiciliaria, de Policlínicas o AE de poblaciones de interior para la planificación conjunta del Alta.

- En el momento del alta del paciente se le entregará el resumen de Alta, dejando constancia en la HC e incluyendo copia en la misma para información y facilitar la continuidad asistencial.

▲ Triángulo que identifica puntos en los que se debe considerar temas relacionados con la seguridad del paciente, según política definida por COSEPA.

✚ Proyecto “Higiene de manos” para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, según definiciones del CIIH.

ⓘ Momentos del desarrollo del PA que se debe informar al paciente.

4.5 Descripción de competencias específicas.

En el área de la salud, y a los efectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional, médico y no médico, de salud para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas Prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le presentan.

La gestión por competencias es un planteo de modelo a adoptar para aquellos aspectos relacionados con el desarrollo profesional. Se trata de definir aquellas actuaciones de los profesionales a garantizar en el marco de una atención de calidad y de resultados en salud.

Las **Competencias profesionales** son un conjunto de comportamientos observables y medibles y, por tanto, susceptibles de mejora, que están relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización determinados. Se trata de un enfoque que se centra en lo que el profesional hace (conocimientos, habilidades y actitudes).

En los PA, no se incorporarán las competencias comunes relacionadas con el perfil general de los profesionales, se contemplarán únicamente la definición de competencias relacionadas con los factores críticos de éxito del PA.

Las **competencias específicas** son capacidades técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su PA.

La descripción de competencias específicas en la actualización de los PA, se orientarán por tanto a los resultados esperados del PA; pueden estar referidas a actividades científico-técnicas, a intervenciones preventivas o de promoción de salud y deben garantizarse por los profesionales que intervienen en el desarrollo del mismo.

Hablamos por tanto de competencias específicas claves identificadas en los PA.

Ejemplo: Mapa de competencias específicas profesionales del PA ficticio «Hemorragia Digestiva Alta».

Mapa de competencias			
Profesional	**Conocimientos**	**Habilidades**	**Actitudes**
AE de sala de internación.	Manejo de líquidos/ electrolitos. Manejo del shock/ volúmen. Conocimiento de técnicas de control de la ansiedad.	Dominio de la técnica de perfusión de líquidos y derivados. Habilidades de comunicación en situaciones estresantes.	Orientación al usuario. Orientación a resultados.
AE de Servicio de endoscopía digestiva.	Técnicas a aplicar en consultorio de endoscopía digestiva.	Preparación y administración de medicamentos anestésicos por vía i/v	Generar valor añadido a su trabajo.
Anestesista en Servicio de endoscopía digestiva.	Altas .	Anestésicas.	
Gastroenterólogo endoscopista.	Altas .	Endoscópicas.	

Ejemplo: Mapa de competencias específicas profesionales. PA Cáncer de Cuello de Útero.

Mapa de competencias			
Profesional	**Conocimientos**	**Habilidades**	**Actitudes**
Obstetra-partera	Tracto genital femenino. Técnica de toma de muestra para citología.	Manejo de la técnica de toma de muestras citológicas cervico-vaginales.	

4.6 Recursos y unidades de soporte.

Recursos materiales específicos.

Como elementos de entrada al PA, están determinados por las necesidades para la consecución de los objetivos. Deberán definirse los recursos principales, sus características y requisitos de calidad. Se trata de la distribución de recursos en función de la actividad a desarrollar.
Se dará relevancia a aquellos que aporten valor específico en cada PA, así como a sus especificaciones técnicas, evitando incluir recursos materiales habituales (papelería, fungibles, etc.).

Ejemplo para la actividad del PA ficticio «Hemorragia Digestiva Alta».

Recursos	Características de calidad / requisitos
Sala de Endoscopía digestiva. Dotación adaptada al Servicio.	Según los requisitos para la habilitación.
Endoscopio Digestivo. Según las características del servicio a prestar.	Normas de calidad que cumple el equipo.

Unidades de soporte.

Son aquellas unidades responsables de los procesos de soporte. Ofrecen al PA las entradas o recursos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos.
Los procesos de soporte se comportan como proveedores del PA, su objetivo es dotar de recursos, apoyo logístico o administrativo y aparecerán como tal en la representación gráfica global del PA.

En la descripción del PA, las actividades relacionadas con procedimientos diagnósticos (laboratorio clínico, imagenología, etc.), deberán recoger características de calidad definidas en dicho proceso de soporte. Ej.: tiempos de respuesta para la realización de informes, para completar un estudio, etc..
Las entradas que suministran las unidades de soporte o apoyo se especificarán en el PA junto a la unidad proveedora que la ofrece y sus características de calidad.

Ejemplo: para la actividad del PA ficticio «Hemorragia Digestiva Alta».

Unidades de soporte	Características de calidad
Radiología. Definir entrada.	Según las descriptas en el proceso de soporte, estableciendo indicadores relacionados a tiempos de respuesta para la emisión de resultados.
Hematología (Banco de sangre). Definir entrada.	Ídem.
Laboratorio. Definir entrada.	Ídem.

4.7 Representación gráfica del PA.

La representación gráfica del PA nos permite:

- Visualizar globalmente y paso a paso los detalles del mismo, los diferentes entornos de actuación asistencial (Atención Ambulatoria, Atención Sanatorial, Urgencias o Emergencias), las personas implicadas (los usuario o pacientes, los profesionales, etc.), las entradas, el conjunto de actividades y tareas, sus salidas y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.

- Identificar funciones, responsabilidades y competencias de los participantes.

- Vincular las vías críticas con las organizativas, es decir, el Qué y el Cómo, en relación con las tareas a realizar.

- Identificar puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente.

- Identificar momentos imprescindibles para el proceso de información, comunicación al paciente.

- Identificar puntos donde se puede medir la efectividad, la eficiencia y los resultados esperados.

El diseño de los PA, altamente complejos y que implican varios Servicios (o Unidades de Gestión Clínica (UGC)) dentro de la institución, obliga a abordar la representación gráfica del mismo paso a paso y desde diferentes ópticas que, partiendo desde la visión más general, describa el PA en toda su integridad. Para visualizar el PA en su conjunto realizaremos la **Representación Global del PA**, incluyendo los procesos estratégicos y de soporte que sustentan y apoyan el desarrollo del mismo. A continuación, realizaremos una **Representación Específica del PA**, a los efectos

de observar los diferentes elementos en todas sus fases, hasta el mínimo nivel de detalle al que se necesite llegar, visualizando procedimientos, tareas, etc..

La representación gráfica del PA vendrá determinada por el tipo de PA concreto del que se trate, la dinámica y experiencia del equipo de profesionales que lo acomete y las características específicas del entorno donde se realice.

Para la representación gráfica del PA, se ha establecido:

1. Representación Global del Proceso Asistencial.

Se trata de representar gráficamente un PA concreto buscando potenciar la estrategia del abordaje de la GCPA de la institución.

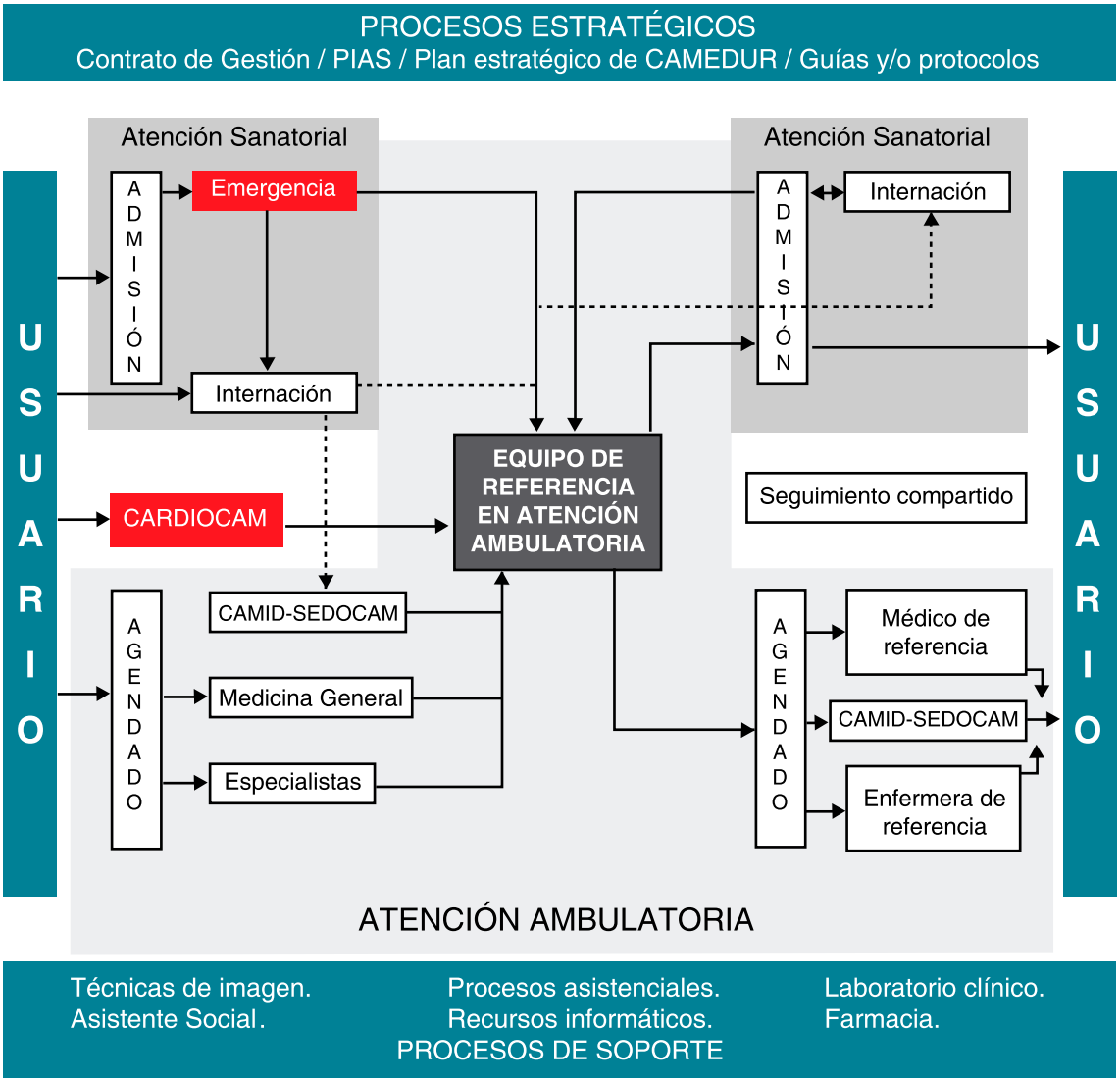
Al tratarse de Procesos Asistenciales, la representación gráfica, supone plasmar una visión global de las diferentes actividades que desarrolla el mismo en los distintos escenarios donde se propone su realización. Con ello se consigue visualizar la amplitud real del PA, la entrada de la persona (paciente, usuario), los proveedores que intervienen en los diferentes entornos (AA-AS-EMERGENCIA-INTERNACIÓN DOMICILIARIA, etc.), las salidas del PA y la continuidad asistencial del paciente, los procesos estratégicos y de soporte.

Esquema para la representación global del PA:

- Procesos **ESTRATÉGICOS**. Están orientados a las actividades estratégicas de la institución, para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus usuarios, y dar respuesta a sus necesidades y expectativas. En ellos se establecen de forma explícita los principios, valores y estrategias de la institución, se representan en la parte superior, de forma longitudinal.

- Procesos **OPERATIVOS**. En la parte central, se representan las diferentes actividades y escenarios en el desarrollo del PA al paciente.

- En la parte inferior se hallan las Unidades de **SOPORTE**, imprescindibles para el desarrollo del PA, al cual apoyan Laboratorio, Farmacia, Atención al Usuario, Imagenología, Registros Médicos, etc.. En ocasiones se describirán Procesos de SOPORTE detrás, por sus condiciones específicas o estratégicas como Imagenología, Laboratorio clínico, etc..



- CARDIOCAM es el Servicio de Emergencia Móvil de CAMEDUR.

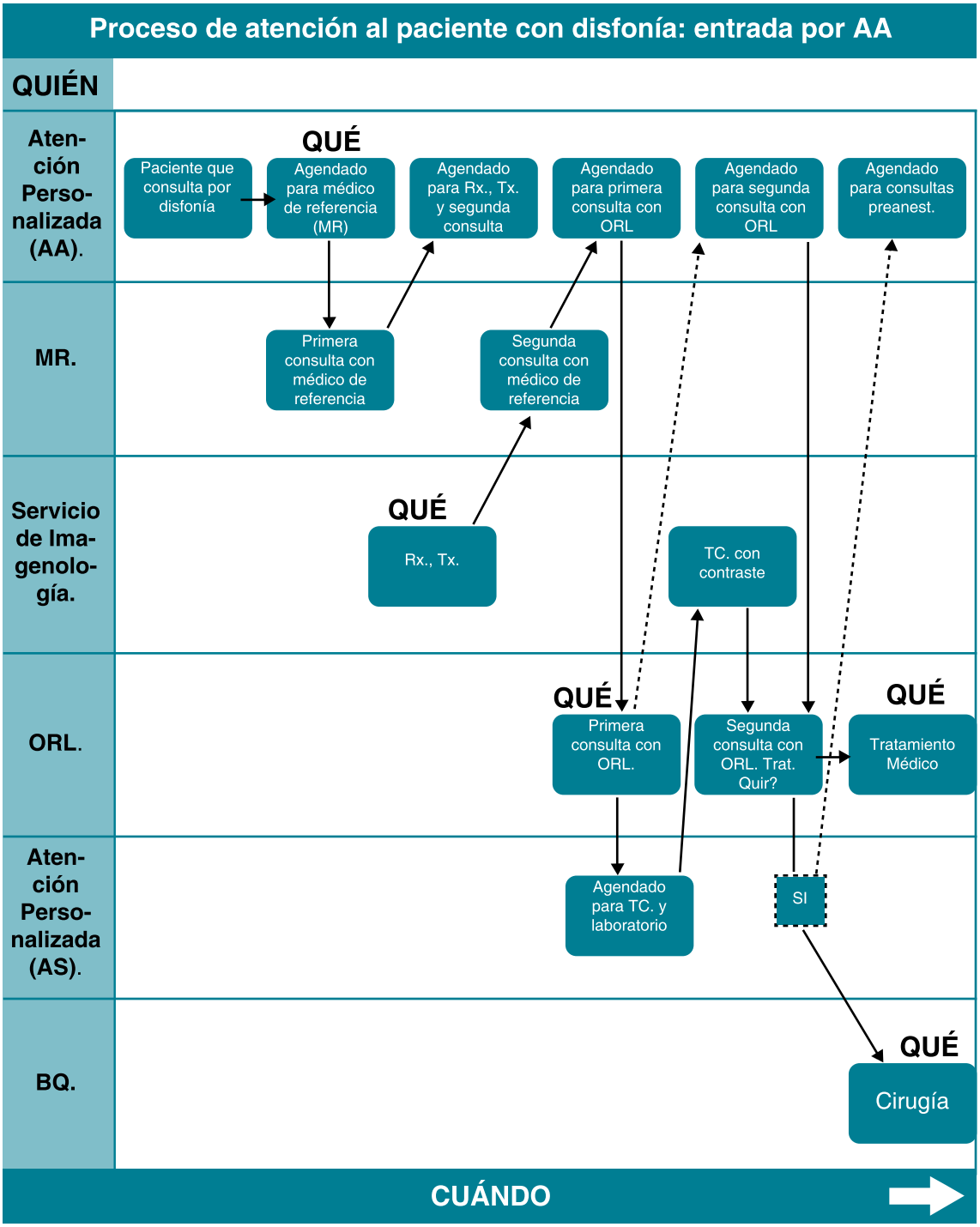
- CAMID-SEDOCAM son los servicios de Internación Domiciliaria y de Seguimiento Domiciliario de CAMEDUR.

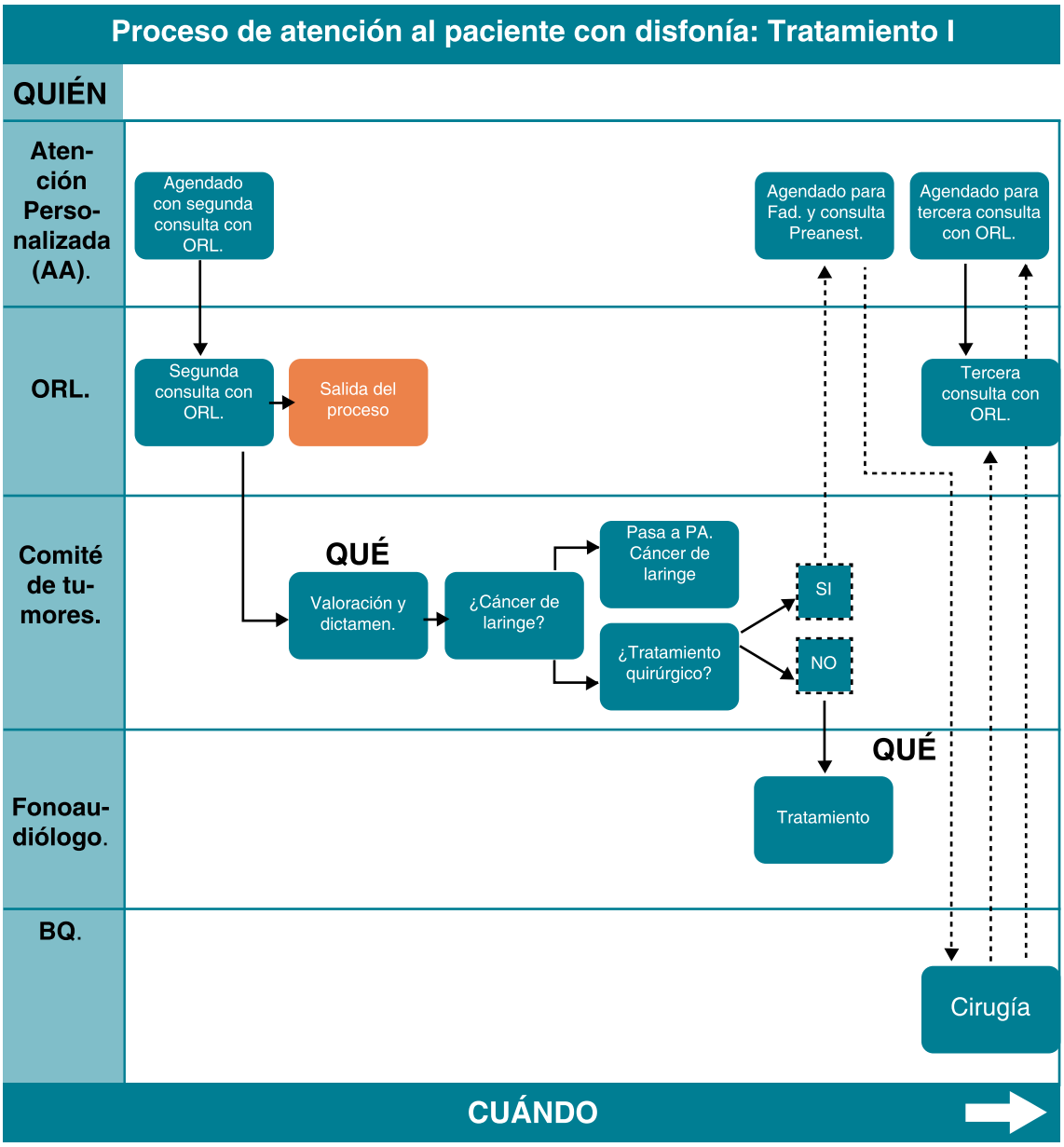
2. Representación Específica del PA.

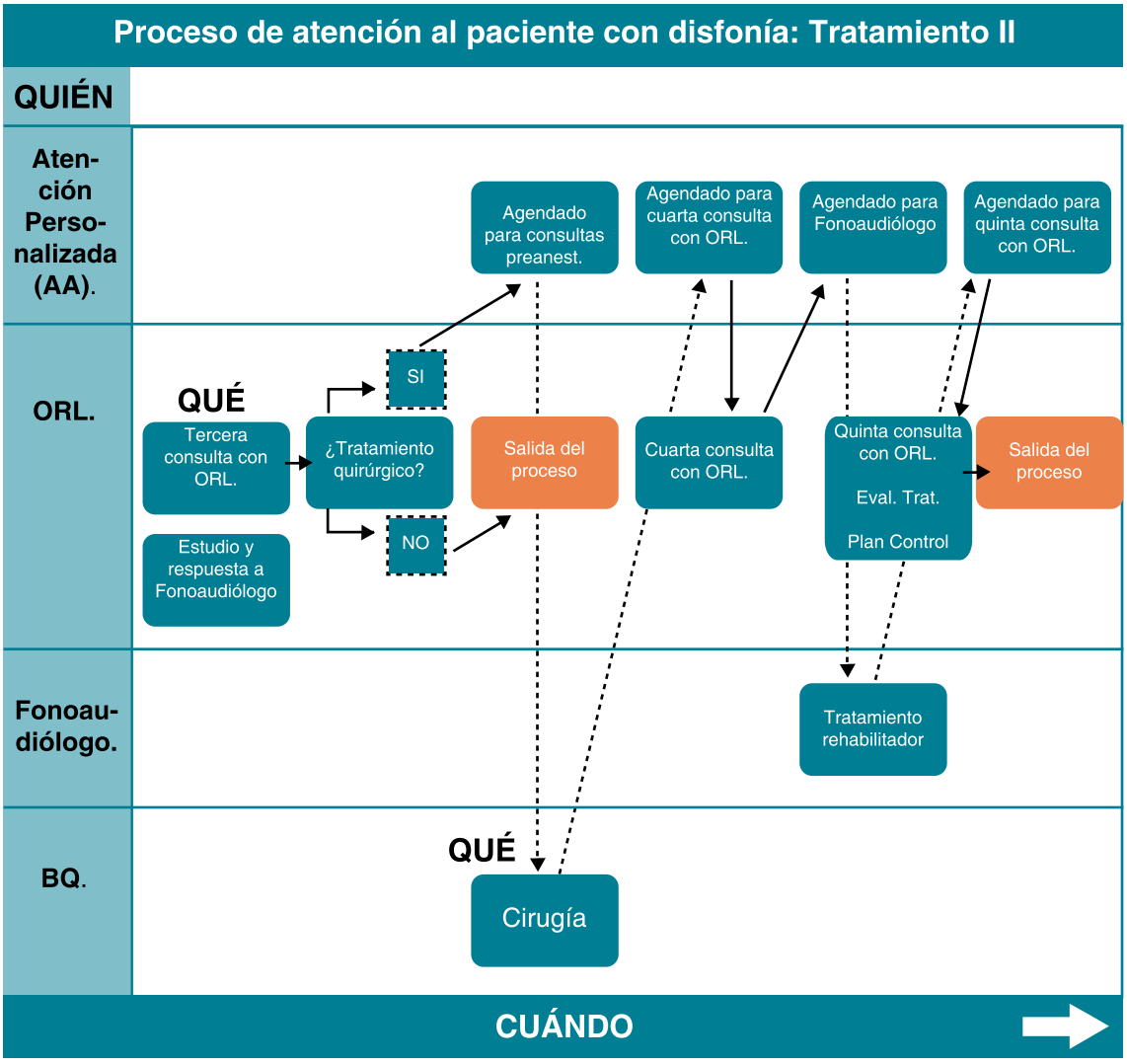
Es el modelo de representación gráfica, mediante diagrama de flujos, donde se desglosan las actividades del PA «**el QUÉ**», la persona que las realiza «**QUIÉN**», **el** «**CÓMO**» y **el** «**CUÁNDO**».

Lo importante de la representación mediante la utilización de flujogramas, es que con independencia de la utilización de uno u otro modelo (en función de lo que mejor se adapte al PA determinado), queden claramente reflejados los fines del mismo.

A continuación se muestran diferentes modelos de flujogramas:



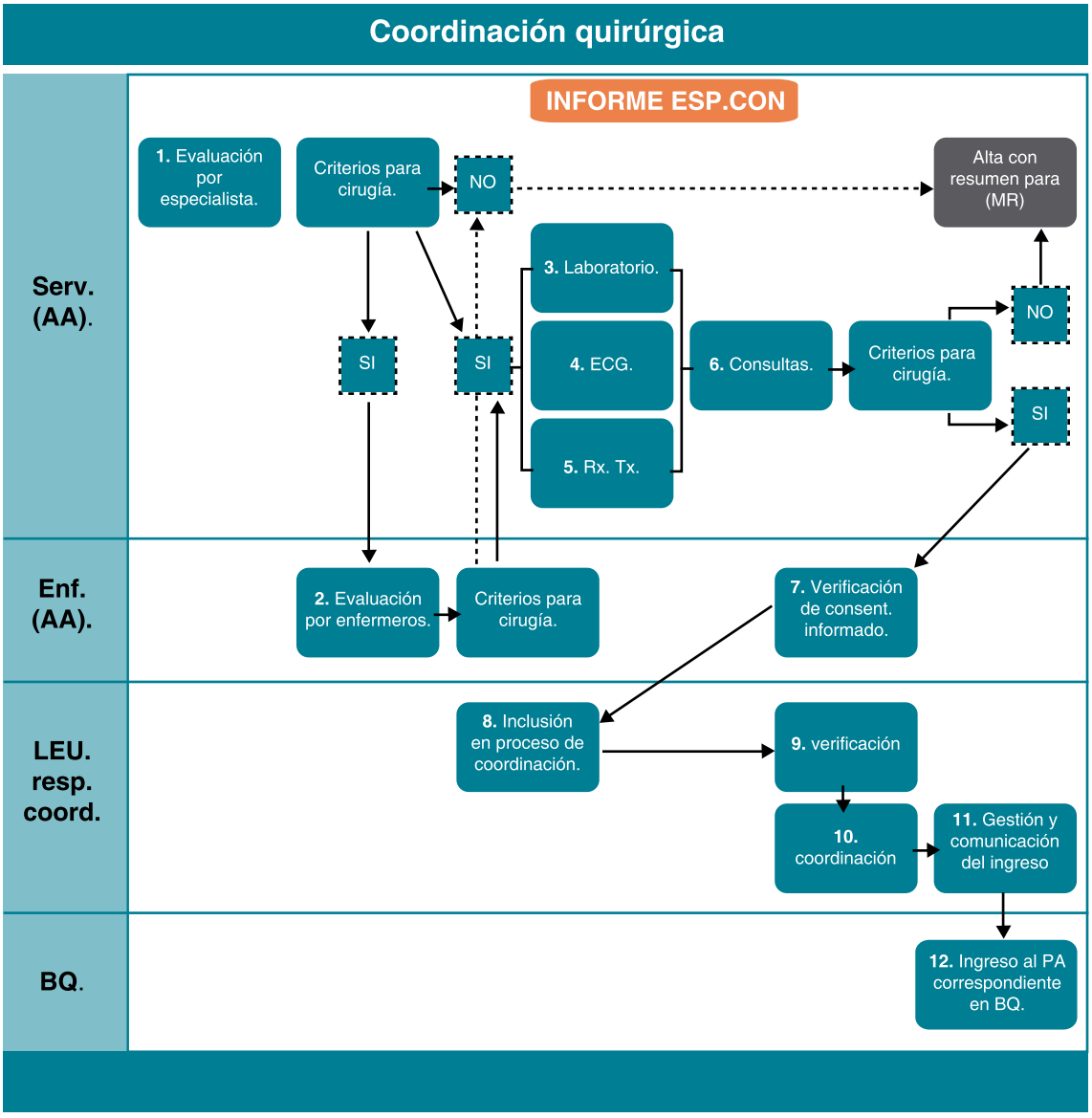

Proceso de atención al paciente con disfonía: Tratamiento I
QUIÉN
Aten-ción Perso-nalizada (AA).
ORL.
Comité de tu-mores.
Fonoau-diólogo.
BQ.
Agendado con segunda consulta con ORL.
Agendado para Fad. y consulta Preanest.
Agendado para tercera consulta con ORL.
Segunda consulta con ORL.
Salida del proceso
Tercera consulta con ORL.
QUÉ
Valoración y dictamen.
¿Cáncer de laringe?
Pasa a PA. Cáncer de laringe
¿Tratamiento quirúrgico?
SI
NO
QUÉ
Tratamiento
Cirugía
CUÁNDO



Cada una de las cuadrículas de este diagrama puede contener a su vez, otro esquema de flujograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se quiera o se necesite llegar.

Se trata de exponer vías organizativas en un Servicio o Unidad de Gestión Clínica (UGC) y, por tanto, de una representación adecuada al Servicio del PA.

Ejemplo:



Este esquema propuesto de mapeado de PA representa un modelo teórico de apoyo que tendrá que ser adaptado a las necesidades de cada PA y al medio en el que se implanta.
A medida que nos acercamos a la entrega de servicios, el nivel de desarrollo deberá tender a la concreción y al detalle.

4.8 Indicadores.

La evaluación es el último paso necesario en la fase de descripción de los Procesos Asistenciales y consiste en la elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y control del proceso, permitiendo la comparación entre situaciones previamente definidas como deseables y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para evitarlas.

Recomendaciones.

1. Proponer indicadores factibles, medibles, válidos y consensuados.

2. Introducir indicadores básicos con sistemas de información comunes.

3. Introducir indicadores válidos, argumentando las razones, aunque no haya fuente de información claramente identificada.

4. Introducir indicadores de resultados en cuidados.

5. Introducir indicadores que tengan coherencia con las estrategias impulsadas por FEPREMI/ Sistema Nacional Integrado de Salud/Estrategias internacionales que permitan la comparabilidad.

6. Equilibrar los indicadores de procesos, de estructura y de resultados según cada PA.

7. Establecer un número limitado de indicadores válidos. La variabilidad en la elaboración de los indicadores es un hecho. A esto se suma la confusión terminológica que se ha podido introducir al formular indicadores de PA, indicadores de implantación, características de calidad del PA, normas de calidad, por lo que es necesario en este momento aclarar los términos a utilizar para medir los resultados del PA.

El objetivo de este capítulo es proponer recomendaciones para la elaboración de indicadores, a partir de las características de calidad definidas en el PA y enfocados a dimensiones concretas de la calidad de la atención sanitaria: efectividad de la práctica clínica, accesibilidad, satisfacción de los pacientes, seguridad del paciente, continuidad de cuidados, resultados en salud, recursos, competencias adquiridas, etc.

8. Introducir indicadores de género que permitan conocer la situación de partida o los cambios que se puedan producir a lo largo del tiempo.

9. Introducir indicadores «no clínicos» (hábitos de vida saludables, desigualdades etc.) con evidencia disponible.

10. Deben cumplir una serie de requisitos básicos, entre los que cabe destacar:

- **Relevancia:** Que valoren aspectos de la asistencia considerados fundamentales. Deben identificar características de calidad que generan valor añadido en el PA y que necesariamente se deberían medir. Estas características de calidad deben servir para definir el criterio que mide el indicador (Ej: retinografía en el PA Diabetes, alfa-bloqueantes en la Hipertrofia Benigna de próstata (HBP), o complejidad como criterio de intervención de equipo de soporte en Cuidados Paliativos).

- **Basados en evidencias científicas actualizadas** en relación con el problema evaluado. Es importante reseñar, en relación con este requisito, que las evidencias disponibles son limitadas y que, para algunas intervenciones o situaciones clínicas, puede que no sea posible obtenerlas.

- **Flexibilidad:** Para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información, según

el nivel de usuario de la información.

- **Fiabilidad o grado de reproductibilidad de los resultados** cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes. La existencia de un sustrato informático o documental, que haga al sistema auditable, refuerza la fiabilidad.

- **Integración con los sistemas de información existentes.** Sistema de Identificación de Personas (ej. El que está en desarrollo desde Salud.uy, Sistema de Información de Listas de Espera, registros de cáncer, bases demográficas, etc.).

- **Comparable:** Posibilidad de establecer comparaciones entre centros que permitan el "benchmarking".

11. La elaboración del indicador requiere la definición precisa de todos sus términos y su expresión mediante una matriz:

- **Denominación del indicador**. Nombre que recibirá el indicador. Debe describir de forma resumida la actividad asistencial o suceso que valora.

- **Definición de términos**. Explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo. Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.

- **Tipo de indicador**. Asignación del indicador según sea de estructura, de proceso o de resultado, basado en sucesos centinelas o en índices.

- **Dimensión**. Se incluye aquella dimensión de calidad que evalúa el indicador. Ej.: accesibilidad, seguridad, Uso Racional de Medicamentos (URM), efectividad, eficiencia, eficacia, satisfacción, calidad de vida, etc..

- **Fundamento o justificación**. Explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.

- **Descripción de la población del indicador**. Descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.

- **Datos a recoger y fuentes**. Traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos e identificación de las fuentes de obtención.

- **Referencia a estándares disponibles**, que permitan establecer valores de referencia del indicador.

- **Periodicidad**. Definir el grado de agrupación temporal recomendada (anual, semestral, trimestral, etc.).

Matriz del indicador.

Denominación del indicador.	
Denominación de términos.	• Definición • Cálculo $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}}$
Tipo de indicador	Estructura. Proceso. Resultado.
Dimensión.	Accesibilidad. Seguridad. URM. Efectividad. Eficiencia. Eficacia. Satisfacción. Calidad de vida. Etc..
Fundamento/Justificación.	Explicación de la relevancia y oportunidad de medición del indicador.
Población del indicador.	Criterios de inclusión en el numerador y el denominador.
Datos a recoger y fuentes.	**Datos:** datos que se recogen del criterio que se mide (Ej. Demora mayor de 30 días, tratamiento con IECA, etc.). **Fuentes:** fuentes de datos del paciente (para el numerador) y fuentes de datos de información medibles (para el denominador).
Estándares disponibles.	
Periodicidad.	
Prioridad.	

12. Se recomienda utilizar un método para establecer el grado de prioridad a una lista de indicadores elaborados, teniendo en cuenta «importancia-relevancia» y factibilidad (según fuentes de información disponibles).

13. Considerar tres grupos de indicadores:

- Indicadores que deben incluirse: en función de la existencia de una evidencia de investigación sólida y de su influencia en el resultado; son criterios con prioridad mayor.

- Indicadores que pueden incluirse: con alguna evidencia de investigación que justifica su inclusión o que, a juicio de los expertos, es razonable incluirlos cuando no hay evidencia disponible.

- Indicadores que no deben incluirse: aquellos que no parecen medidas importantes del

proceso o aquellos sobre los que no se puede actuar.

14. Facilitar al grupo de elaboración del PA aclaración sobre los sistemas de información disponibles, los datos que se recogen en cada uno y su validez, así como las fuentes de información desagregada por sexos.

15. Agrupar los indicadores según la priorización establecida en:

- Indicadores de estructura.
- Indicadores de procesos.
- Indicadores de resultado.

16. Realizar una breve introducción que justifique la elección de los indicadores.

Ejemplo: indicador del PA ficticio "Hemorragia Digestiva Alta".

Neumoperitoneo por perforación tras la realización de endoscopía digestiva.	
Denominación de términos.	**Definición:** Casos de neumoperitoneo por perforación tras la realización de endoscopía digestiva con diagnóstico de hemorragia digestiva alta. **Cálculo:** Nº de casos de neumoperitoneo iatrogénico en pacientes con hemorragia digestiva alta tras endoscopía digestiva. / Nº de endoscopias en pacientes con Hemorragia digestiva alta.
Tipo de indicador.	Seguridad.
Fundamento/Justificación.	Este indicador pretende identificar los casos de neumoperitoneo iatrogénico causados por la asistencia médica a la hemorragia digestiva alta.
Población del indicador.	Pacientes a los que se les ha realizado una endoscopía digestiva por Hemorragia digestiva alta.
Datos a recoger y fuentes.	**Datos:** Altas con el código CIE MC **Fuente:** base de datos (Magic)
Periodicidad.	Anual.
Prioridad.	

4.9 Anexos.

Se incluirán:

- **Hoja de ruta del paciente**, del PA determinado.
- **Puntos críticos** para la seguridad del paciente.
  - Recomendaciones y buenas prácticas (Estrategia para la seguridad del paciente de la DECASEPA del MS llevadas adelante por el COSEPA de CAMEDUR).
- Enlaces link (si corresponde).
- Cuidados estandarizados.
- Técnicas específicas de interés.
- Ampliación de conocimientos específicos.

4.10 Glosario de términos.

Se definirán las siglas empleadas en el documento del PA. Es aconsejable seguir las siguientes recomendaciones:

- Definir cada sigla la primera vez que se cite en el documento.
- Sin puntos y sin plural (ej. AINE).
- No citar siglas no definidas. Por ejemplo, están aceptadas: OMS, SIDA, VIH, WHO.
- Algunas de uso frecuente son:
  - Oficina de Atención al Usuario (OAU).
  - Atención Ambulatoria (AA).
  - Atención Sanatorial (AS).
  - Atención de Emergencia (AE).

4.11 Bibliografía.

En la bibliografía utilizada para la descripción del PA, se recomienda seguir las normas de Vancouver.

4.12 Diseño/formatos de presentación de los PA.

La presentación de los PA se realizará en diferentes formatos: Web, papel, guía de bolsillo, resumen; aprovechando el desarrollo de las TIC y demás elementos para simplificar el acceso y utilización de los mismos.

5

METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL GRUPO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL GRUPO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PA

El punto de partida para la elaboración de un Proceso Asistencial (PA) se realizará teniendo en cuenta la definición de trabajo en Gestión Clínica establecida por el Órgano de Dirección de FEPREMI en conjunto con la institución, los desarrollos ya existentes en el Servicio, la o las personas que dirigen los Procesos, los proyectos y líneas de acción definidas para un Plan de mejora de los Procesos Asistenciales.

La elaboración de los Procesos Asistenciales de un Servicio estará a cargo de los profesionales de la salud y otros trabajadores del mismo, que estarán implicados en su implantación y por otros profesionales con formación y experiencia específica en el tema a desarrollar. Asimismo, contará con el apoyo explícito del Equipo de Gestión Clínica (EGC) y de sus asesores, de manera de garantizar la calidad de los productos finales.

- **Definiciones para el trabajo del grupo:**

1. La composición del grupo de trabajo.

Cada PA contará con dos personas que asumirán la Coordinación y el Apoyo Metodológico, los que elaborarán propuestas sobre el resto de los componentes del grupo de trabajo. Para la constitución del Equipo de trabajo se deben tener en cuenta aquellas personas que van a participar activamente en la implantación y desarrollo posterior del PA en el Servicio.

Previo a la constitución final del grupo de trabajo, el Coordinador y el Apoyo deberán:

- Revisar documentos existentes tanto del Servicio como de otras fuentes útiles para la construcción del PA.
- Identificar áreas de mejora en el servicio que permitan establecer prioridades.
- Elaborar una Propuesta para el abordaje del trabajo propuesto por el EGC.

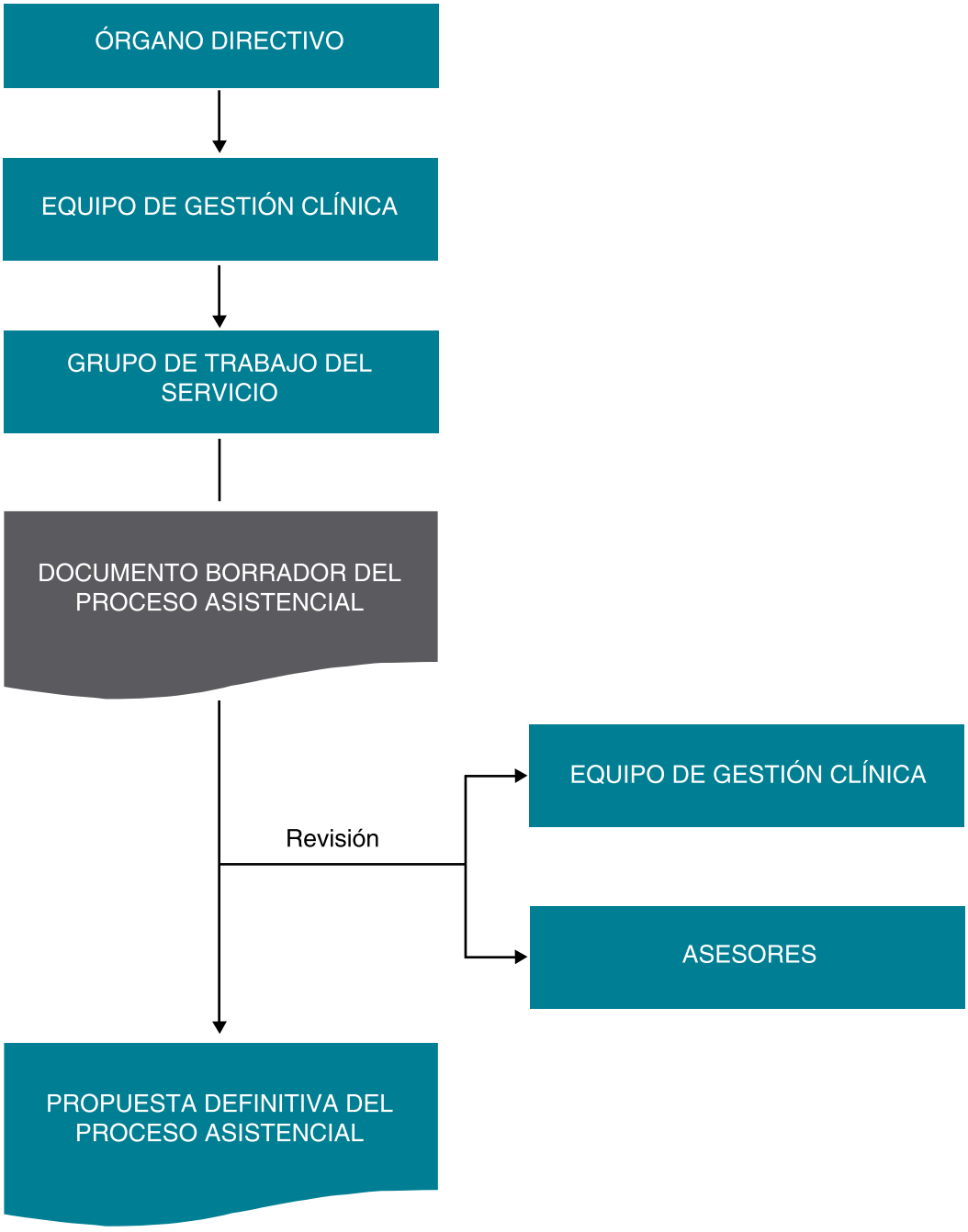
2. La metodología de trabajo del grupo.

- **El QUÉ hay que hacer:**
  - Definición de los OBJETIVOS DE TRABAJO del GRUPO.
- **El CÓMO lo vamos a hacer:**
  - Analizando la situación actual de los PA a abordar.
  - Revisando las fuentes de información existentes (pautas, protocolos, guías clínicas, descripción de procedimientos, encuestas, flujogramas, manuales, etc.).
  - Planificando las siguientes reuniones.

• Definiendo un cronograma para el desarrollo del trabajo, los productos esperados por sesión de trabajo y el producto final.

• Evaluando los trabajos que se van realizando y aplicando las mejoras que se van identificando.

3. Estructura organizativa, revisión y productos finales.



4. Funciones de los integrantes del Grupo de Trabajo.

- **Coordinador del PA.**

Persona cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del PA. Responsable junto al Apoyo, de la redacción, actualización y mejora continua del mismo. Debe conocer profundamente el PA que va a coordinar y conocer la metodología y aspectos de gestión.

- **Apoyo metodológico.**

Persona cuya actividad en el PA es la de asesor técnico, garante del desarrollo de la metodología de trabajo del grupo, de productos finales y compromisos adquiridos con el CODICA y EGC.

- **Resto de los componentes.**

Profesionales y/u otros trabajadores del Servicio motivados por la estrategia de trabajo en la Gestión Clínica y el desarrollo de PA con experiencia en el tema a desarrollar.

- **Apoyos explícitos de otros Servicios y/o profesionales.**

Aquellos actores que pueden aportar al desarrollo del PA: EGC, asesores del EGC, otros asesores, etc., cuya función será la complementariedad, el asesoramiento y apoyo continuo al Grupo de Trabajo.

6

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN Y MEJORA DE UN PA.

6. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN Y MEJORA DE UN PA

La fase de implantación de un PA es la más importante y compleja, y por ello es esencial que la estrategia para llevarlo a cabo se adecue a cada institución, a su entorno y a la magnitud del cambio que se pretende.

En el momento actual, FEPREMI ha asumido el trabajo en Gestión Clínica y el desarrollo de los PA considerando el cambio como factor prioritario en su actual Plan Estratégico. Así pues, partiendo de la experiencia acumulada y del conocimiento compartido entre los diferentes Servicios y Sectores y fundamentalmente de los profesionales médicos y no médicos, se trata ahora de establecer las premisas básicas que puedan facilitar la elaboración e implantación de dichos Procesos Asistenciales.

Como punto de partida para la elaboración de los PA en el contexto de FEPREMI y sus instituciones, se realiza un análisis de situación para la implantación de los PA, en los distintos entornos de AA, AS y AE, de las experiencias obtenidas en esos entornos dirigida a extraer la información necesaria para orientar y establecer los criterios a considerar en el diseño de los PA. A continuación, se plantea la estructura que deben presentar los PA tras este enfoque para rediseño.

De acuerdo con las distintas estrategias culturales, organizacionales y operativas describiremos la metodología que creemos deberá establecerse para una implantación global de los distintos PA.

- **Estrategias de implantación:**

Análisis de situación: Es imprescindible saber de dónde partimos e identificar los problemas existentes para así establecer aquellas mejoras que sean necesarias para un adecuado desarrollo de las actividades, para el establecimiento del papel y las necesidades de formación de los trabajadores médicos y no médicos y, en caso de que fuera necesaria, la adecuación de la formación de los mismos, la optimización de los recursos existentes, la incorporación de nuevas tecnologías, etc.

Grado de prioridad de necesidades: Se debe categorizar las necesidades encontradas, dándoles prioridad según su importancia, así como la posibilidad de resolverlas con los mecanismos y recursos existentes en la institución y su entorno.

Definir oportunidades de mejora: Se debe proceder a su identificación e implantación para establecer un círculo permanente de mejora continua.

Adaptación del PA al Sector o Servicio: Este apartado reflejará las condiciones existentes para la puesta en marcha del PA. Deberá responder a una serie de premisas establecidas y a las preguntas ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuándo? y ¿Dónde?

Sistemas de registro: Deberá existir un sistema de registro adecuado para facilitar la evaluación del desarrollo del PA y la obtención de resultados para su evaluación y el establecimiento de medidas de mejora.

Actualmente para responder a los apartados anteriormente descritos, FEPREMI ha establecido

una serie de mecanismos que se reflejan en las herramientas de gestión de los Servicios o Sectores.

- Compromiso o descripción de funciones o tareas (nivel directivo).

- Ejecución de análisis de situación y adaptación del PA a desarrollar (Compromiso de los trabajadores – Grupos de Desarrollo).

- Implantación efectiva del PA.

- Análisis de resultados sobre los indicadores de calidad establecidos en el PA.

- Propuestas de mejora (Ciclo de mejora continua).

- **Plan de Comunicación:** El Órgano de Dirección de FEPREMI, la institución, el EGC conjuntamente con los Servicios o Sectores, deberán elaborar un plan de comunicación tanto interno como externo para difundir entre los trabajadores y los usuarios, toda la información de utilidad relacionada con la implantación de los PA (documentación, formación, adaptación local, y aspectos metodológicos y organizativos, información, etc.).

Desarrollo de grupos de mejora: Los Servicios de AA, AS y AE actuando en forma colaborativa impulsarán el desarrollo de grupos de mejora, como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad.

7

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

7. Glosario de términos

ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ACTUACIONES NO CLÍNICAS
Actuaciones de apoyo y guía de carácter personalizado, que realizan los distintos funcionarios, facilitando al paciente su relación con los diferentes servicios de salud, procedimientos de carácter administrativo, etc.

ACTO ÚNICO
Concatenación de procedimientos y actos clínicos para mejorar los tiempos de respuesta del servicio prestado al paciente.

ACTUACIONES NO CLÍNICAS
Son los vinculados a procedimientos administrativos, que son incorporados en la descripción de los PA, buscando el valor añadido y la mejora que aportan en el resultado final al paciente, definiendo en función de las características específicas de cada PA, quién los presta, cómo y cuándo.

AGREE (Appraisal of Guidelines Research Evaluation) www.agreecollaboration.org
El Instrumento AGREE es una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica, en la evaluación de la calidad metodológica de éstas.

AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)
Es un acercamiento proactivo y prospectivo utilizado para prevenir problemas en los procesos o productos antes de que ellos ocurran. Proporciona no sólo una mirada sobre los problemas que pudieran ocurrir, sino también cuán serios son los efectos de que ellos ocurran. Su objetivo es prevenir los peores resultados

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Especificaciones o cualidades que deben cumplir las actividades que realizan los profesionales para ser capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes.

CIE (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

CIE-10
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud.

CODICA (Consejo Directivo de CAMEDUR IAMPP).

COMPETENCIAS PROFESIONALES
Las competencias son etiquetas que se refieren a un conjunto de comportamientos observables y medibles y, por tanto, susceptibles de mejora, que están relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización determinados. Se trata de un enfoque que **se centra en lo que el profesional hace**. Estos comportamientos observables, en los que se mezclan conocimientos, habilidades y actitudes, se denominan Buenas Prácticas. Para que el profesional desarrolle las Buenas Prácticas, es decir, los comportamientos observables asociados a una **competencia (hacer)**, es necesaria la presencia conjunta de **lo que sabe (sus conocimientos); lo que sabe hacer** (su habilidad para poner en práctica esos conocimientos), de su repertorio de actitudes, **su motivación (querer hacer)** y del **poder hacer** (la aptitud, y lo favorable de los medios disponibles).

CONSULTA DE ACTO ÚNICO
La consulta de acto único se define como el acto asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización de las exploraciones complementarias necesarias, quedando todo reflejado en un informe clínico, y siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna.

CRE (Clasificación de Resultados de Enfermería).

DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (DECASEPA)
Departamento del MS responsable de la conducción de las estrategias de calidad y fundamentalmente referidas a los conceptos de Seguridad del paciente en el SNIS

DT (Dirección Técnica).

EGC
Equipo de Gestión Clínica. Grupo de trabajo interdisciplinario, adjunto a la Directiva y DT definido por la institución para el trabajo institucional en Gestión Clínica.

FEPREMI (Federación de Prestadores Médicos del Interior).

GCPA (Gestión Clínica por Procesos Asistenciales).

GC (Guías Clínicas).

HOJA DE RUTA DEL PACIENTE
Documento de apoyo y guía para el paciente y los profesionales, con información específica, detallada y comprensible de las fases y el desarrollo del PA

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA
Actitud que introduce en el abordaje del paciente los valores del individuo, valores intrínsecos como persona inteligente, la cultura, la educación, las creencias religiosas, etc.

MS (Ministerio de Salud).

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).
Sistema de clasificación que describe y clasifica las acciones y enfoques terapéuticos realizados por las enfermeras en todos los tipos de especialidades y los ajustes. Incluye enfoques terapéuticos para las siguientes categorías: psicológico, fisiológico, el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las formas indirectas de tratamiento, tales como control de un cuadro de emergencia, también se incluyen. Cada enfoque terapéutico se da un código numérico que se utiliza para facilitar el proceso de informatización.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería).
Proporciona un nivel de resultados cuantificables que se pueden utilizar para evaluar la práctica de la enfermería en todos los entornos.

OAU (Oficina de Atención al Usuario).

PA (Procesos Asistenciales).

PERSONALIZACIÓN DEL SERVICIO
La personalización del servicio consiste en desarrollar el PA adaptándolo a las necesidades específicas de la persona en su entorno vital.

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA
Planes de cuidados de enfermería que establecen secuencialmente y con detalle suficiente, todos los pasos que se deben seguir en la atención de las necesidades del paciente, que sirve como guía para la elaboración del plan de cuidados individualizados.

RECUPERACIÓN
Modelo de atención, basado en las habilidades de los profesionales y la persona protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. Modelo que se aleja de la patología, enfermedad y síntomas y se acerca a la salud, fortaleza y el bienestar.

SEGURIDAD
Reducción del riesgo de daño innecesario a un mínimo aceptable.

SEGURIDAD DEL PACIENTE
Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención de salud a un mínimo aceptable.

SENSIBILIDAD DE UN INDICADOR
El grado en que el indicador es capaz de identificar todos los casos en los que existen problemas reales de calidad del proceso.

SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud).

TELECUIDADOS
Se refiere al uso de las tecnologías de la comunicación como medio de provisión de información y servicios de salud en general, y de cuidados en particular. Modelo que se ha implantado para garantizar el seguimiento de grupos de riesgo y como complemento a la atención domiciliaria.

TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación)
Las TIC son un conjunto de servicios, redes, software y dispositivos que tienen como fin la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de un entorno, y que se integran a un sistema de información interconectado y complementario. Esta innovación servirá para romper las barreras que existen entre cada uno de ellos.

URM (Uso Racional de Medicamentos).

VALIDEZ APARENTE DE UN INDICADOR
El grado en que el indicador es inteligible: realiza la medida y tiene sentido.

VALIDEZ DE UN INDICADOR
El grado en que el indicador consigue su objetivo: la identificación de situaciones en las que la calidad del proceso debería mejorarse.

VARIABILIDAD
Grado de estabilidad, versus variación, de un proceso en lo que se refiere a las prestaciones a realizar y a la predictibilidad de su evolución.

VÍAS CRÍTICAS

Planes de cuidados estructurados y multidisciplinares que, ante problemas del paciente, ordenan secuencialmente las intervenciones terapéuticas de médicos y enfermeras.

▲ Triángulo que identifica puntos en los que se debe considerar temas relacionados con la seguridad del paciente, según política definida por COSEPA.

✚ Proyecto “Higiene de manos” para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, según definiciones del CIIH.

ⓘ Momentos del desarrollo del PA que se debe informar al paciente.

8

BIBLIOGRAFÍA.

8. Bibliografía

CUIDADOS

- Sistema Nacional Integrado de Salud Ley N° 18.211
- Contrato de Gestión JUNASA- Prestadores Decreto No. 81/012
- Derechos y las obligaciones de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud. Ley Nª 18.335
- Derecho a voluntad anticipada Ley Nº 18473
- Programa Integral de Asistencia a la Salud Decreto 465/08
- https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseno_mejora.pdf

COMPETENCIAS

- Pereda Marín S. (2005). Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Dal Poz M. et alli. Addressing the health workforce crisis: towards a common aproach. Human Resources for Health 2006, 4:21.
- Daniel Klass, MD, CM, FRCPC A Performance-Based Conception of Competence is Changing the Regulation of Physicians' Professional Behavior Academic Medicine, Vol. 82, No. 6/June 2007.
- UNE 66173: 2003. (2003). Los recursos humanos en un sistema de gestión de la calidad: gestión de las competencias. Aenor.

SEGURIDAD

- Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria [traducción]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005 [monografia en internet]. Geneva (Switzerland): WHO; October 2004. www.who.int/patientsafety
- Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- DECASEPA Herramienta de autoevaluación de los 7 pasos.

URM

- Organización Mundial de la Salud. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Ginebra, OMS, 1985.

9

ANEXO.

9. Anexo

9.1 Recomendaciones para realizar búsqueda de evidencia científica.

Principales bases de datos.
Son bases que contienen los registros catalogados (referencias) de artículos publicados en revistas, en este caso, del ámbito de la salud y la biomedicina. En el contexto de la elaboración de los PA, las cuatro bases referenciales fundamentales son:

1. MEDLINE
2. EMBASE
3. CINHAL (enfermería y cuidados)
4. PsycInfo (salud mental, psicología y psiquiatría)

Localización de GC específicas.
Según el procedimiento diseñado para actualización de los PA, las GC deben ser sometidas a una evaluación en la cual es necesario disponer de los textos íntegros de las mismas. Frecuentemente, las bases referenciales no proporcionan más que el registro de un artículo publicado sobre determinadas GC y estos artículos pueden no recoger la guía en su forma completa. Por esta razón se deberá intentar localizar las GC en repositorios de Internet. A pesar de que existen numerosos sitios web en los que se ofrecen colecciones de GC, resulta más práctico consultar repositorios generales en lugar de especializados. Estos repositorios pertenecen a organismos públicos y permiten la consulta en línea con alguna aplicación mínima de búsqueda y sus colecciones son suficientemente exhaustivas y actualizadas. A continuación, se enumeran algunos de los más útiles junto con el enlace a sus recursos:

- Guidelines International Network (G-I-N): http://www.g-i-n.net
- The National Guideline Clearinghouse (NGC): http://guidelines.gov
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): http://www.sign.ac.uk
- The New Zealand Guidelines Group NZGG : http://www.nzgg.org.nz
- Guiasalud: http://www.guiasalud.es

Publicaciones de síntesis de la Evidencia.
Estas publicaciones sintetizan el conocimiento existente sobre una materia específica. Se dispone de tres recursos de este tipo:

1. Clinical Evidence (de BMJ Journals).
2. Dynamed (de Ebsco).
3. Up to date

La primera de estas publicaciones es accesible a través de la Biblioteca Virtual (sección “Enlaces a otros recursos”), sin embargo Dynamed es un servicio que requiere suscripción. Estos recursos ofrecen de manera actualizada información sintetizada de una gran variedad de áreas clínicas.

En el caso concreto de la oncología, otro recurso de interés es el cancer.gov, un servicio de información para profesionales y pacientes dependiente de The National Cancer Institute (NCI). Proporciona información exhaustiva sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL) e Informes de Evaluación de Tecnologías de Salud.
Las RSL son procedimientos que aplican estrategias científicas para limitar los sesgos en el proceso de recopilación, valoración crítica y síntesis de los estudios relevantes sobre un tema. La fuente principal de RSL es la Biblioteca de la Colaboración Cochrane (CC). Existe una parte de esta biblioteca que está traducida al castellano.
Este servicio se llama Cochrane Library plus (CC+) y es soportado por el Centro Cochrane Iberoamericano.

Sinopsis de Artículos («Evidence Based Reviews»).
Son publicaciones periódicas que recogen resúmenes estructurados de artículos originales que han sido analizadas críticamente por un autor independiente, lo que facilita su búsqueda.

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA).
Los ECA son el paradigma de las investigaciones clínicas. Los ECA son casi exclusivamente publicados en revistas biomédicas, en su mayoría incluidas en las bases referenciales MEDLINE y EMBASE. La Biblioteca Cochrane dispone también de un extenso banco de datos de ensayos clínicos que es consultable en The Cochrane Library original.

9.2 Hoja de ruta del paciente

Herramienta para el paciente y los profesionales, con información específica y de utilidad del Proceso Asistencial (PA).
Su objetivo es, facilitar el conocimiento del desarrollo del PA a todas las personas que intervienen en las distintas fases del mismo, identificando aspectos específicos y relevantes del PA, momentos donde hay que realizar una actividad determinada, elementos que siempre deben estar presentes, etc.

La Hoja de ruta persigue:

1. Para el paciente, facilitarle la comprensión del PA determinado y la aceptación del mismo en relación a:

- Su contexto personal.
- Conocer las fases más importantes del desarrollo del PA.
- Los profesionales que le atienden.
- Los elementos facilitadores de la continuidad asistencial y su recuperación.

2. Para los profesionales, disponer de un instrumento guía que facilite:

- La identificación del marco adecuado para la toma de decisiones, estableciendo los momentos, los puntos para la información/comunicación al paciente y/o familia.
- La identificación de elementos y aspectos específicos del PA determinado, que deben estar presentes en la Hoja de Ruta: el mapa de cuidados, los puntos críticos para la seguridad, los tiempos de respuesta, el momento del alta hospitalaria, la continuidad asistencial, etc.

La Hoja de Ruta del Paciente, como elemento de información y guía para el desarrollo del PA, se abrirá por el profesional que incluye al paciente en un PA determinado, el cual le explicará el objeto de la misma, iniciando así el proceso de información y comunicación del desarrollo del mismo.

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior. Corporación Cooperativa de IAMPP. 2018

Investigación y textos:
DR. ANÍBAL CATALDO Y COLABORADORES / CAMEDUR IAMPP

Diseño editorial, Arte de Tapa y diagramación:
LIC. MARCOS ARTIGALÁS / ARTIGALAS DESIGN

FEPREMI
(+598) 2403 8155
Cufré 1773 Montevideo, Uruguay
www.fepremi.com.uy