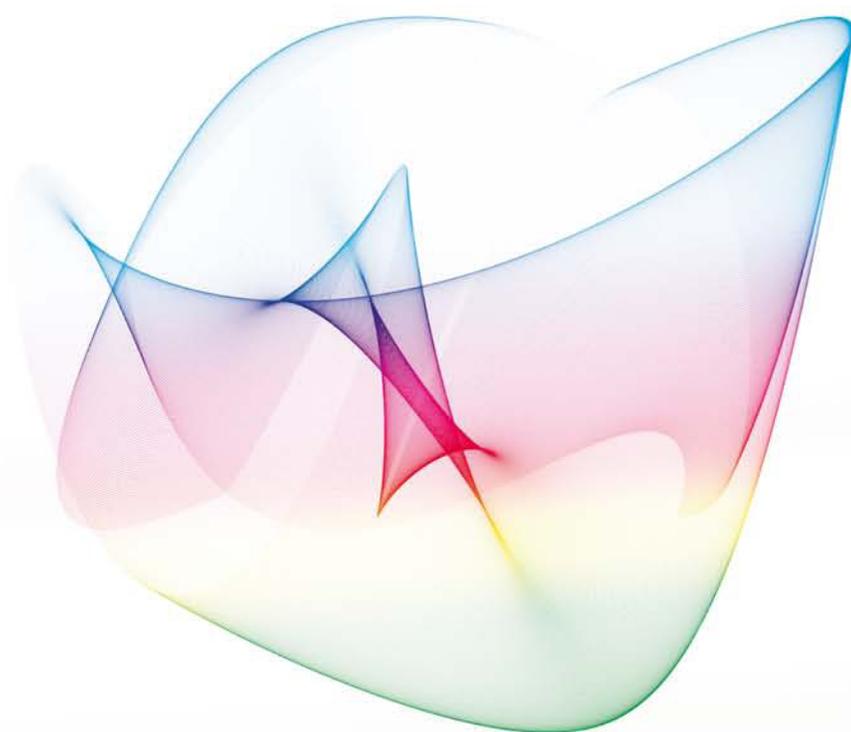


CONSEJERÍA DE SALUD

Guía

de diseño y mejora
continua de

Procesos
asistenciales
integrados



2ª edición



JUNTA DE ANDALUCÍA

Guía

de diseño y mejora
continua de

Procesos
asistenciales
integrados

2ª edición

GUÍA de diseño y mejora continua de
procesos asistenciales integrados /
[coordinadores, Dotor Gracia, Marisa,
Fernández García, Enrique ; autores, Álvarez
Benito, Marina ... et al.]. -- 2ª ed. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, 2009

118 p. ; 29 cm + 1 CDROM

1. Atención integral de salud-Organización
y administración 2. Calidad de la atención de
salud I. Álvarez Benito, Marina II. Dotor
Gracia, Marisa III. Fernández García, Enrique
IV. Andalucía. Consejería de Salud

W 84.5

W 84.4

1ª edición, 2001

2ª edición, 2009

GUÍA DE DISEÑO Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS ASISTENCIALES

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-692-4340-4

DEPÓSITO LEGAL: SE 4005-2009

Coordinadores

Dotor Gracia, Marisa
Fernández García, Enrique

Autores

Álvarez Benito Marina	Padilla Marín Víctor
Ávila Rodríguez Fco. Jose	Pajares Bernaldo de Quirós Ignacio
Barrera Becerra Concepción	Pérez Romero Carmen
Bautista Paloma Fco. Javier	Pozo Muñoz Francisco
Calero Fernandez Matilde	Ras Luna Javier
Campos García Teresa	Regife García Víctor
Domínguez Camacho Juan Carlos	Romero García Manuel
Dotor Gracia Marisa	Sanz Amores Reyes
Fernández García Enrique	Suárez Alemán Carmen
Flores Moreno Sandra	Suárez Ramos Amalia
Fuentes Cebada Luis	Tatar Fiszbein Iara
Fuerte Repila Luisa	Terol Fernández Enrique
Jiménez Puente Alberto	Terol Fernández Javier
Martín Vázquez José Manuel	Torro-García Morato Cristina
Molina Doñoro José Manuel	Torrejón Cardoso Rafael
Mora Banderas Ana M ^a	Velázquez Salas Antonio
Padilla Marín Concepción	Zambrana García José Luis

Colaboraciones:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía,
Agencia de Evaluación Tecnologías Sanitarias de Andalucía ,
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Me complace presentarles esta 2ª Guía de Diseño y Mejora Continua de los Procesos Asistenciales Integrados, un instrumento de trabajo muy útil y práctico, en un formato ligero y de fácil lectura que facilita a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía el abordaje de los problemas de salud de los ciudadanos y ciudadanas, con una metodología clara y explícita que incluye la actualización y puesta al día, durante los últimos ocho años, de la herramienta de gestión que son los Procesos Asistenciales Integrados.

Los Procesos Asistenciales nacieron entonces con un objetivo clave: que la asistencia sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial. Asimismo, perseguían que la práctica clínica se desarrollara en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tuvieran una guía que les permitiera disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada.

Con estos fines ha estado trabajando la organización durante estos años y, ahora ha llegado el momento de avanzar hacia una mayor implicación de los profesionales para mejorar la atención a la ciudadanía. 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, la descentralización política y administrativa, como clave del gobierno andaluz, se traduce al ámbito sanitario en las Unidades Clínicas como modelo organizativo donde de manera descentralizada, y en el seno de un equipo multidisciplinar pero cohesionado, los profesionales asumen nuevas competencias de organización y gestión de sus servicios, favoreciendo un desarrollo profesional dinámico, emprendedor, participativo y con autonomía para la creación de un nuevo sistema sanitario en red.

La apuesta de nuestro Sistema por crecer en este modelo se ve beneficiada por la adaptación de los Procesos Asistenciales Integrados para constituirse en piedra angular del entorno de la Gestión Clínica. Para ello, esta Guía ha introducido 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 nueva Guía es ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de los mismos, es decir, de los ciudadanos y ciudadanas, 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 las asociaciones de pacientes.

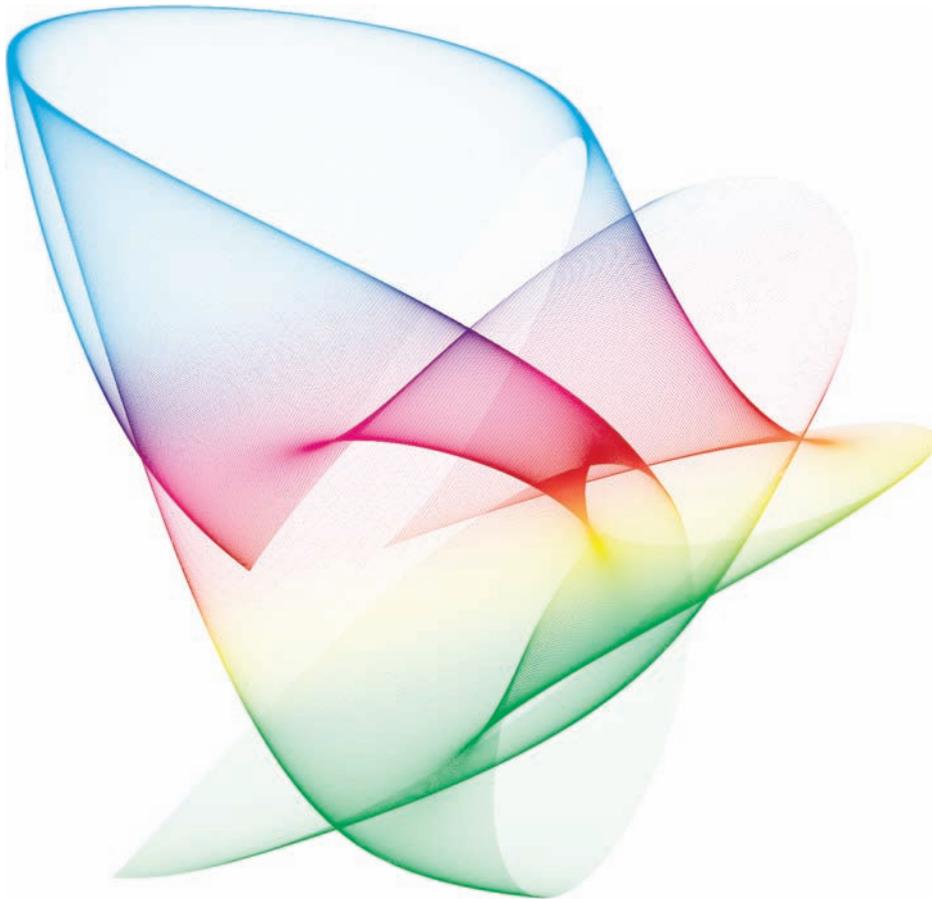
Estoy convencida que este trabajo servirá, sin duda, para incorporar a la propia esencia de la Organización aquello de lo que nos sentimos más orgullosos y que es nuestra propia razón de ser, la calidad total en la relación profesional-paciente.

María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Índice

1. Marco conceptual	9
Principios básicos	
Estrategia de gestión por Procesos Asistenciales Integrados en Andalucía	
2. Mejoras estratégicas en los PAI. Metodología	17
2.1 Análisis de la situación de partida	
2.2 Actualización y mejora de los PAI	
2.2.1 Metodología de trabajo GTA	
2.2.2 Resultados: Elementos a incorporar en la actualización de los PAI	
2.3 Dimensiones	
2.3.1 La Persona	
2.3.2 Evidencia científica	
2.3.3 Seguridad del paciente	
2.3.4 Uso racional del medicamento (URM)	
2.3.5 Cuidados de enfermería	
3. Estructura de los nuevos PAI	43
4. Descripción del Proceso Asistencial Integrado	47
4.1 Definición	
4.2 Expectativas de las personas destinatarias y Objetivos	
4.3 Descripción general del PAI. Recorrido del paciente. Hoja de ruta	
4.4 Componentes: profesionales, actividades, características de calidad	
4.5 Descripción de competencias específicas	
4.6 Recursos y Unidades de soporte	
4.7 Representación gráfica del PAI	
4.8 Indicadores	
4.9 Anexos	
4.10 Glosario de términos	
4.11 Bibliografía	
4.12 Diseño/Formatos de presentación de los PAI	
5. Metodología de trabajo de los grupos en la actualización de los PAI	81
6. Recomendaciones para la implantación y mejora continua de los PAI	87
7. Glosario de términos	93
8. Bibliografía	101
9. Anexos	111
A 1 Recomendaciones para realizar búsqueda de evidencia científica	
A 2 Hoja de ruta del paciente	

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 nuestra Comunidad Autónoma este enfoque, junto a la experiencia acumulada del trabajo realizado en los últimos 8 años, justifica el abordaje y desarrollo de la estrategia de actualización de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI).

Los PAI nacieron, 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 las ciudadanas y los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.

En este momento, un nuevo impulso para poner en valor el conocimiento acumulado en estos años, y con un nuevo enfoque, de nuevo centrado en **las personas**, los profesionales, hombres y mujeres de nuestra Organización Sanitaria Pública y los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

Se trata de:

1. Incorporar como hábito todas las herramientas y dinámicas de mejora continua que tenemos establecidas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
2. Enfatizar dimensiones de la calidad que se han ido desarrollando en la Organización e incorporarlas a la herramienta de forma integrada (Gestión por Procesos Asistenciales Integrados) y en el contexto de la Gestión Clínica (GC).
3. Simplificar la herramienta para potenciar su utilización por los profesionales del SSPA.
4. Ser ambiciosos en el abordaje, desechando cualquier matiz que pueda reducir o condicionar el desarrollo de la estrategia para los próximos años.

Principios básicos que deben sustentar el modelo de atención sanitaria 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 multidisciplinar, 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 la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo del **Proceso Asistencial Integrado**.

2. Orientar las acciones para garantizar el acceso a los recursos sanitarios en igualdad de oportunidades, integrando la dimensión de género en los Procesos Asistenciales Integrados.

Planteando alternativas e investigando nuevas 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 (ciudadano o ciudadana, 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 sanitaria 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 inspira organización, 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 Integrados** establecida desde el 2001 en nuestro SSPA.

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 la actualización de los PAI se describirán relacionándolas con los factores de éxito del proceso, se orientarán por tanto a los resultados esperados.

El II Plan de Calidad señala la Gestión por Procesos, la Gestión Clínica y el Modelo de Gestión por Competencias como herramientas fundamentales para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios.

8. La EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA. Elementos insustituibles para el avance y progreso de la Organización Sanitaria, para medir los resultados de los PAI, para el desarrollo de estrategias relacionadas con la acreditación de competencias profesionales, acreditación de centros y servicios, etc.

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 ciudadanos y ciudadanas con el SSPA, sus profesionales y el desarrollo de los PAI.

10. La modernización e innovación de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (GPAI). Dentro de la estrategia de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios públicos, al plantear la modernización e innovación de los PAI se trata de revisar el modelo y actualizarlo, enfatizando en las dimensiones de la calidad que se han ido desarrollando en la Organización e incorporándolas a la herramienta de la GPAI de forma integrada y en el contexto de la Gestión Clínica.

Marco conceptual

La estrategia de gestión por procesos asistenciales integrados en Andalucía

La estrategia de gestión por Procesos Asistenciales Integrados en Andalucía

Son muchas las circunstancias que confirman que el escenario ha cambiado de forma favorable y que es el momento idóneo para dar un nuevo impulso a esta estrategia. Analizándolas con detalle:

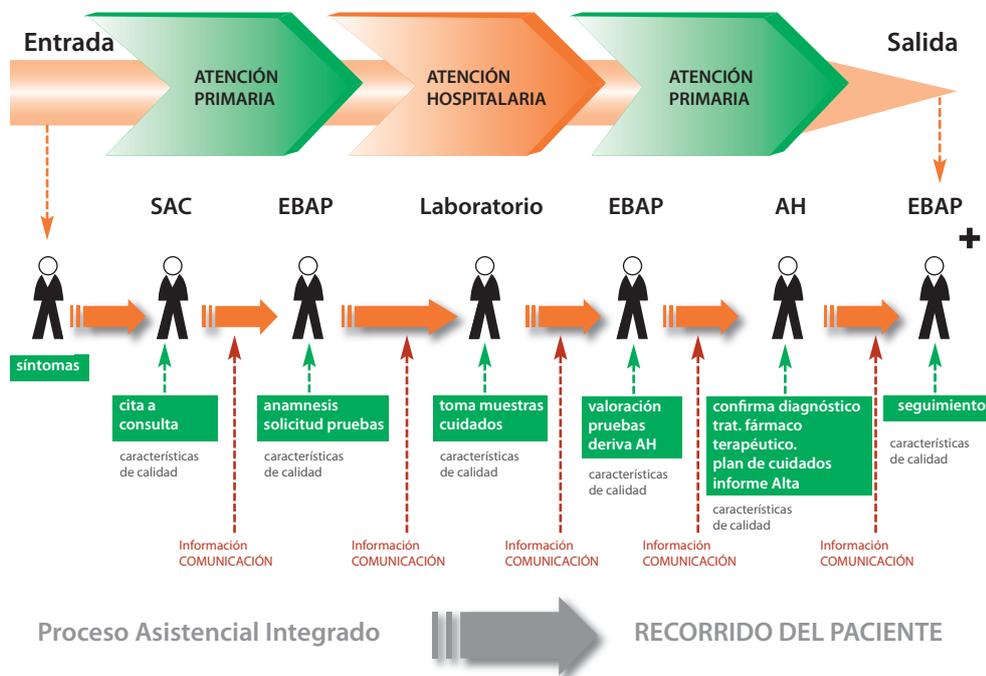
- La confianza depositada por la ciudadanía en el SSPA.
- La experiencia acumulada, el aprendizaje de las personas de la Organización, los profesionales que la han hecho posible y que siguen apostando por la mejora continua de los servicios sanitarios públicos.
- La evolución y desarrollo de herramientas e instrumentos y demás estrategias que se pusieron en marcha con el I y II Plan de Calidad.

Todo en un entorno complejo que propicia el trabajo en la mejora continua del SSPA.

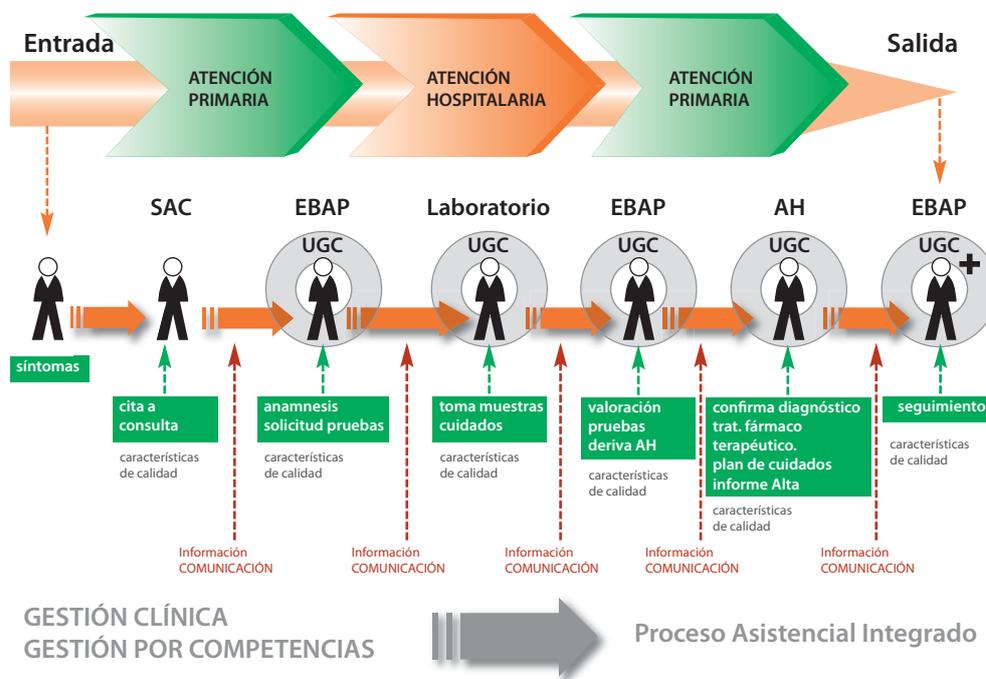
En esta nueva etapa, si bien nos reafirmamos en todo lo que lleva consigo el abordaje de la estrategia de GPAI en nuestra CCAA, los principios, valores, al marco metodológico, etc., el escenario ha cambiado y queremos enfatizar elementos que siendo parte intrínseca del PAI, hay que hacerlos más visibles:

A) La persona, paciente, usuario, ciudadano que entra en un PAI y que partiendo de todo lo establecido en el desarrollo del mismo, hay que analizarlo y adaptarlo 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 PAI.

Por ello, en la actualización de los PAI, toda la actividad del Proceso Asistencial Integrado se organizará, describirá y realizará **siguiendo el recorrido que realiza 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, sus centros y servicios en Unidades de Gestión Clínica, lo que está suponiendo mejoras importantes en el desarrollo del PAI, y que necesita ajustes y complementariedad con otros instrumentos como los Contratos Programas, acuerdos de gestión clínica, etc. y otras líneas en desarrollo en la Organización (TIC, etc.).



Por tanto, la conformación de las UGC en los diferentes centros e instituciones del SSPA, plantean un nuevo escenario organizativo que, garantizando la continuidad de la asistencia al paciente, tiende a mejorar los resultados esperados del PAI, en términos de resultados en salud y calidad percibida.

La 2ª edición de la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados pretende:

1. Potenciar e impulsar los principios básicos del abordaje de los Procesos Asistenciales Integrados en Andalucía.
2. Establecer la metodología para la actualización y descripción de los PAI para este nuevo impulso.

2. Mejoras estratégicas en los PAI. Metodología



2. Mejoras estratégicas en los PAI. Metodología

La Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales, editada en el año 2001 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, es el instrumento utilizado para la descripción e implantación de los 60 procesos clave y 5 procesos de soporte y sus correspondientes guías rápidas.

La puesta en marcha de esta nueva estrategia para la actualización de los PAI existentes, se realiza desde la Dirección General de Calidad Investigación y Gestión del Conocimiento y la colaboración de personas de la Organización, 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 otra en relación a la Actualización y mejora de los PAI.

2.1 Análisis de situación

Partiendo del conocimiento de la situación actual, y con el objetivo de identificar los puntos críticos y líneas de acción futuras para el desarrollo de la misma, a finales del 2008 y en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) se realiza un sondeo de opinión a profesionales del SSPA, con la participación de 100 personas como informantes clave, para explorar la opinión del personal directivo, profesionales asistenciales de AP y AH y profesionales de apoyo de los centros asistenciales de AH y AP, Consejería de Salud y SAS.

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

- Analizar la situación actual de la implantación y desarrollo de la estrategia de la GPAI en relación a la identificación de áreas de mejora, utilidad de la GPAI como herramienta de gestión y su vinculación con otras estrategias impulsadas en el SSPA.
- Proponer líneas de acción futuras a desarrollar.



Resultados obtenidos:

En relación a la **situación actual de la implantación y desarrollo de la GPAl**, se pone 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 ha servido para la ordenación de los flujos de trabajo y el acercamiento entre AH y AP, para el compromiso de la garantía de plazos y ampliación de la cartera de servicios.
- La Gestión Clínica es el pilar de los PAI.
- **Hay que mejorar** la implantación de los PAI en relación a los ritmos y sus diferencias en la implantación en AP y AH, hay que reforzar la cultura de la GPAl en los profesionales, acotar el nº de procesos a implantar, mejorar la coordinación en y entre AP y AH, 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 GPAl** con los Contratos Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica, con el modelo de Acreditación y Competencias, con la Seguridad Clínica, Planes de Cuidados, Uso Racional del Medicamento, con el desarrollo de los sistemas de información.

En relación al desarrollo de **líneas de acción futuras** proponen:

1. Potenciar los Acuerdos de Gestión compartidos entre profesionales de diferentes centros asistenciales como elemento de continuidad asistencial con objetivos comunes AP y AH.
2. Promover las UGC como pilar de la GPAl.
3. Fomentar la formación de los profesionales en PAI.
4. Promover la evaluación y retroalimentación a los profesionales de los resultados de los PAI.
5. Implicación más efectiva de los equipos directivos.
6. Priorizar los PAI a implantar según la morbilidad detectada.

Fuente: Análisis de la implementación y desarrollo de la estrategia de GPAl en el SSPA. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2009.

2.2 Actualización y mejora de los PAI

Para la Actualización y mejora de los PAI, y tras revisar la actual Guía de Diseño, se realiza consulta a grupos de profesionales de diferentes disciplinas y áreas de conocimiento (médicos, enfermeras y farmacéuticos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, otros especialistas clínicos, profesionales de Salud Pública, de los Servicios de Atención a la Ciudadanía, Empresas Públicas, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud y personal técnico de la Consejería de Salud), constituye el **Grupo Técnico Asesor (GTA)**, que siguiendo una metodología de trabajo exploran los aspectos y dimensiones imprescindibles para la actualización de los PAI.

El objetivo del trabajo del GTA, ha sido explorar los aspectos y dimensiones imprescindibles y proponer las incorporaciones necesarias en los procesos, potenciando los valores que definen este modelo.

2.2.1 Metodología de trabajo GTA

Se trata por tanto, de identificar los contenidos que deben mantenerse y definir los aspectos y elementos de calidad a incluir en la 2ª edición de la Guía de diseño y mejora continua de los PAI.

Para ello se realiza técnica de Investigación cualitativa multimétodo por consenso de expertos, utilizándose: Técnica GAP para el análisis de situación y Grupos nominales para la aportación y el consenso.

Las dimensiones de conocimiento, unidades de análisis sobre las que se trabajó y que definieron el perfil de los participantes expertos han sido: la Persona, Evidencia científica, Seguridad del paciente, Uso racional de medicamentos, Cuidados de Enfermería, Estructura de los PAI, Evaluación y Competencias específicas.

Un elemento fundamental en el desarrollo de esta metodología de trabajo fue que, partiendo del mismo grupo de expertos, se ha dispuesto de distintas unidades de observación de la información que se ha ido generando a través de la formación de distintos modelos de grupos entre los profesionales seleccionados para el proyecto.

- A) El análisis de situación se realizó con la técnica GAP.** Para el desarrollo de esta técnica se definieron, por el grupo director del proyecto, una serie de factores críticos de éxito para la realización de la Guía de diseño y mejora continua de PAI 2ª edición, que los grupos de expertos valoraron:

Factores críticos de éxito

- 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 actualización de competencias.
- Que defina equilibradamente los recursos necesarios (materiales, humanos, organizativos) y razonables para el desarrollo del PAI.
- Integrado con otras estrategias de gestión.
- Que integre todos los elementos de calidad de un PAI.
- Coherente con los valores de la empresa.
- Fácil de actualizar.
- Alineado con el modelo de gestión clínica.
- Que haga visible a todas las personas intervinientes en el PAI.

Todos los integrantes del grupo de expertos en su conjunto, hicieron una doble valoración de estos factores: 1º su valor estratégico para la consecución del objetivo, y 2º su situación en los PAI existentes. De ello se obtiene la valoración de la distancia (GAP) entre la situación real y la esperada y así se obtiene un referente estratégico para el diseño de la nueva Guía conociendo aquellos factores que deben mantenerse, cuales deben ser modificados y aquellos nuevos que deben ser incluidos en la actualización de los PAI.

B) Con la información obtenida se inició el trabajo de los **grupos nominales de expertos**:

En una primera fase, se realizó generación de ideas y consenso utilizando una técnica de ida y vuelta hasta llegar a la saturación de información y a destacar las principales aportaciones de los expertos.

Esta información es utilizada con posterioridad por el mismo grupo de expertos reunidos en torno a cada una de sus dimensiones de conocimiento (la Persona, Evidencia científica, Seguridad del paciente, Uso racional de medicamentos, Cuidados de Enfermería, Estructura de los PAI, Evaluación y Competencias específicas) generando propuestas y aportaciones 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 2ª edición de la Guía de diseño y mejora continua de los PAI.

2.2.2 Resultados: Elementos a incorporar en la actualización de los PAI

Del trabajo realizado por el GTA, se han identificado elementos imprescindibles para la incorporación de mejoras en la revisión y actualización de los PAI relacionados con las siguientes dimensiones:

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

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

- 1.** La Estructura que deben tener los procesos que se vayan actualizando, tiene un espacio específico descrito en el punto 3 de la presente Guía (pág. 44).
- 2.** Las Competencias específicas y los Indicadores se incluyen en la Descripción del PAI (págs. 65 y 75 respectivamente).
- 3.** Las dimensiones, la Persona y la Seguridad del paciente, se incorporan como elementos transversales al desarrollo del PAI.
- 4.** La Efectividad clínica, Uso Racional de Medicamentos, Cuidados, en la descripción de actividades y sus características de calidad del PAI.

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 PAI.

2.3 Dimensiones

2.3.1 La Persona (ciudadano o ciudadana, 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 los servicios de salud son importantes en la reducción o incremento de las desigualdades en salud. 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 nuevos PAI, la figura de **la persona** (ciudadano/paciente/usuario) **como sujeto activo**, susceptible del desarrollo de un PAI determinado en todas sus fases, **considerando sus características específicas** (condiciones de vida, diversidad cultural, rol social y necesidades expresadas y sentidas), **garantizando 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 relacionados con el desarrollo efectivo de derechos fundamentales de la persona, 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 PAI:

- 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 PAI a la persona y los profesionales responsables del mismo.
- Se promoverá la participación como derecho del ciudadano, es decir, dando cabida a la **participación real y efectiva de la persona** sujeto del PAI en cada una de sus fases.

- Se trabajará con la persona, informándole sobre el desarrollo de su PAI, 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, su red social, es decir, se **personalizará la asistencia**.
- Se incorporará la visión de género (rol social asignado), frente a la diferenciación “los-las”. *Guía de Integración de la dimensión de género en los PAI. Consejería de Salud 2007.*
- Se fomentará la independencia y el autocuidado, 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, ciudadano), como proceso continuo que se produce a lo largo del desarrollo de todo el PAI.

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 normalizado de consentimiento informado escrito», información que contiene «datos» y cuya confidencialidad se preserva y garantiza. (Ley básica 41/2002).

En todos los PAI:

- El abordaje de la información se realizara como un «**proceso de información continuo** o Consentimiento Informado», en todos los momentos de desarrollo del mismo, información que partiendo del nivel de conocimiento e información existente, no se da por finalizada, y que 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 SSPA le asisten** y se le facilitarán los procedimientos para poder ejercerlos.

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

En todos los PAI:

- Se abordarán las actuaciones no clínicas en el contexto de «**acto único**».
- El desarrollo de las actividades del PAI la realizarán los diferentes profesionales «**resolviendo en cada momento**», en función de herramientas e instrumentos disponibles.
- Se incorporará el «**acompañamiento**» en las actuaciones no clínicas, para avanzar en la normalización de la población en desventaja social.
- Se considerará, en función de las características específicas del PAI, incluir fuentes documentales de **otros sectores que supongan valor añadido** para el mismo (ayudas técnicas, tarjeta 65, servicios municipales, etc.), se trata por tanto de incluir, si es necesario, no solo lo del Sistema Sanitario Público.

4. 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, estrechamente relacionada con los procesos de inclusión social aún teniendo un PAI de evolución de crónica.

En todos los PAI:

- Se revisará la existencia de **evidencias y recomendaciones sobre condiciones y estilos de vida relevantes** para la vivencia del PAI en cuestión (ej. sexualidad).
- Se contemplará la existencia de **evidencias y recomendaciones sobre situaciones que pueden generar inequidad en el desarrollo del PAI o bien situaciones de inequidad identificadas** que es preciso corregir, a tener en cuenta a la hora de plantear las intervenciones (ej. Género en Cardiopatía isquémica).
- Se revisarán la disponibilidad de **redes sociales de ayuda mutua** de calidad para el PAI en cuestión y se considerarán como tales a lo largo del mismo (ej. CONFEAFA en Demencias).
- Se valorará la inclusión entre los componentes de los PAI, de **otros agentes clave para su desarrollo** (ej. Educación en Asma Infantil).

2.3.2 Evidencia científica

Los Procesos Asistenciales Integrados, 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 actualización de los PAI a partir de la mejor evidencia disponible.
- Ofrecer un instrumento de apoyo para el proceso de actualización de los PAI, las herramientas, fuentes bibliográficas y otros recursos que se consideren más eficientes para el desarrollo del proyecto.

Recomendaciones ⁽¹⁾

- 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 PAI.

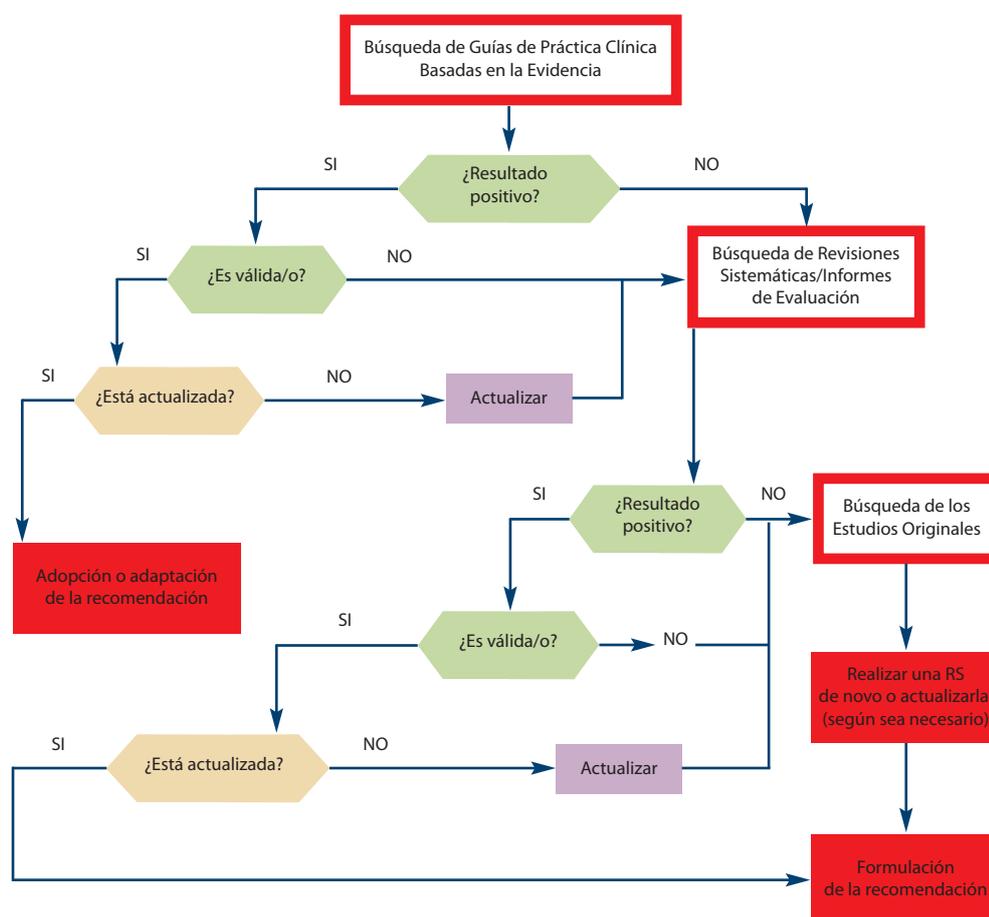
Tras la identificación y priorización de estas áreas se definirán una serie de preguntas genéricas que permitan responder a las mismas.

- 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.

⁽¹⁾ Estas recomendaciones han sido formuladas específicamente por profesionales de la AETSA.

3. Búsqueda y selección de la evidencia científica disponible. La bibliografía debe ser identificada siguiendo una estrategia de búsqueda explícita. Los criterios de selección de dicha bibliografía se detallarán a través de unos criterios de inclusión y exclusión explícitos. Para esta fase de elaboración del PAI se recomienda el 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:



Tomado de la «Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados» Consejería de Salud 2001.

- 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 de nuevo 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 se recomienda el instrumento AGREE para su evaluación y posterior decisión de adopción. En el caso de que la guía sea de buena calidad y se encuentre actualizada no existe un único instrumento sencillo, sistemático, y validado para la adaptación local de estas guías.
- En los estudios de investigación originales será necesario valorar su calidad metodológica (validez interna), la magnitud y relevancia clínica de los resultados, así como su validez externa. Actualmente se encuentran disponibles numerosas listas de comprobación que facilitarán esta labor. Tres de las más utilizadas (Anexo 1) son las del programa CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España) las pertenecientes al SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) y las de Osteba (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco), estas últimas están disponibles en formato electrónico y facilitan herramientas de ayuda para su cumplimentación. Todas las listas de comprobación enumeradas se consideran válidas y la elección dependerá de cada grupo. En el caso de trabajar con este tipo de estudios, una vez realizada su evaluación crítica se recomienda realizar una tabla "ad hoc" donde se resuman las características y resultados principales de cada uno de los estudios evaluados. Esta tabla sólo se incorporará al formato web (versión "extensa de los procesos"). Para mejorar la calidad de la valoración y evitar sesgos, es recomendable que dicha valoración se realice independientemente por dos miembros del grupo y que, en caso de discrepancia, decida un tercer evaluador.

5. Clasificación de la calidad de la evidencia científica y gradación 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 PAI 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.

Actualmente existen varios sistemas para formular estas recomendaciones, entre los que destacan dos, el sistema SIGN modificado y el sistema GRADE. (ver Anexo 1). Cualquiera de las dos resultan válidas y la elección de alguno de ellos dependerá de las preferencias de cada grupo en concreto, contando con el apoyo metodológico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Incorporación a los PAI de la efectividad clínica

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

- Recomendaciones de tecnología de scrining, 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).
- Recomendaciones de cuidados enfermeros (gestión de casos, telecuidados, 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 por parte del Sistema Sanitario. Esta seguridad debe manifestarse por la ausencia de lesiones accidentales, atribuibles a las acciones a que es sometido a lo largo del desarrollo del PAI.

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 PAI, y la participación activa de los pacientes como un garante más de la seguridad del mismo y todo ello en el marco del desarrollo de la Estrategia de Seguridad en el SSPA.

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 sanitaria a un mínimo aceptable (Estrategia para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2006).

Seguridad es prevenir riesgo, para ello es necesario identificar puntos críticos, en el momento actual, todas las estrategias de seguridad recomiendan utilizar la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) para el análisis de riesgos por grupo multidisciplinar experto.

Desde organizaciones de ámbito regional, 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, conciliación 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 PAI.
- Decidir la forma y método de incorporación de medidas seguras en el diseño del PAI.
- Definir una estrategia de seguridad en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Establecer las recomendaciones específicas de seguridad por PAI.
- Incorporar medidas de seguridad en el uso de medicamentos.
- Aplicar las recomendaciones para prevenir la infección asociada a la atención sanitaria.
- Diseñar indicadores críticos de seguridad clínica que sean válidos y relevantes.

Recomendaciones

A nivel general:

- 1.** En todos los PAI 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 PAI, 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 PAI 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 PAI, en coherencia con la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA.
- 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 PAI.
- 5.** Todos los PAI deben contemplar la consulta al Observatorio para la Seguridad e incorporar las buenas prácticas, que se recogen en el Banco de Buenas Prácticas.
- 6.** En cada PAI, se establecerán indicadores críticos de seguridad válidos, sensibles, específicos y relevantes, relacionados al menos con la Estrategia para la Seguridad de la Consejería de Salud:
 - Identificación inequívoca del paciente.
 - Uso Seguro de Medicamentos (Precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, medicamentos de aspectos o nombre parecidos...).
 - Prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
 - Mejora de la comunicación (Comunicación durante el traspaso de pacientes, resultados de pruebas críticas...).
 - Indicadores de seguridad de pacientes obtenidos del CMBDA (AHRQ...).

A nivel local:

Tras identificar los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en el entorno determinado, se realizará el AMFE, priorizar mediante el Número de Prioridad de cada Riesgo⁽¹⁾ (NPR), 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 local, de acuerdo con el Programa de Seguridad del Centro o Unidad:

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

⁽¹⁾ Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente.



2.3.4 Uso racional de medicamentos (URM)

El abordaje integral de los PAI en el Sistema Sanitario Público de Andalucía 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 la actualización de los PAI, 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 sanitaria 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 PAI en su conjunto.

Recomendaciones

1. Todos los PAI 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 actualización contarán con la participación de profesionales expertos en selección y uso racional del medicamento, a través del Grupo Multidisciplinar Asesor en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud. Asimismo, según el proceso y la importancia y complejidad del tratamiento fármaco-terapéutico, podrán contar con la colaboración de expertos y recursos externos al equipo (CADIME, AETSA y TaqWin¹ -portal de información para expertos en URM-).

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 PAI de que se trate, los 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 PAI 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 elementos imprescindibles en el desarrollo de objetivos de las UGC, por tanto serán parte de los objetivos prioritarios del SSPA en la promoción del URM. En la medida de lo posible deberán incorporarse a las ayudas a la prescripción en DIRAYA y módulos de prescripción electrónica en Hospital.
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 PAI

- 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 actualización de la guía de diseño, es preciso poner en valor la personalización de los PAI 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 PAI**, 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 enfermeros han de posibilitar la adaptación del proceso normalizado que suponen los PAI, a las necesidades individuales de cada paciente.

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

- PAI quirúrgicos de corta estancia (Colecistitis, Amigdalectomía, etc.).
- PAI quirúrgicos, oncológicos y con alteración de imagen corporal (Cáncer de Mama, Cáncer Colorrectal, Cáncer de Pulmón, etc.).
- PAI de evolución crónica (EPOC, Diabetes, Atención a Pacientes Pluripatológicos, Insuficiencia Cardíaca, etc.) y el PAI Cuidados Paliativos.
- PAI materno-infantiles.

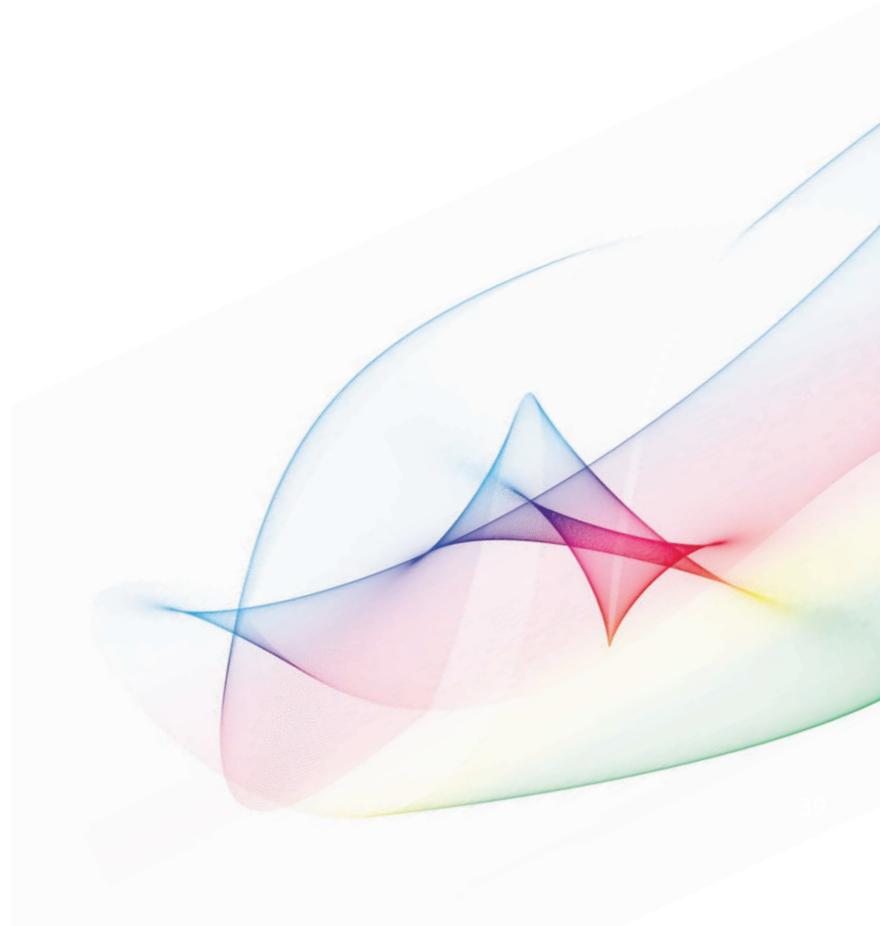
Por otra parte existen elementos, enmarcados en los **modelos enfermeros de práctica avanzada**, que deben aparecer para garantizar la mayor efectividad en la asistencia prestada dentro del marco del PAI favoreciendo la asistencia en acto único y alta resolución:

- Gestión de Casos o planificación coordinada y anticipada de cuidados, que incorpora los distintos ámbitos que tienen incidencia en la atención dispensada a pacientes y sus familiares, de acuerdo con sus necesidades y con los recursos disponibles en cada centro.
- Telecuidados o uso de las tecnologías de la comunicación, como medio de provisión de información y servicios sanitarios 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.
- Nuevas competencias de práctica enfermera, que facilitan la accesibilidad de las personas incluidas en los procesos, así como una respuesta única a sus necesidades, como son:
 - Uso e indicación de medicamentos no sometidos a prescripción médica, colaboración en el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos y prescripción de productos sanitarios.

- Derivación de pacientes.
- Gestión de pruebas complementarias.
- Para garantizar una efectiva gestión de cuidados se debe seguir con el desarrollo de planes y modelos asistenciales implantados en el sistema sanitario, que dan respuesta a las necesidades de la población en general y de grupos especialmente frágiles y/o vulnerables, en particular:
 - Modelo de Enfermera de Referencia para el Cuidado: identificación de una enfermera referente (en los ámbitos comunitario y hospitalario), que garantice la atención integral y continuada de cada paciente y su familia.
 - Plan de atención a Cuidadoras familiares en Andalucía.

Objetivos

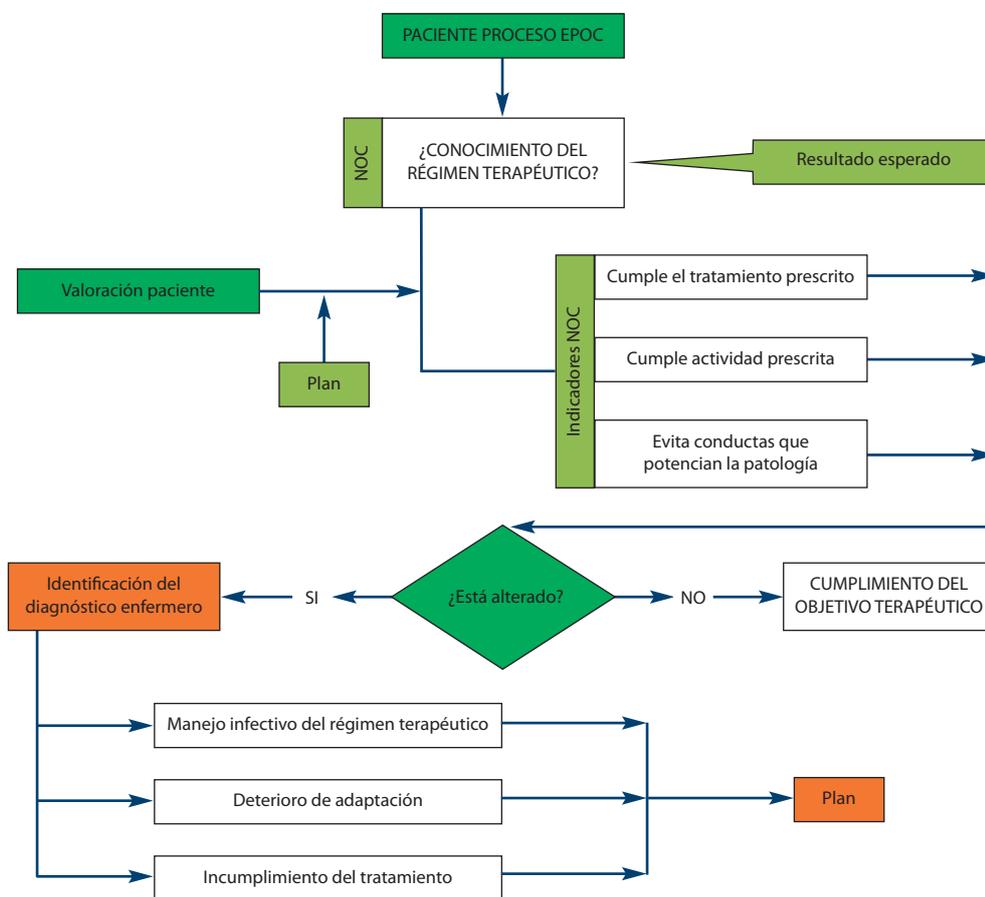
- Incorporar los elementos de cuidados necesarios, que permitan la personalización de la asistencia garantizando un entorno seguro.
- Incluir todos los cuidados que se realicen cualquiera que sea el profesional que los provea.
- Incorporar modelos de prácticas de **enfermería clínica avanzada e integrar** nuevas competencias de práctica enfermera.



Recomendaciones

En todos los PAI

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 resultados NOC (Ej: En la fase de hospitalización cada paciente conocerá su régimen terapéutico. Antes del alta el paciente será capaz de gestionar sus cuidados. En la fase prequirúrgica manifestará autocontrol de la ansiedad, etc.).



2. Integrar en la definición de los PAI los elementos cuidadores y de continuidad de cuidados.
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 tests de valoración).

4. Incluir indicadores de resultado de los cuidados enfermeros basados en la taxonomía NOC en momentos específicos de la asistencia prestada.
5. Incluir intervenciones enfermeras de la taxonomía NIC en la planificación de cuidados a desarrollar por la enfermera.
6. Las acciones enfermeras 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 PAI quirúrgicos de corta estancia, deberán aparecer:
 - Objetivos de cuidados referidos a conocimiento del PAI y control del dolor.
 - Elementos de continuidad referidos a oferta en telecuidados y seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos, que faciliten la accesibilidad del o de la paciente al sistema de salud.
 - La educación sanitaria definida desde resultados esperados.
 - La promoción de hábitos de vida saludable.
2. En los PAI de evolución crónica y en el PAI Cuidados Paliativos, deberán aparecer:
 - Objetivos referidos al manejo del régimen terapéutico y control de síntomas.
 - La gestión de casos desde el ámbito hospitalario y comunitario que favorezca la coordinación del plan asistencial.
 - La identificación de enfermera referente en ambos 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 productos sanitarios. La derivación de pacientes y la gestión de pruebas complementarias como mejoras de la accesibilidad y como modelo de respuesta única a pacientes.
 - La educación sanitaria definida desde los resultados esperados. De forma específica, tener en cuenta elementos de Manejo Efectivo del Régimen Terapéutico.
 - La identificación y abordaje según el plan específico de atención a gran Discapacitado y/o sus Cuidadoras familiares implantado en el Sistema Sanitario.
 - Control del dolor.

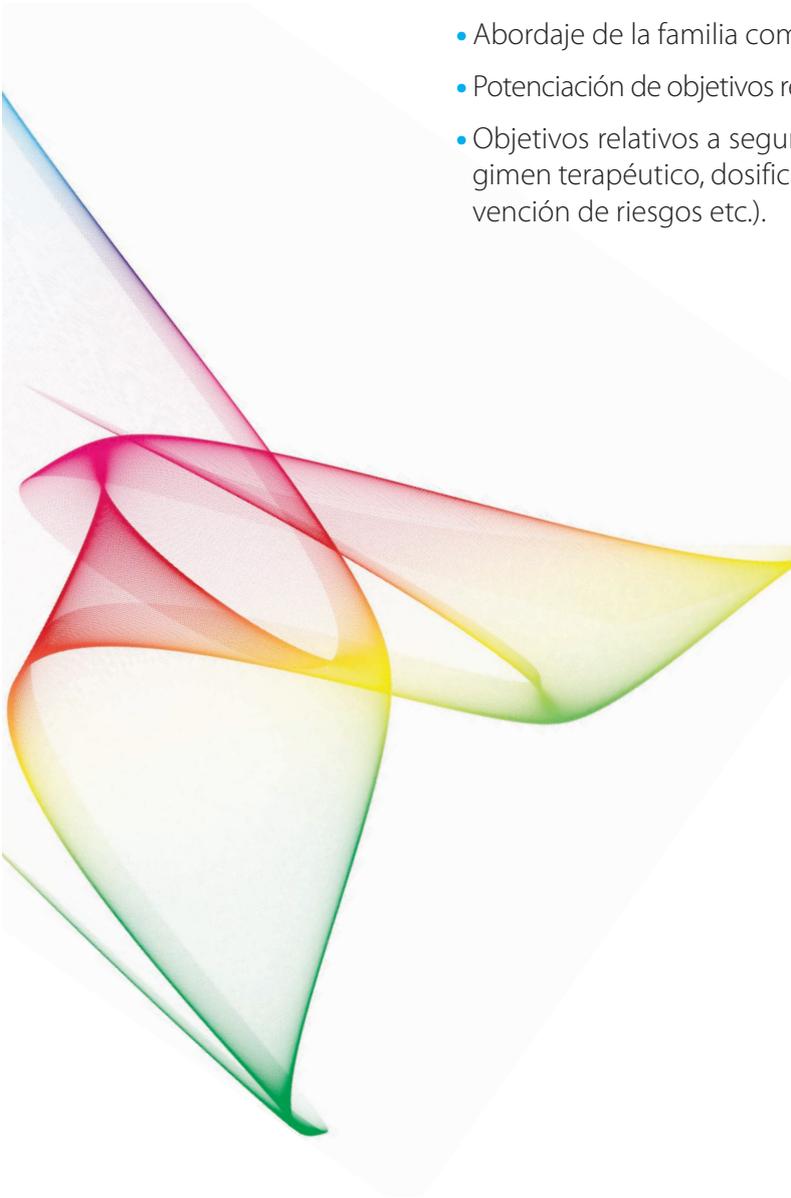
Mejoras estratégicas

Dimensión

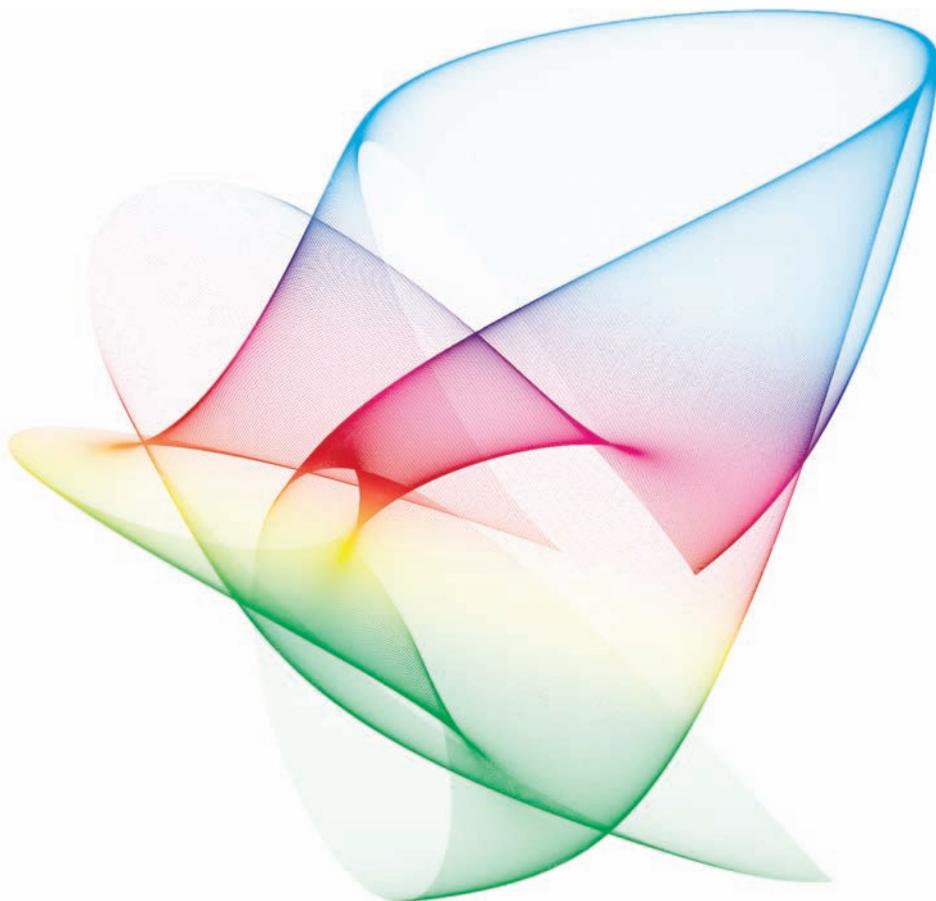
Cuidados de enfermería

- 3.** En PAI quirúrgicos oncológicos y/o con alteración de imagen corporal, deberán aparecer:
 - Elementos de continuidad de cuidados y telecuidados.
 - Control de síntomas, colaboración en el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológico y la indicación prescripción de productos sanitarios
 - Resultados en aceptación de imagen corporal.
 - Valoración del riesgo de modificación del rol familiar.
 - La identificación y abordaje de pacientes Gran Discapacitado y/o sus Cuidadoras familiares, según plan específico implantado en el Sistema Sanitario.
 - Control del dolor.

- 4.** En PAI Materno-Infantiles:
 - 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 los nuevos PAI



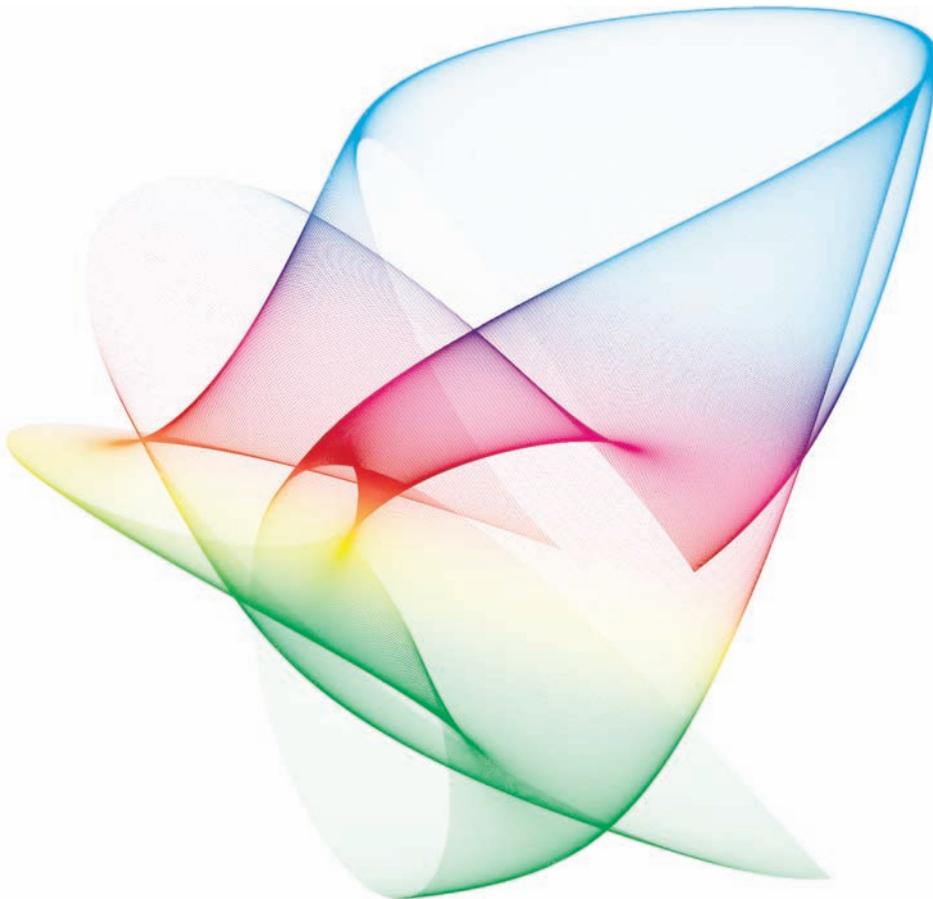
3. Estructura de los nuevos PAI

Otro de los aspectos o dimensiones trabajados por profesionales del GTA, ha sido analizar y proponer la estructura que deben tener los PAI:

Presentación	<ul style="list-style-type: none">• Presentación.• Autoría: nombre, institución y datos de contacto.• Conflictos de interés.• Compromiso de revisión, evaluación en 5 años.• Se hace referencia a la Estrategia de búsqueda utilizada para la incorporación de documentos bibliográficos, que será explícita y reproducible.
Introducción	<ul style="list-style-type: none">• Justificación de la necesidad del PAI.• Análisis del entorno.• Incorporación de dimensiones de calidad estratégicas e innovadoras para la organización (ciudadanía, efectividad clínica, uso racional de medicamentos, seguridad, cuidados y evaluación).
Definición	Definición funcional y límites entrada, marginal y final.
Expectativas y objetivos	Expectativas específicas de paciente y familiares. En función de las mismas se formularán los objetivos.
Descripción general	La descripción general del PAI se realizará siguiendo el recorrido del paciente, reflejándose en la Hoja de ruta.

Componentes: profesionales, actividades, características de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Secuencia temporal de actividades. • Hace referencia al qué, quién, cuándo, cómo y dónde. • Expresa las características de calidad.
Descripción Competencias específicas	<p>Competencias específicas, imprescindibles para los resultados en salud de los pacientes.</p>
Recursos y unidades de soporte específicas	<p>Recursos específicos para la implantación.</p>
Representación gráfica del PAI	<ul style="list-style-type: none"> • Representación Global del PAI. • Representación Especifica del PAI.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Basados en las características de calidad de las actividades del PAI. • Útiles para el seguimiento de los resultados.
Anexos	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Referencias bibliográficas según la normativa de Vancouver.</p>

4. Descripción del Proceso Asistencial Integrado



4. Descripción del Proceso Asistencial Integrado

La metodología para la actualización, descripción de PAI, tiene por objetivo:

Describir el modelo ACTUALIZADO para el desarrollo de un proceso asistencial integrado, adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Para ello es imprescindible volver a contemplar las premisas básicas, que han fundamentado el modelo de procesos asistenciales integrados en Andalucía desde su inicio en el año 2001.

Proceso Asistencial Integrado (PAI):

- Centrado en la **persona** (ciudadano y ciudadana, paciente, usuario y usuaria) como **sujeto activo** en el desarrollo de su PAI, 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 profesionales, 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 PAI 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 PAI se puede producir desde diferentes ámbitos de actuación (AP, AH). 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 PAI 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 PAI Células y Tejidos Humanos

Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a la obtención de células y tejidos humanos, de donantes vivos o vivas o cadáveres y su procesamiento, distribución e implante, 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 PAI

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

- Mujeres incluidas en un Programa de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, realizado en AP, 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 (PAI Asma en la Edad Pediátrica):

- 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 (PAI Cáncer de Mama):

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

Ejemplo 3. Definición funcional del PAI 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.

Descripción del PAI

Definición

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

Límite de entrada

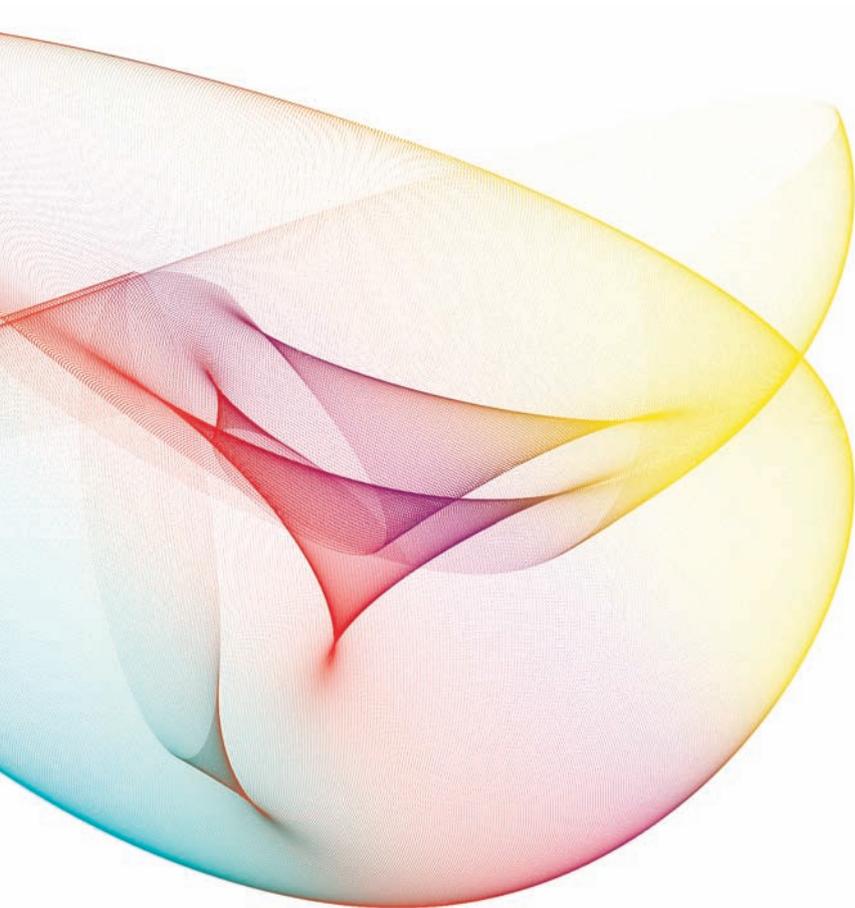
Paciente que accede al Sistema Sanitario Público de Andalucía desde cualquier nivel asistencial con sintomatología clínica compatible con hemorragia digestiva alta.

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 (ciudadano y ciudadana, paciente, usuario y usuaria) es el elemento nuclear que justifica el desarrollo del PAI. 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, que nos permite conocerlas a través de diferentes fuentes primarias de información (encuestas de satisfacción, reclamaciones, procesos asistenciales integrados, planes integrales, escuela de pacientes, opinar.es saludable, etc.) y la organización de grupos focales con usuarios, revisión de estudios anteriores, etc.

Esto implica que, los grupos de trabajo partiendo de las expectativas generales revisarán y explorarán la existencia de expectativas específicas del PAI que están rediseñando y/o actualizando, expectativas específicas de los pacientes (hombres y mujeres) en relación con aspectos muy concretos del desarrollo del PAI, 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 PAI 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.

Descripción del PAI

Expectativas de las personas destinatarias.
Objetivos

Ejemplo de expectativas específicas en varios PAI

Proceso Asistencial Integrado 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 Integrado 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 Integrado Disfonía

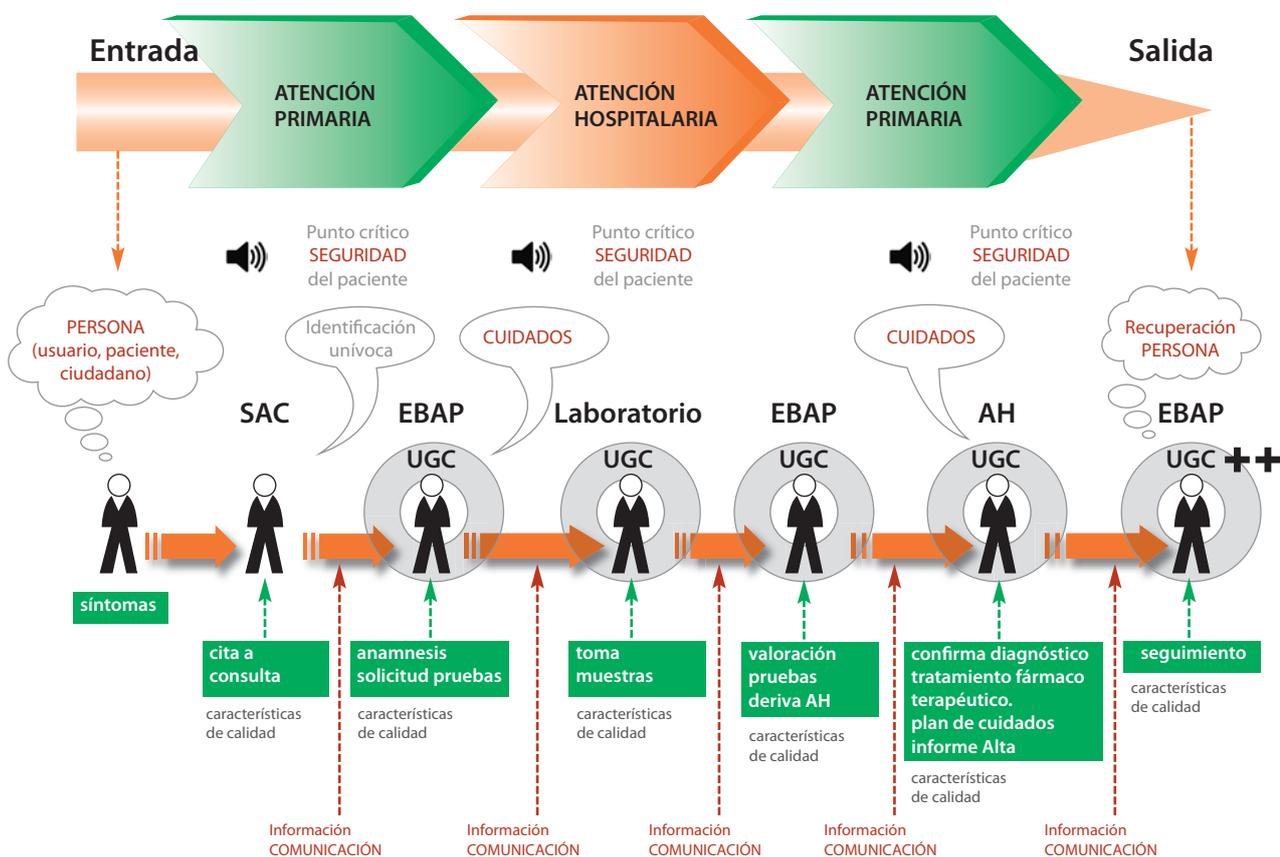
Expectativas del paciente:

Que el SSPA asuma la rehabilitación vocal de los pacientes con disfonía.



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

La descripción general del PAI, 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).



RECORRIDO DEL PACIENTE



Proceso Asistencial Integrado

Descripción del PAI

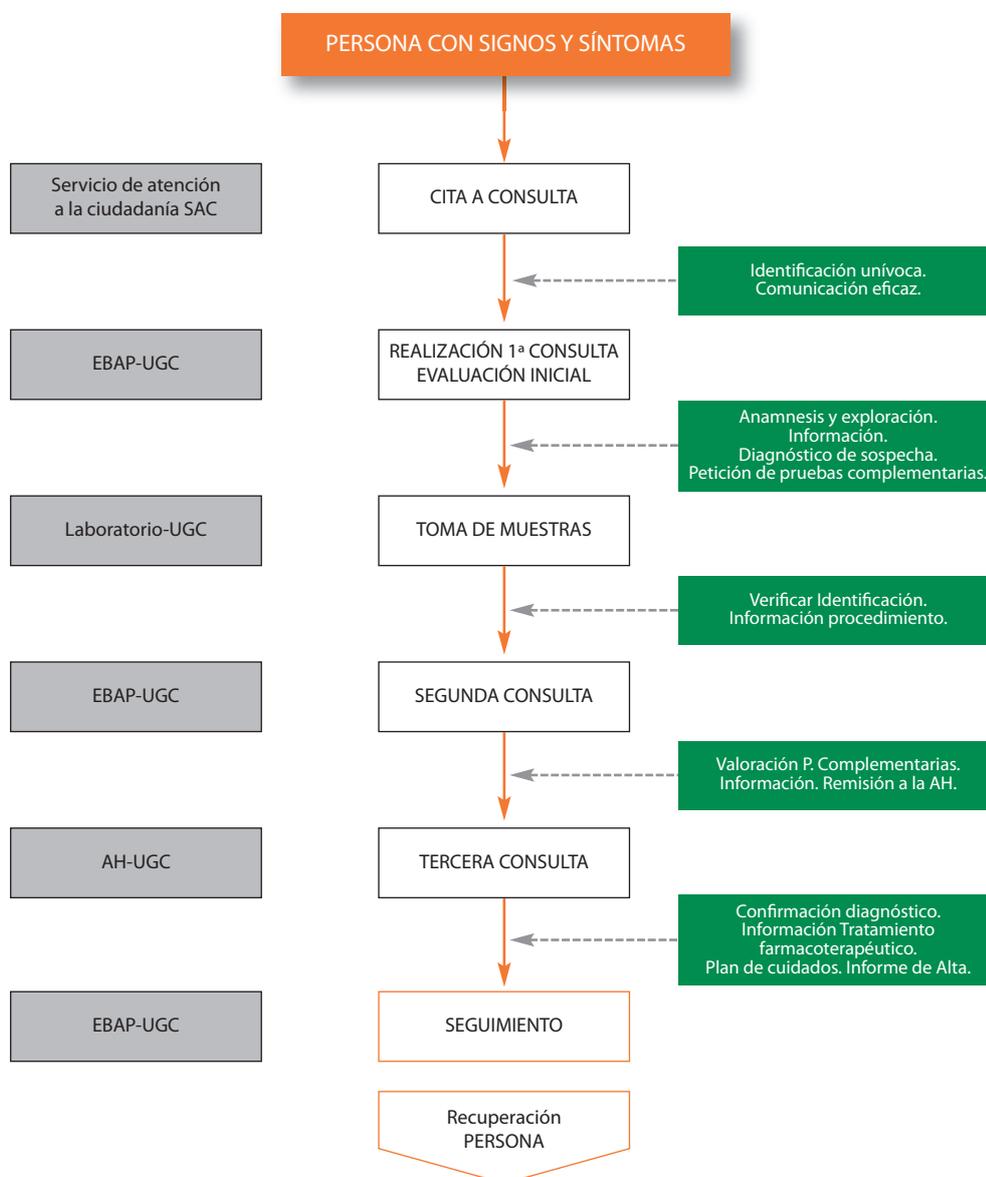
Descripción General del PAI.
Recorrido del paciente.
Hoja de ruta

Al representar gráficamente el recorrido del paciente, observamos que:

- Hay elementos transversales en el desarrollo de todo el PAI, como es la **información** 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 PAI 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 PAI.

Ejemplo 6.

Descripción General de un PAI = RECORRIDO DEL PACIENTE = Hoja de Ruta



Descripción del PAI

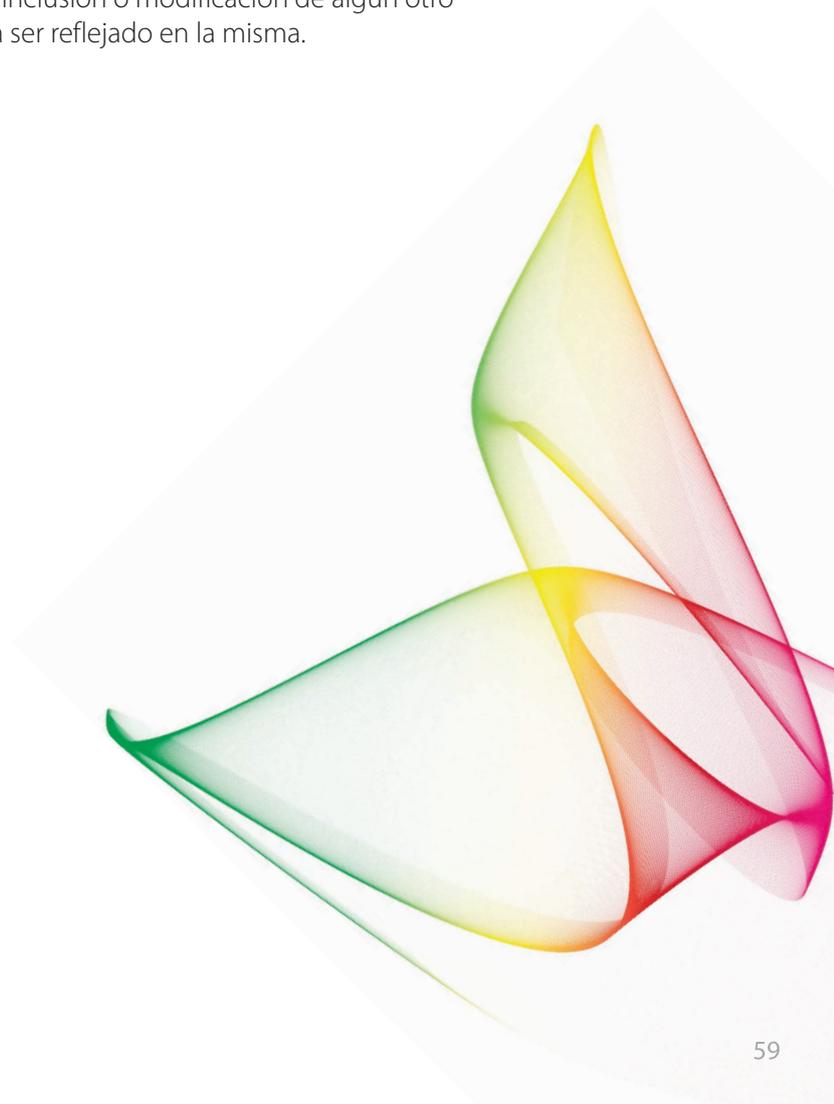
Descripción General del PAI.
Recorrido del paciente.
Hoja de ruta

Al representar gráficamente el PAI, mediante la utilización del diagrama de flujos, en este momento inicial y siguiendo el recorrido del paciente, nos permite visualizar **QUIÉN** 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 PAI, se consideran imprescindibles y deben estar presentes en la **Hoja de Ruta del paciente**:

- Las fases más importantes del PAI (puntos críticos para la seguridad del paciente, derivación al hospital, 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 PAI, los estándares de acreditación de las UGC, al 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 PAI, en función de sus características y actividades concretas a realizar, se contará con los profesionales sanitarios y no sanitarios necesarios para su desarrollo.
- Los profesionales, la actividad que realizan y sus características de calidad estarán definidas y situadas cronológicamente en el diagrama del PAI.
- En función de las características específicas de un PAI, se valorará la participación de personas ajenas al SSPA, buscando el valor añadido que puedan aportar en el desarrollo del mismo.

4.4.2. Actividades del PAI. Características de calidad

Al describir las actividades del PAI, se considerarán y se incorporarán de forma integrada todos los elementos y dimensiones de la calidad, que se han ido desarrollando en la Organización Sanitaria, la seguridad del paciente, la información, los cuidados de enfermería, la efectividad clínica, las actividades no clínicas, la continuidad asistencial, etc.

En cada PAI, 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 PAI.

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 PAI, para así poder identificar fácilmente la actuación que debe desarrollar cada profesional en un momento concreto del desarrollo del PAI.

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

Médico/a Especialista en Aparato Digestivo/Enfermera/Auxiliar de enfermería	
Actividades	Características de calidad
Hospitalización en el servicio de digestivo	<p>1. Δ^3 Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el traspaso del paciente (transferencia del paciente) al Servicio de Digestivo.</p> <p>2. «Cuidados de Enfermería al Ingreso» (código NIC 7310) por enfermera y auxiliar de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción: <ul style="list-style-type: none"> - Asignación de enfermera referente. - Plan de acogida: • i Información a la persona enferma y familiar: explicarles el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización) y aclarar las posibles dudas. Reflejarlo en la Hoja de Ruta del paciente. <p>Comunicación del nombre de enfermera y auxiliar referente.</p> <p>Δ^2 Se aplicarán medidas de seguridad para la identificación inequívoca de pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificación de brazalete identificativo con, al menos dos códigos de identificación diferentes, siendo uno de ellos el NUHSA, de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y de usuario o usuaria del sistema. • Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone de alguna de estas formas de identificación. • Comprobación de los datos y preparación de la historia clínica. <p>Δ^2 Se aplicarán medidas de seguridad tras Valoración de riesgos del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas.

Descripción del PAI

Componentes:
profesionales-
actividades-
características de
calidad

Hospitalización en el servicio de digestivo

- Valoración de signos y síntomas de sangrado digestivo.

Se define objetivo de cuidados para esta fase: «El paciente antes del alta será capaz de gestionar sus cuidados» (cod NOC 1813): al alta el paciente comprenderá el régimen terapéutico específico.

- Valoración del o de la 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 terapéuticas.
 - Δ^1 Se deberá tener precaución en la administración de medicamentos de aspecto o nombre parecido.
 - Aplicación de intervenciones definidas en el Plan de Cuidados individualizados.
 - Aplicación NIC "Disminución de la hemorragia: gastrointestinal" (cod NIC 4022).
 - Δ^7 Aplicación de "evitar errores en la conexión de catéteres y tubos".

3. Atención en planta de hospitalización por la médica o el médico responsable.

- Presentación:
 - Identificación personal. Comunicación del nombre del personal facultativo responsable,  información de procedimientos a realizar.
- Revisión de historia clínica completa:
 - Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de identificación.
 - Δ^6 En todos los casos se escribirá con letra legible. Se fechará y firmará cada uno de los documentos.
- Visita médica diaria con horario reglado:
 - Se realizará anamnesis y exploración física.
 -  Higiene de manos con clorhexidina.

Hospitalización en el servicio de digestivo

- Valoración conjunta con la enfermera referente de la situación del paciente.
- Completar el estudio (urgencias-observación) si fuese necesario. Solicitud de:
 - Hemograma con VSG.
 - Realización de pruebas cruzadas para transfusión sanguínea.
 - Bioquímica en sangre y general de orina.
 - Rx de tórax (si por condiciones clínicas o técnicas se precisa).
- En función de la sospecha diagnóstica, el estudio se completará con:
 - Pruebas analíticas específicas (estudio específico de coagulación, serologías, etc.).
 - Valoración de indicación y secuencia de otros medios diagnósticos:
 - Δ^4 Endoscopia digestiva por FEA Digestivo (endoscopista) previo consentimiento informado escrito. (Anexo: Formulario Endoscopia digestiva).
- Actuación terapéutica:
 - Actuaciones terapéuticas específicas según sus indicaciones:
 - Si dieta absoluta, tratamiento con sueroterapia según valoración clínica, administrar entre 2000-3000 cc de suero glucosalino añadiendo CLK según necesidades de aporte Δ^5 (Control de las soluciones concentradas de electrolitos).
 - Δ^6 Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, omeoprazol vía intravenosa 40 mg cada 24 horas.
 - Δ Tratamiento con hemoderivados. Ante la necesidad de transfusión sanguínea, se informará al paciente de los riesgos y beneficios, se registrará en la historia clínica y se le solicitará su autorización mediante firma del formulario de consentimiento.
 - Prevención y detección de complicaciones y tratamiento de las mismas.
- **i** Información a paciente y familia:
 - Se informará puntualmente sobre la estrategia diagnóstico-terapéutica y sobre las posibles alternativas y se registrará en la historia clínica.
 - Con carácter diario, se informará sobre la situación clínica.

Descripción del PAI

Componentes:
profesionales-
actividades-
características de
calidad

Hospitalización en el servicio de digestivo	<ul style="list-style-type: none">- La información será clara y comprensible. <p>4. Planificación del alta hospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none">• El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente:<ul style="list-style-type: none">- Se elaborará un informe clínico único que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio.- Fomento de la autonomía personal.- Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario.- Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria.- Se facilitará la cita de revisión para consultas externas hospitalarias cuando sea necesaria.- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio.- Contacto telefónico con la enfermera gestora de casos comunitaria para planificación conjunta al alta, en caso necesario.- En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.
--	--

△ Triángulo que identifica puntos en los que se debe considerar temas relacionados con la seguridad del paciente.

△¹⁻⁹ Cuando el triángulo lleve un superíndice numérico se refiere al criterio concreto de las recomendaciones de la OMS "Soluciones para la seguridad del paciente".

 Proyecto "Higiene de manos" para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes (objetivo nº 17 de la estrategia para la seguridad del paciente Consejería de Salud de la Junta de Andalucía).

 Momentos del desarrollo del PAI que se debe informar al paciente.

4.5 Descripción de Competencias Específicas

En el sistema sanitario, y a los efectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean, (*Ley de Cohesión y Calidad del SNS, art. 42*).

La gestión por competencias es el modelo adoptado por el Sistema Sanitario Público de Andalucía en los 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 la actualización de los PAI, 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 PAI.

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

La descripción de competencias específicas en la actualización de los PAI, se orientarán por tanto a los resultados esperados del PAI, 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 PAI.

Descripción del PAI

Descripción de Competencias Específicas

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

MAPA DE COMPETENCIAS			
Profesional	Conocimientos	Habilidades	Actitudes
Enfermera planta de digestivo	<p>Manejo de líquidos/ electrolitos</p> <p>Manejo del schok/volumen</p> <p>Conocimiento de técnicas de control de ansiedad</p>	<p>Dominio de la técnica de perfusión de líquidos y hemoderivados</p> <p>Habilidades de comunicación en situaciones estresantes</p>	<p>Orientación al cliente</p> <p>Orientación a resultados</p>
Enfermera de sala de endoscopia	Técnicas a aplicar en sala de endoscopia	Preparación y administración de medicamentos anestésicos por vía intravenosa	Genera valor añadido a su trabajo
Endoscopista	Altas	Endoscópicas	

Ejemplo. Mapa de competencias específicas profesionales. PAI Cáncer de Cuello de Útero.

Profesional	Conocimientos	Habilidades	Actitudes
Enfermera AP	Técnica toma de muestra para citología	Manejo de la técnica de toma de muestras citológicas cérvico-vaginales (triple toma wied)	
Enfermera de sala de endoscopia	Útero	Electroquirúrgicas	

4.6 Recursos y Unidades de soporte

Recursos materiales específicos

Como elementos de entrada al PAI, están determinados por las necesidades para la consecución de los objetivos. Deberán definirse los recursos principales, sus características y requisitos de calidad. No se trata de una distribución territorial de recursos, sino de distribución de recursos en función de actividad a desarrollar.

Se dará relevancia a aquellos que aporten valor específico en cada PAI, así como a sus especificaciones técnicas, evitando incluir recursos materiales habituales (tipo consulta equipada, papelería, fungibles, etc).

Ejemplo para la actividad 4 del PAI ficticio «Hemorragia Digestiva Alta».

Recursos	Características de calidad. Requisitos
Sala de endoscopia Dotación adaptada al servicio determinado	Según normas de calidad avaladas por la evidencia (ISO 9000, Planes funcional del centro, etc.)
Endoscopia digestiva Según características del servicio a prestar	Según normas de calidad GAM ⁽¹⁾

⁽¹⁾ GANT, GINF, GEN guías para la toma de decisiones en la gestión de servicios de salud.

Unidades de soporte

Son aquellas unidades responsables de los procesos de soporte. Ofrecen al PAI las entradas o recursos necesarios para la cumplimentación de sus objetivos.

Los procesos de soporte se comportan como proveedores del PAI, su objetivo es dotar de recursos, apoyo logístico o administrativo y aparecerán como tal en la representación gráfica global del PAI.

En la descripción del PAI, las actividades relacionadas con procedimientos diagnósticos (laboratorios clínicos, radiodiagnóstico, etc.), deberán recoger características de calidad definidas en dicho proceso de soporte. Ej: tiempos de respuesta en la emisión de informes, de completar estudio, etc.

Las entradas que suministran las unidades de soporte o apoyo se especificarán en el PAI junto a la unidad proveedora que la ofrece y sus características de calidad.

Descripción del PAI

Recursos y Unidades de soporte

Ejemplo: para la actividad 4 del PAI ficticio «Hemorragia Digestiva Alta».

Unidades de soporte	Características de calidad
Radiología Definir entradas	Según las descritas en el proceso de soporte, estableciendo indicadores relacionados tiempos de respuesta emisión de resultados.
Hematología (Banco de sangre) Definir entradas	Idem
Laboratorio Definir entradas	Idem



4.7 Representación gráfica del PAI

La representación gráfica del PAI nos permite:

- Visualizar globalmente y paso a paso los detalles del mismo, los diferentes entornos de actuación asistencial (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Urgencias o Emergencias), las personas implicadas (ciudadanos, 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.
- Ligar 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 PAI, altamente complejos y que implican varias instituciones dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, obliga a abordar la representación gráfica del mismo paso a paso y desde diferentes ópticas que, partiendo desde la visión más general, describa el PAI en toda su integridad. Para visualizar el PAI en su conjunto realizaremos la **Representación Global del PAI**, incluyendo los procesos estratégicos y de soporte que sustentan y apoyan el desarrollo del mismo. A continuación, para ver los diferentes elementos en todas las fases del PAI, realizaremos la **Representación Específica del PAI**, donde se representará el PAI hasta el mínimo nivel de detalle que se necesite llegar, visualizando procedimientos, tareas, etc.

La representación gráfica del PAI vendrá determinado por el tipo de PAI concreto 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 PAI, se ha establecido:

1. Representación Global del Proceso Asistencial Integrado

Se trata de representar gráficamente un PAI concreto buscando potenciar la estrategia del abordaje de la GPAI en Andalucía.

Al tratarse de Procesos Asistenciales Integrados, 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 PAI, la entrada de la persona (paciente, usuario, ciudadano), los proveedores que intervienen en los diferentes entornos (AP-AH-URGENCIAS, etc.), las salidas del PAI y la continuidad asistencial del paciente, los procesos estratégicos y de soporte.

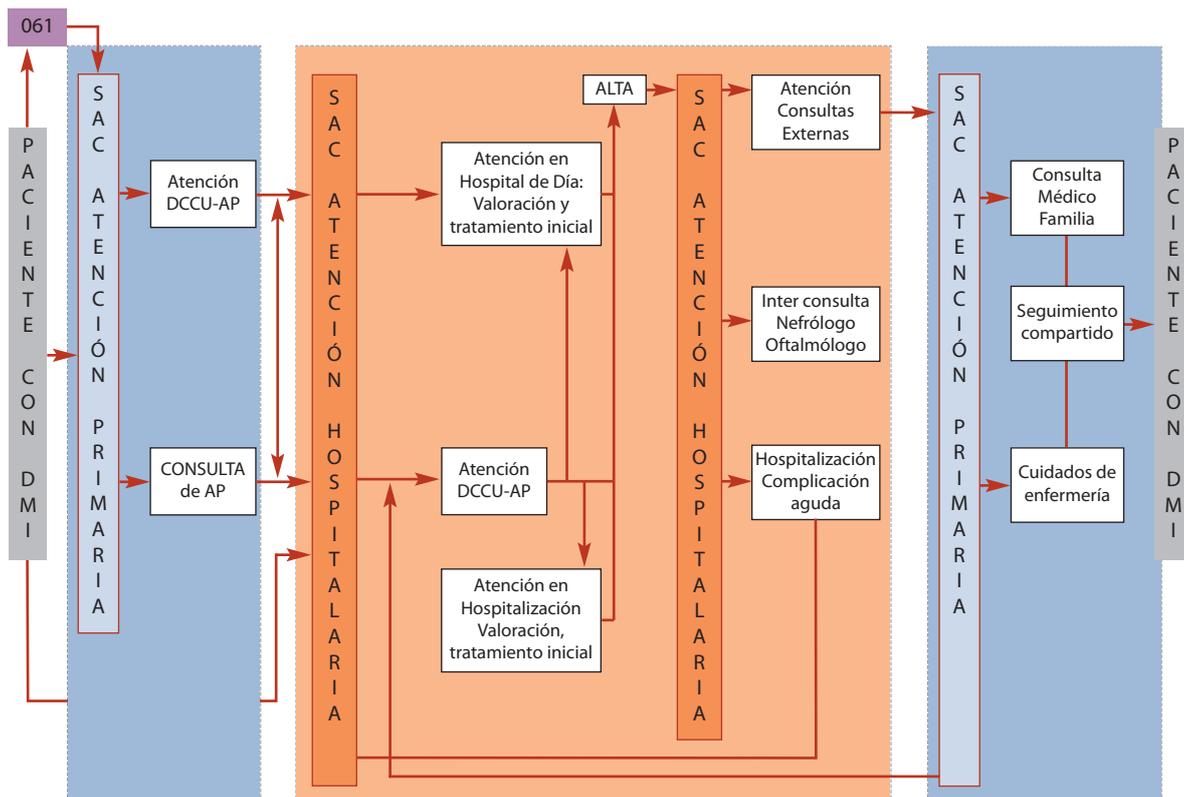
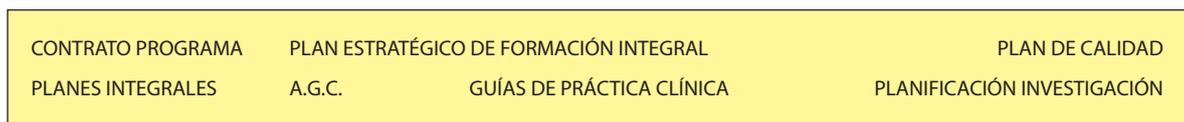
Descripción del PAI

Representación Global del PAI

Esquema para la representación Global del PAI:

- Procesos ESTRATÉGICOS, están orientados a las actividades estratégicas de la Organización, para incrementar la calidad en los servicios que presta a la ciudadanía, y dar respuesta a sus necesidades y expectativas, II Plan de Calidad, Plan Integral de Formación, Contrato Programa. En ellos se establecen de forma explícita los principios, valores y estrategias del SSPA, 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 PAI al paciente.
- En la parte inferior se hallan las Unidades de SOPORTE, imprescindibles para el desarrollo del PAI, al cual apoyan Laboratorio, Farmacia, Gestión de personas, Radiodiagnóstico, Documentación, TIC, etc. En ocasiones se ha descrito un Proceso de SOPORTE detrás, por sus condiciones específicas o estratégicas como Técnicas de Imagen, Laboratorios clínicos.

PROCESOS ESTRATÉGICOS



PROCESOS DE SOPORTE

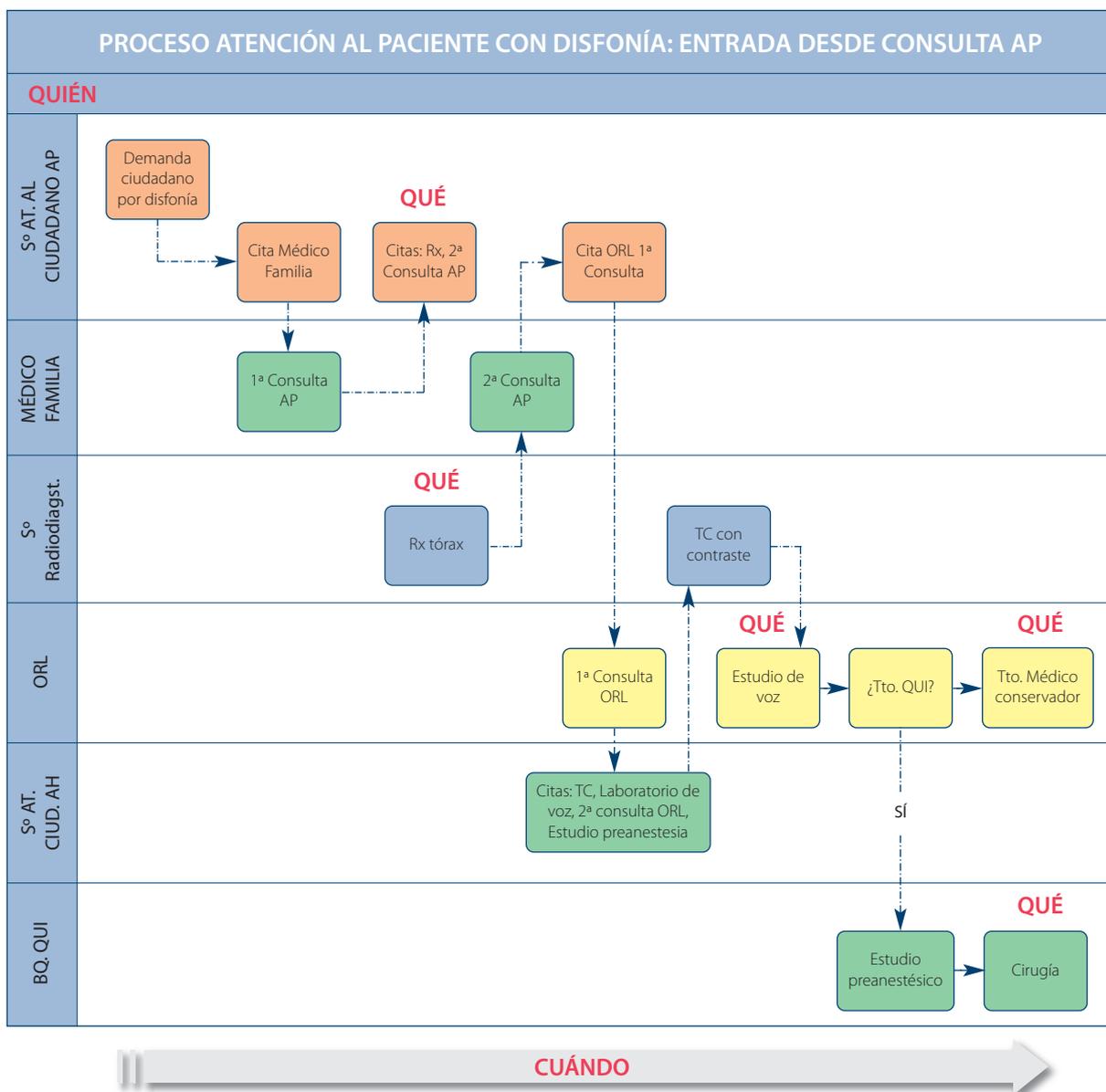


2. Representación Específica del PAI

Es el modelo de representación gráfica, mediante diagrama de flujos, donde se desglosan las actividades del PAI «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 PAI determinado), queden claramente reflejados los fines del mismo.

A continuación se muestran diferentes modelos de flujogramas:

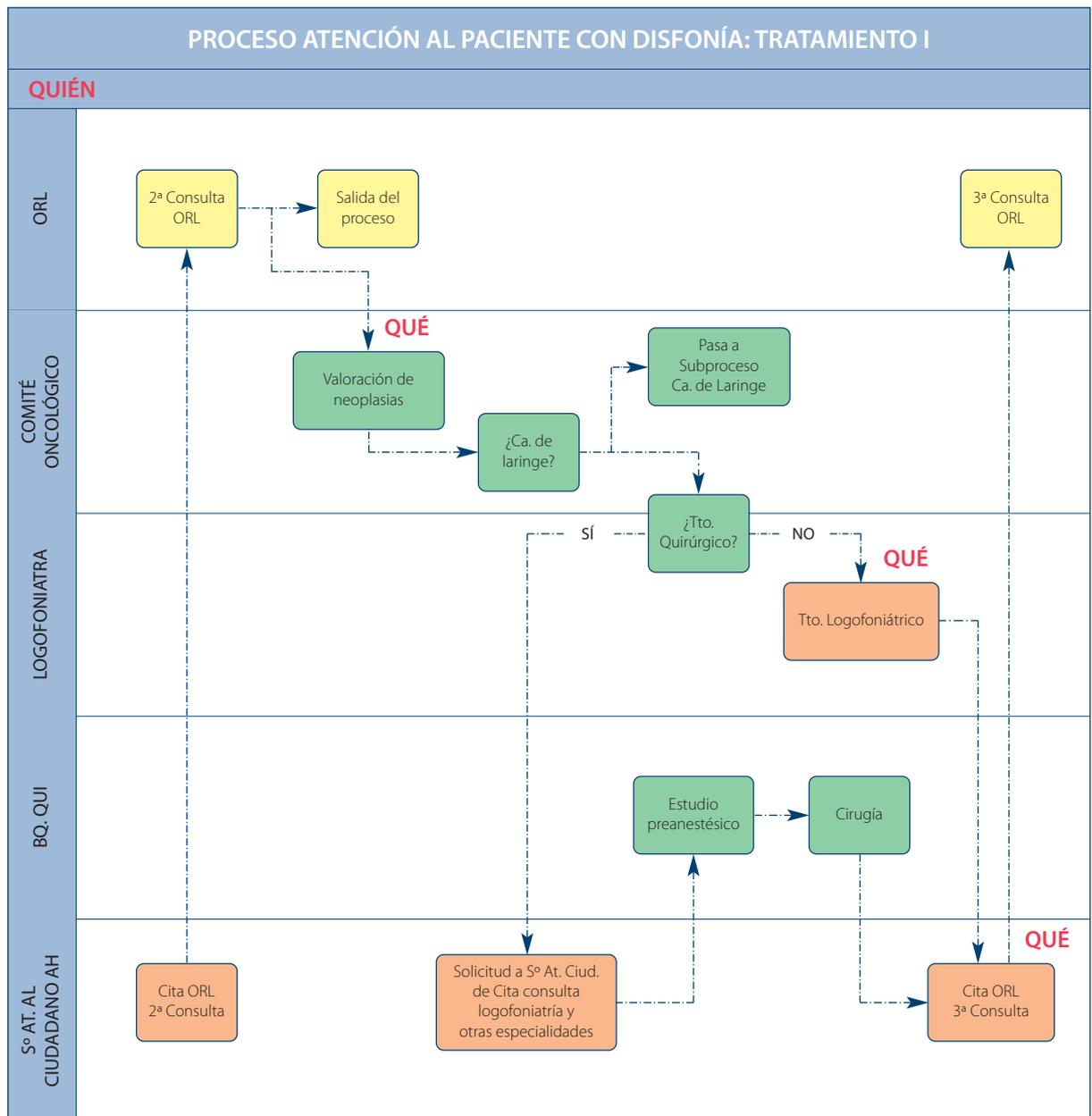


Continúa en la página siguiente

Descripción del PAI

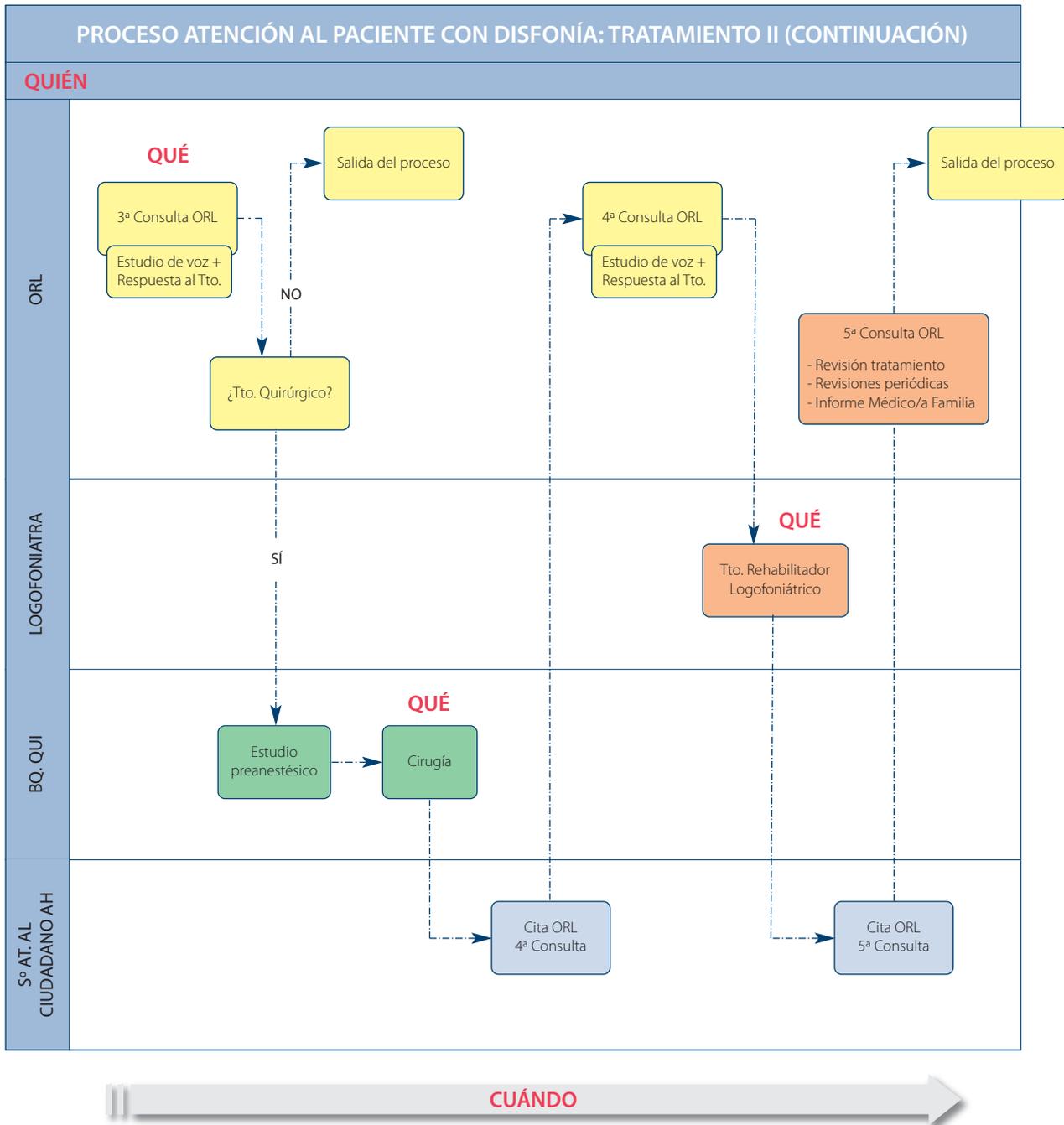
Representación gráfica del PAI

Viene de la página anterior



Continúa en la página siguiente

Viene de la página anterior

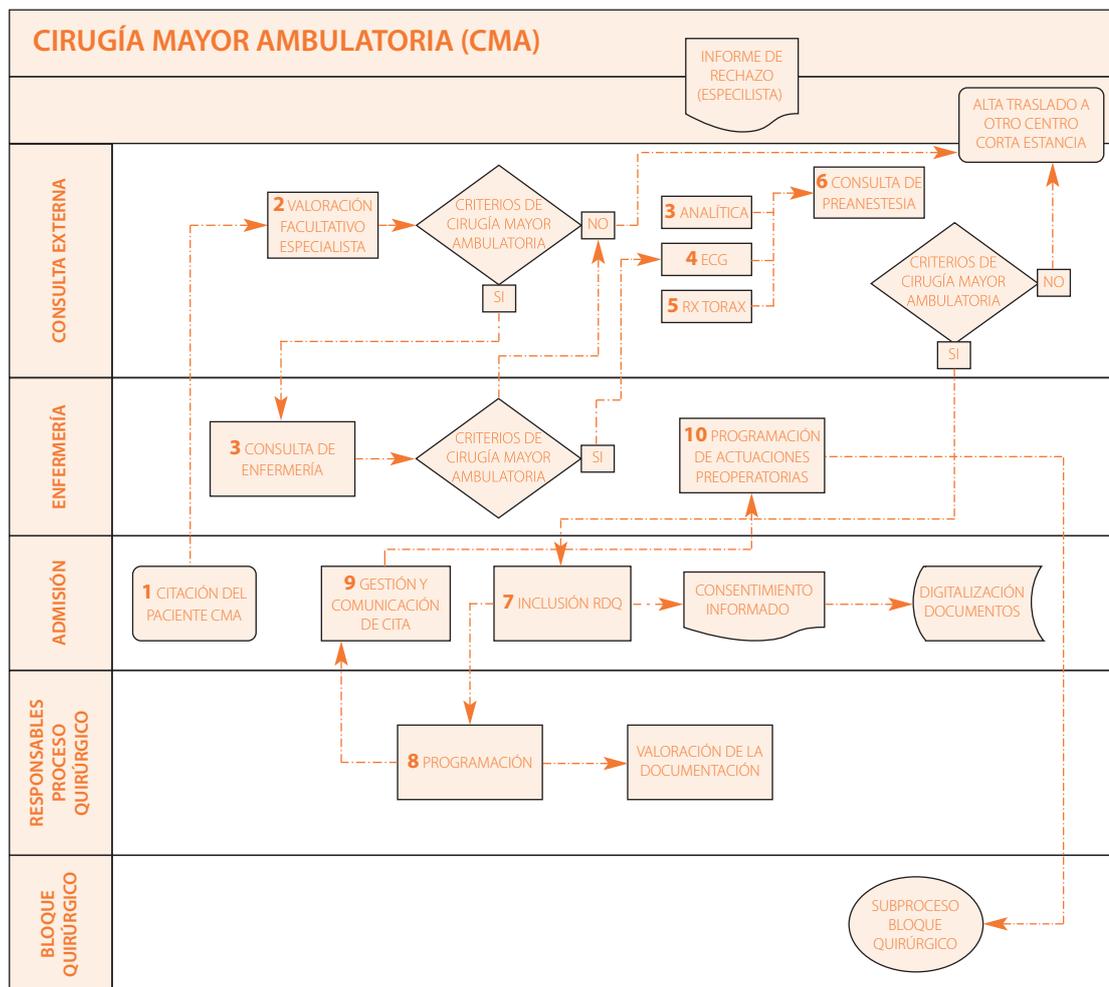


Descripción del PAI

Representación gráfica del PAI

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener a su vez, otro esquema de flujoograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se quiera o se necesite llegar. Se trataría de exponer vías organizativas en un centro o servicio y, por tanto, de una representación local del PAI.

Ejemplo 2



Este esquema propuesto de mapeado de PAI representa un modelo teórico de apoyo que tendrá que ser adaptado a las necesidades de cada PAI 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 Integrados 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.

La variabilidad en la elaboración de los indicadores descritos hasta ahora, es un hecho. A esto se suma la confusión terminológica que se ha podido introducir al formular indicadores de PAI, indicadores de implantación, características de calidad del PAI, normas de calidad de Contratos programa, por lo que es necesario en este momento aclarar los términos a utilizar para medir los resultados del PAI.

El objetivo de este capítulo es proponer unas recomendaciones para la elaboración de indicadores, a partir de las características de calidad definidas en el PAI 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.

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 el Sistema Sanitario Público de Andalucía/Sistema Nacional de Salud/Estrategias internacionales que permitan la comparabilidad.
6. Equilibrar los indicadores de procesos, de estructura y de resultados según cada PAI.
7. Establecer un nº limitado de indicadores válidos.
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.

Descripción del PAI

Indicadores

- 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 PAI y que necesariamente se deberían medir. Estas características de calidad deben servir para definir el criterio que mide el indicador (Ej: retinografía en el PAI Diabetes, á-bloqueantes en la 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** (CMBD, 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, 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 de indicadores

Denominación del indicador	
Denominación de términos	<ul style="list-style-type: none"> • 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 la medición del indicador.
Población del indicador	Criterios de Inclusión en el numerador y el denominador.
Datos a recoger y fuentes	<p>Datos: datos que se recogen del criterio que se mide (demora > de 30 días, tratamiento con IECA, etc.).</p> <p>Fuente: Fuentes de datos de pacientes (para el denominador) y fuentes de datos de información medible (para el numerador).</p>
Estándares disponibles	
Periodicidad	
Prioridad	

Descripción del PAI

Indicadores

- 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 descripción del PAI 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 PAI ficticio "Hemorragia Digestiva Alta".

Neumoperitoneo por perforación tras la realización de endoscopia digestiva	
Denominación de términos	<p>Definición: Casos de neumoperitoneo por perforación tras la realización de endoscopia digestiva con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.</p> <p>Cálculo: $\frac{\text{Nº de casos de neumoperitoneo iatrogénico en pacientes con hemorragia digestiva alta tras endoscopia digestiva} \times 100}{\text{Nº de endoscopias digestivas en pacientes con hemorragias digestiva alta.}}$ </p>
Tipo de indicador	Seguridad.
Dimensión	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 endoscopia digestiva.
Datos a recoger y fuentes	Altas con código CIE_9 MC XXX Fuente: CMBD.
Estándares disponibles	0.5 cada 1.000 endoscopias.
Periodicidad	Anual.
Prioridad	

4.9 Anexos

Se incluirán:

- **Hoja de ruta del paciente**, del PAI determinado.
- **Puntos críticos** para la seguridad del paciente.
 - Recomendaciones y buenas prácticas (Estrategia para la seguridad del paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía).
- Enlaces link.
- Cuidados estandarizados.
- Técnicas específicas de interés.
- Ampliación de conocimientos específicos.

4.10 Glosario de términos

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

- Definir cada sigla la primera vez que se cite en el documento.
- Sin puntos y sin plural (AINE).
- No citar siglas no definidas. Están aceptadas: OMS, SIDA, VIH, WHO.
- Algunas de uso frecuente son:
 - Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC).
 - Atención Primaria (AP).
 - Atención Hospitalaria (AH).
 - Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de AP (DCCU-AP).
 - Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de AH (SCCU-AH).

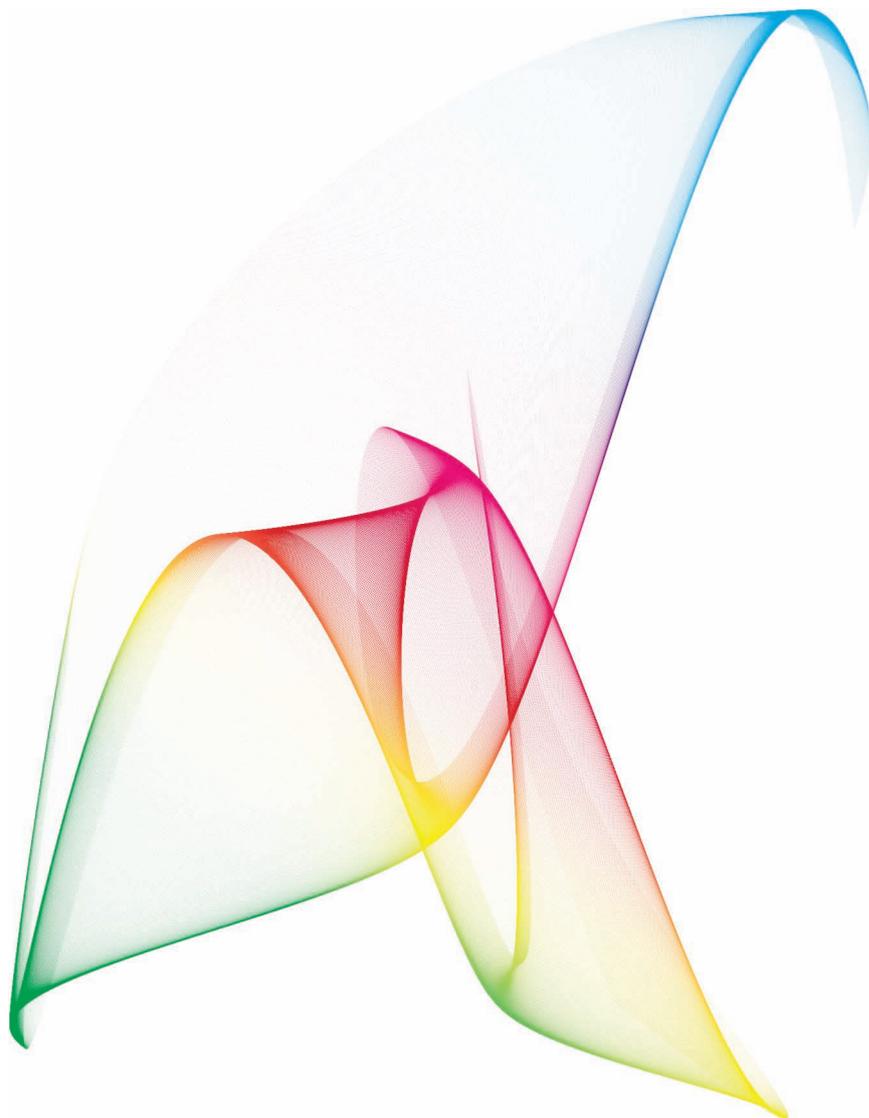
4.11 Bibliografía

La bibliografía utilizada para la descripción del PAI, se realizará siguiendo las normas de Vancouver.

4.12 Diseño/formatos de presentación de los PAI

La presentación de los PAI, se realizará en diferentes formatos, Web, papel, guía de bolsillo, resumen (Pda), aprovechando el desarrollo de las TIC, y demás elementos para simplificar y darle sencillez al acceso y utilización de los mismos.

5. Metodología de trabajo de los grupos en la actualización de los PAI



5. Metodología de trabajo de los grupos en la actualización de los PAI

El punto de partida para la actualización y descripción de los PAI, se realizará considerando los Planes Integrales existentes, sus desarrollos, la persona que los dirige, los proyectos y líneas de acción que complementarán las actividades y actuaciones en la descripción de los nuevos PAI.

La revisión y actualización del PAI se realizará, por grupos de profesionales sanitarios y no sanitarios del SSPA implicados en su desarrollo e implantación en los centros, y por personas con competencias específicas y/o experiencia en áreas determinadas de conocimiento, imprescindibles para la actualización de un PAI determinado: metodólogos, farmacéuticos, educadores, terapeutas ocupacionales, representantes sociales, etc. Asimismo contará con el apoyo explícito de entidades o instituciones (AETSA, ACSA, Red Social de Ayuda Mutua, etc.) que se consideren necesarias para garantizar su calidad tanto en su actualización como en sus productos finales.

El trabajo de los grupos se realizará definiendo:

- 1. La composición del grupo de trabajo**, cada PAI contará con dos personas que asumirán la Coordinación y el Apoyo Metodológico, los cuales elaborarán propuesta sobre el resto de componentes del grupo de trabajo. Para la constitución del Equipo (* elección de las personas que van a actualizar/describir un PAI) y en función de las características específicas del mismo, se considerará no sólo las personas que van a participar activamente en su implantación y desarrollo posterior, sino también, otros elementos, recursos, instituciones, necesarios para la actualización del mismo.

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

- Analizarán la situación en relación al PAI que les ocupa: revisión de fuentes de información existentes (documentos estratégicos de nuestra CC.AA.).
 - Identificarán las áreas de mejora para la actualización del PAI (plantilla, listado de comprobación...).
 - Elaborarán la **Propuesta** para el abordaje del trabajo encomendado.

- 2. La metodología de trabajo del grupo.**

El **QUÉ** hay que hacer:

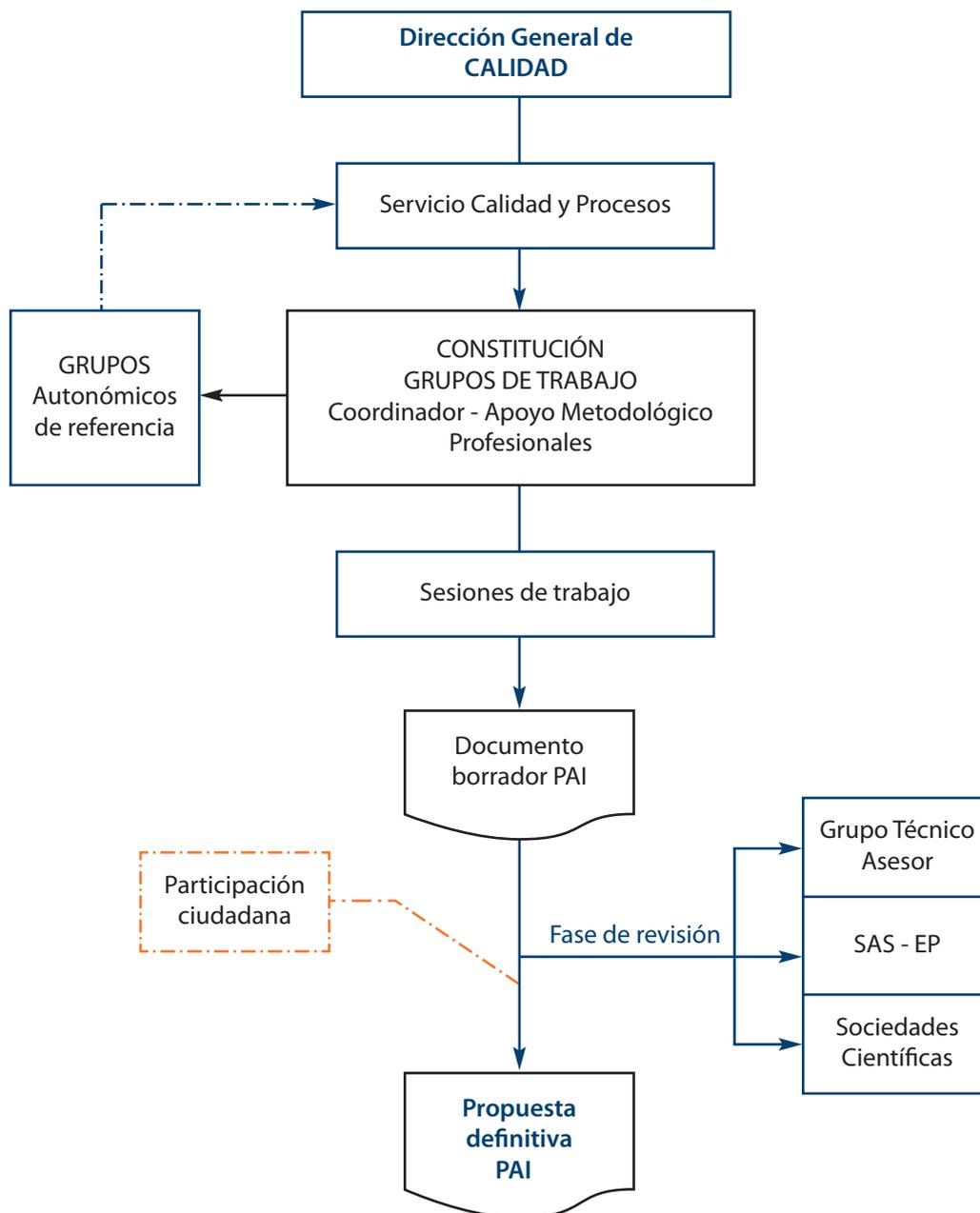
- Definición de los **OBJETIVOS DEL TRABAJO** del GRUPO.

El **CÓMO** lo vamos a hacer:

- Analizando la situación actual del tema.
- Revisando las fuentes de información existentes.

- Planificando los trabajos (guión de sesiones, etc.).
- Definiendo un cronograma para su desarrollo, los productos esperados por sesión de trabajo y el producto final.
- Evaluando los trabajos que se van realizando y aplicando mejoras de forma continua al proyecto.

3. Estructura organizativa, revisión y productos finales:



4. Funciones componentes de los grupos de trabajo

- Coordinador del PAI:

Persona cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del PAI. Responsable, junto al apoyo metodológico, de la revisión, actualización y mejora continua del mismo, debe conocer en profundidad el PAI que va a coordinar; disponer de conocimientos en metodología de calidad, GPAI, gestión en las organizaciones sanitarias.

- Apoyo metodológico:

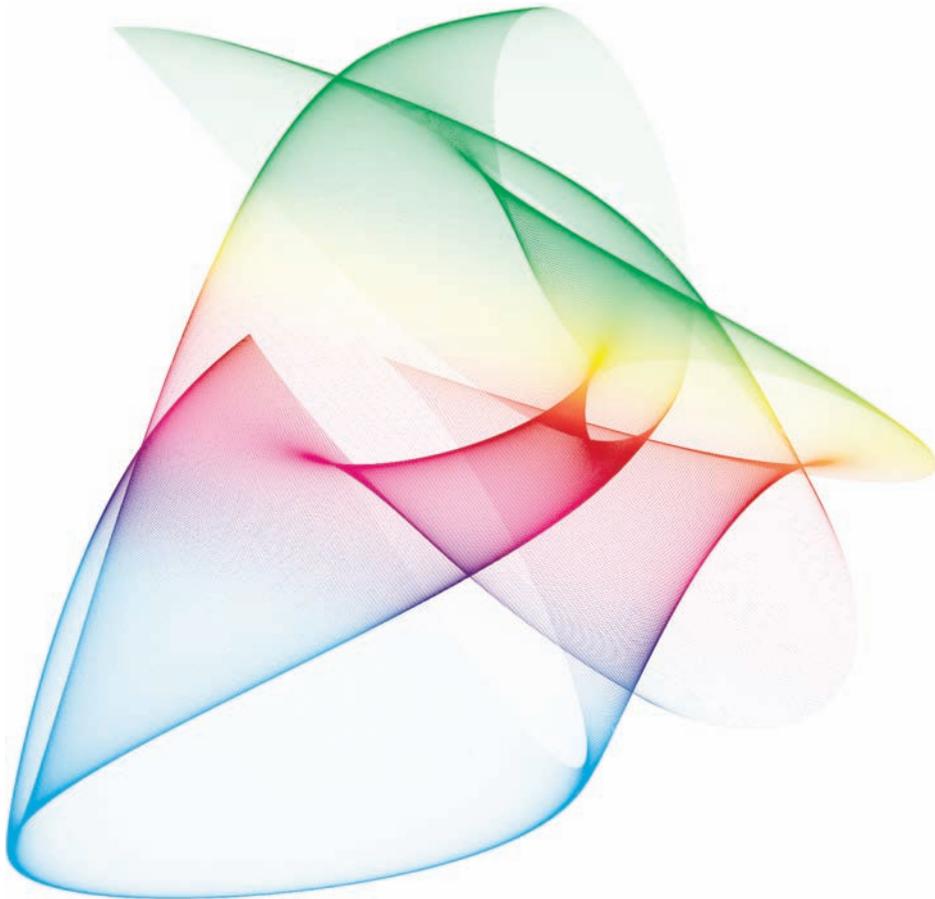
Persona cuya actividad en el desarrollo del PAI es de asesor técnico de apoyo, garante del desarrollo de la metodología de trabajo del grupo, de los productos finales y compromisos adquiridos con la Dirección General de Calidad Investigación y Gestión del Conocimiento.

- Resto de componentes, profesionales comprometidos, motivados con la estrategia a desarrollar con experiencia en el tema que les ocupa.

- Apoyo explícito de otras personas, estamentos e instituciones: Directores de Planes Integrales, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME), Grupo Multidisciplinar Asesor en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud, Servicio de Calidad y Procesos de la Dirección General de Calidad Investigación y Gestión del Conocimiento, etc., cuya misión será la complementariedad, el asesoramiento y apoyo continuo al trabajo de los grupos.



6. Recomendaciones para la implantación y mejora continua de los PAI



6. Recomendaciones para la implantación y mejora continua de los PAI

Tal y como se consideraba en la anterior Guía de Diseño y Mejora Continua de PAI, la fase de implantación de un PAI es la más importante y compleja, y por ello es esencial que la estrategia para llevarlo a cabo se adecue al tipo de organización, a su entorno y a la magnitud del cambio que se pretende.

En el momento actual, la organización sanitaria ha asumido el desarrollo de los PAI considerando el cambio como factor prioritario y reafirmando en la metodología descrita en la citada Guía. Así pues, partiendo de lo aprendido en la implantación de los PAI, de la experiencia acumulada y del conocimiento compartido entre centros y profesionales, se trata ahora de establecer las premisas básicas que puedan facilitar su actualización e implantación.

Como punto de partida para la actualización de los PAI en el contexto del SSPA, se realiza un análisis de situación de la implantación de los PAI, en los distintos entornos de AP y AH, (recogido en el punto 2.1 de esta Guía 2ª edición), de los resultados obtenidos, se extrae la información necesaria para orientar y establecer los nuevos criterios a considerar en el rediseño y actualización de los PAI (recogido en los puntos 2.2 y 2.3 de la citada Guía). A continuación, se plantea, en los puntos 3 y 4 de la Guía, la estructura que deben presentar los PAI tras este nuevo enfoque de rediseño y actualización.

De acuerdo con las distintas estrategias culturales, organizacionales y operativas describiremos la metodología que creemos deberá establecerse para una implantación global de los distintos PAI que actualmente se encuentran desarrollados, así como aquellos que se reediten con las modificaciones ya descritas en otros apartados.

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 profesionales 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 nuestro medio.

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

Adaptación local del PAI: Este apartado reflejara las condiciones existentes para la puesta en marcha del PAI. 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 PAI y la obtención de resultados para su evaluación y el establecimiento de medidas de mejora.

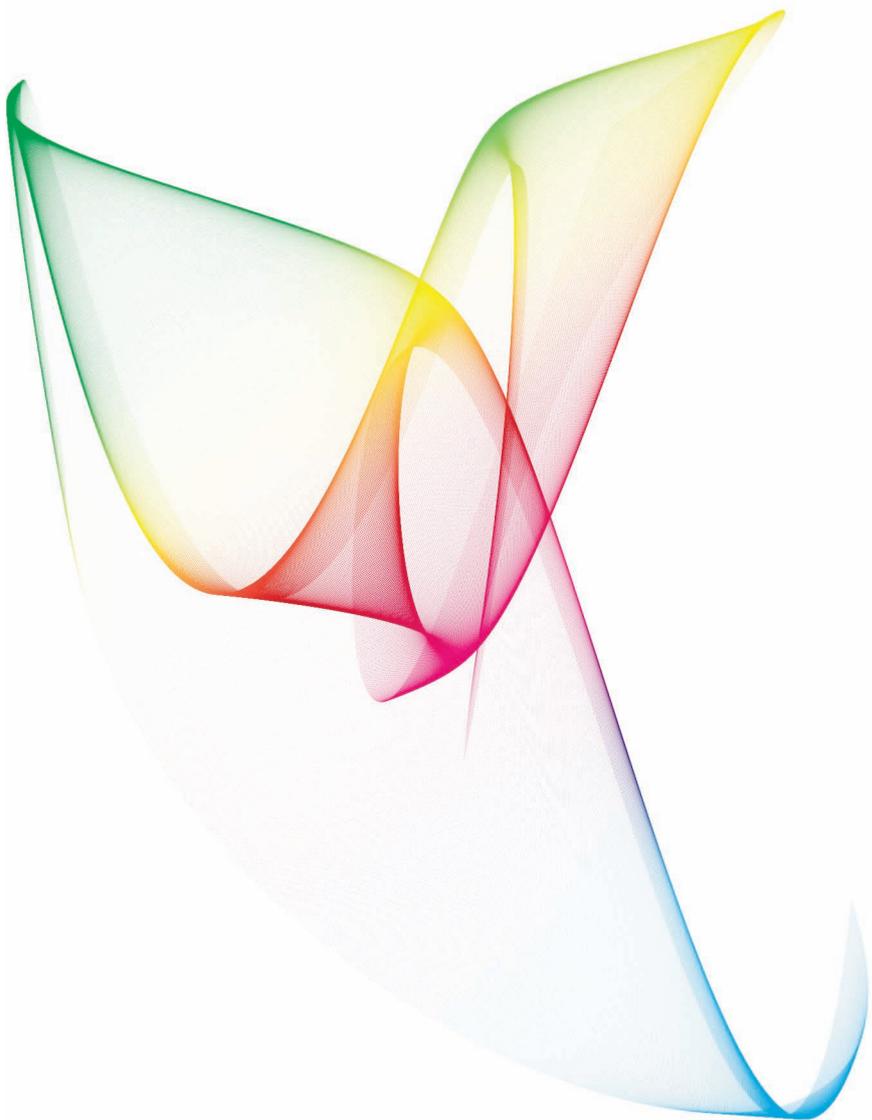
Actualmente para responder a los apartados anteriormente descritos, la organización ha establecido una serie de mecanismos reguladores que se reflejan en las herramientas de gestión de los centros y servicios.

- Compromiso en los distintos contratos (nivel directivo).
- Ejecución de análisis de situación y Adaptación local del PAI a desarrollar (Compromiso de los profesionales – Grupos de Desarrollo).
- Implantación efectiva del PAI.
- Análisis de resultados sobre los indicadores de calidad establecidas en el PAI.
- Propuestas de mejora (Ciclo de mejora continua).

Plan de Comunicación: Los Distritos Sanitarios conjuntamente con sus centros Hospitalarios de referencia, deberán elaborar un plan de comunicación tanto interno como externo para difundir entre los profesionales y la ciudadanía, toda la información de utilidad relacionada con la implantación de los PAI (documentación, formación, adaptación local, y aspectos metodológicos y organizativos, información, etc.).

Desarrollo de grupos de mejora: Los centros de AP en colaboración con los centros Hospitalarios de referencia impulsarán el desarrollo de grupos de mejora y de otras estructuras informales de calidad de carácter local entre centros, 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 profesionales, facilitando al paciente su relación con los servicios sanitarios, 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 incorporarlos en la descripción de los PAI, buscando el valor añadido y la mejora que aportan en el resultado final al paciente, definiendo en función de las características específicas de cada PAI, quién los presta, cómo y cuándo.

ACUERDO DE GESTIÓN CLíNICA

Es el documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo.

El acuerdo de gestión clínica estará orientado a asegurar a la población asignada una atención en materia de salud, eficaz, efectiva, orientada a la atención de las necesidades específicas de la población, asegurando la adecuada accesibilidad a los servicios que presta la unidad y en un marco de gestión eficiente de los recursos públicos.

ACSA

www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

ADAPTE

www.adapte.org

La colaboración Adapte es una organización internacional de investigadores, que tienen por objeto promover el desarrollo y la utilización de guías de práctica clínica a través de la adaptación de las directrices existentes.

AETSA

www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

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)

www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/AMFE

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.

CADIME (Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos)

www.easp.es/web/cadime/

Creado en 1982, tiene como objetivos: ser centro de referencia en documentación e información de medicamentos, apoyar a comités y grupos de trabajo y contribuir a la formación continuada de los profesionales sanitarios.

CASPe

www.redcaspe.org/

Es un programa creado por el Institute of Health Sciences de Oxford (Universidad de Oxford y NHS R&D) para ayudar a los «decisores»(*) del Servicio de Salud a adquirir habilidades en la búsqueda de información y en lectura crítica de la literatura científica en salud, de modo que pudieran obtener así la "evidencia científica" necesaria para tomar sus decisiones.

CIE (Consejo Internacional de Enfermeras)

www.icn.ch/spanish.htm

CIE-9

www.msc.es/ecie9mc-2008

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud.

CMBDA (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía)

COSI (Core, Standard, Ideal)

Desarrollo de un Núcleo-Ideal-Standard (COSI) en el protocolo de búsqueda HTA contexto español.

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 la favorabilidad de los medios disponibles).

Consejera de Salud. Junta de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/DGCIGC>

CONSULTA DE ACTO ÚNICO

La consulta de acto único (CAU) 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.

DIRAYA

Es la Historia Digital de Salud del Ciudadano. Es una Historia de Salud Única que integra toda la información sanitaria de cada usuario para que esté disponible donde y cuando se precise para la atención del usuario, y para mejorar la accesibilidad a los servicios y las prestaciones sanitarias, incrementando la calidad de todo el proceso asistencial.

EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública)

www.easp.es

GPAI (Gestión Procesos Asistenciales Integrados)

G.R.A.D.E. (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

www.gradeworkinggroup.org

Grupo de trabajo que ha desarrollado un enfoque común, razonable y transparente para la calidad de las pruebas de clasificación y la fuerza de las recomendaciones en salud.

GTA (Grupo Técnico Asesor)

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 PAI.

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.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

www.nanda.org

Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

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.

NPR (Número de Prioridad de cada Riesgo)

Fuente: Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.

OSTEBA (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco)

<http://www.osanet.euskadi.net/osteba>

PACTO TERAPÉUTICO

Puede considerarse un pacto entre el paciente y el profesional que señala metas a alcanzar y los medios detallados para llegar a ellas.

PAI (Procesos Asistenciales Integrados)

www.juntadeandalucia.es/salud/procesos

PERSONALIZACIÓN DEL SERVICIO

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

PICO (Población Intervención Comparación Resultados)

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, enfoque de

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 sanitaria 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.

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

www.nice.org.uk

SAC (Servicio de Atención a la Ciudadanía)

TECNICA GAP

Análisis de un producto mediante un sistema que se lleva a la práctica dando una tabla a los participantes, en la cual hay una serie de elementos y las características ideales de esos elementos y pidiéndoles que la rellenen según sus criterios. Al final se analizan los espacios en blanco. De esta forma se pueden estudiar qué características no posee el grupo de productos analizados, a juicio del observador.

TELECUIDADOS

Que se refiere al uso de las tecnologías de la comunicación como medio de provisión de información y servicios sanitarios 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.

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.

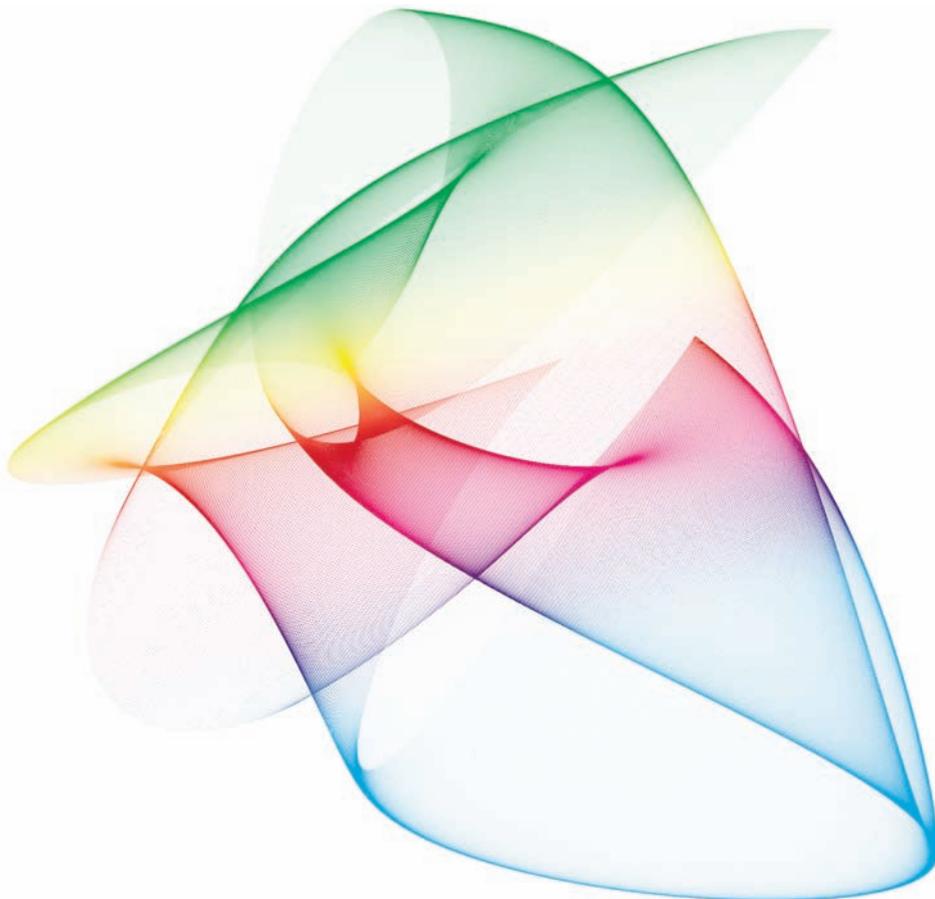
VÍAS CRÍTICAS

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

⚠ Punto crítico de seguridad.

🧼 Higiene de manos con clorhexidina.

8. Bibliografía



8. Bibliografía

CUIDADOS

III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

II Plan de Calidad 2005-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica. BOE nº 274. 15 de noviembre de 2002.

LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280. 22 de noviembre 2003.

LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (B.O.E. nº 301, de 17 de diciembre).

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. (BOE núm. 174. 19 julio 2008).

Cuidarte. Una estrategia para los cuidados del siglo XXI. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2007.

A vision of E- Health: Case management online. Keillor A, Nutten S. Lippincotts Case Manag. 2000 May-Jun;5(3):107-11.

La gestión de casos en personas con trastornos mentales. (Revisión Cochrane; 1997).

Telecuidados: Posibilidades de una alternativa asistencial en enfermería comunitaria. (Morales J.M., Terol J., Gonzalo E., Morilla J.C., Martín F., Rev. Index nº 43. 2003).

Manual de acreditación de UGC, Centros y competencias profesionales.
Orden CIN/ 2134/2008.

Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía 2005. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Servicio Andaluz de Salud. Plan de atención a las cuidadoras familiares de Andalucía. Sevilla 2005.

Bibliografía

COMPETENCIAS

Barrios, E. (2000). "Gestión de las competencias". Competencia Laboral Conjunción de las tres competencias anteriores en el desempeño de una actividad laboral. Organización Internacional del Trabajo/CINTEFOR.

Boyatzis R.E. (1982) *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*. John Wiley and Sons.

Clark, D. (2000). "Implementation issues in core competence strategy making". *Strategic Change*, vol. 9, iss. 2.: 115-127.
www.interscience.wiley.com/jpages/1086-1718

Dal Poz M. et alli. Addressing the health workforce crisis : towards a common approach. *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.

Edvisson L. Malone MS (1999). *El Capital Intelectual: cómo identificar y calcular el valor de los recursos intangibles de su empresa*. Ediciones Gestión 2000.

Levy Leboyer, C. (1996). *Gestión de las Competencias*. Barcelona: Gestion 2000.

McClelland, D. C. (1973). "Testing for competence rather than intelligence". *American Psychologist*, 28.:1-14.
www.apa.org/journals/amp.html

Olle ten Cate, PhD, and Fedde Scheele, PhD *Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice?* *Academic Medicine*, Vol. 82, No. 6 / June 2007.

Pereda Marín S. (2005). *Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias*. Editorial Universitaria Ramón Areces.

Sznirer, D. Y Saracho, JM. (2001). «Gestión por competencias».

TEJADA, J. y NAVÍO, A.: El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación. *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 37 de 2005.

UNE 66173: 2003. (2003). *Los recursos humanos en un sistema de gestión de la calidad: gestión de las competencias*. Aenor.

Winert, F. (1999). "Concepts of competence". OECD.
www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber15/desecco/background-paper.pdf

INDICADORES

Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. Consejería de Salud. Sevilla, 2001.

Gestión de Procesos Asistenciales Integrados. Aplicación práctica. Temes Montes, JL y cols. Mc Graw Hill. Interamericana. Madrid, 2005.

Guía de integración de la dimensión de género en los Procesos Asistenciales Integrados. Suárez Ramos y cols. Consejería de Salud. Sevilla, 2007.

SEGURIDAD

Consejería de Salud. ESTRATEGIA para la seguridad del paciente. Sevilla: Consejería de Salud, 2006.

Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.

Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Evaluación de los efectos adversos ligados a la Hospitalización en el SSPA. Documento técnico de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

NHS. Seven steps to patient safety. National Patient Safety Agency, February 2004.
www.npsa.nhs.uk/sevensteps.

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 [monografía en internet]. Geneva (Switzerland): WHO; October 2004.
www.who.int/patientsafety

Bibliografía

AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, -30 Safe Practices for Better Health Care. Fact Sheet Rockville, MD.
www.ahrq.gov

AHRQ Quality Indicators–Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1, Revision 3, (January 17, 2005). AHRQ Pub 03-R203.

AHRQ Quality Indicators-Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Revision 4 (December 22, 2004). AHRQ Pub 02-O204.

AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revision 4. (November 24, 2004). AHRQ Pub 02-R0203

Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment: Number 43. AHRQ Publication No. 01-E058, July 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Citado abril de 2005].
www.ahrq.gov/clinic/ptsafety

NHS. Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. National Patient Safety Agency, July 2005.
www.npsa.nhs.uk

NHS. Right patient–right care. National Patient Safety Agency, 2004.
www.npsa.nhs.uk/health/publication.

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.

URM

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

Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico.
www.guiasalud.es/manual/index-02.html

Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18(3):167-76. The ADAPTE Collaboration. www.adapte.org

New Zealand Guidelines Group. Notes on the Adaptation / Synthesis of Guidelines. www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=evidence&fusesubaction=article&documentID=10&articleID=54

Etxeberria A, Rotaache R, Lekue I, Callén M, Villar M, Merino M, et al. Descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2005. Informe nº: Osteba D-05-0X. www.guiasalud.es/docs/d_05-03_adaptacion_guia_asma.pdf

Grupo de Expertos en URM del SAS. Guía para la elaboración de documentos sobre recomendaciones generales y farmacoterapéuticas en procesos. 2008.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developers' handbook. Edinburgh: SIGN; 2004. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50

GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations. www.gradeworkinggroup.org

Aclaraciones:

1. Taqwin: Portal de información para expertos en URM. Opera en intranet, con clave de acceso. Este acceso está habilitado ahora mismo para los Farmacéuticos de los Servicios de Farmacia de Primaria y Hospital y para los miembros del Grupo Multidisciplinar Asesor en Uso Racional de los Medicamentos. TaQwIN está construido sobre una plataforma SharePoint, por lo que permite el trabajo en línea de los integrantes de los grupos de trabajo en espacios de acceso exclusivo. Esto facilita el intercambio de información, la organización de reuniones y el compartir todos los elementos necesarios para desarrollar sus funciones.

Entre sus utilidades destacan, por su interés en el trabajo que este documento se debate: un apartado de «Alertas bibliográficas», en el que diariamente se informa de las publicaciones con posible impacto en los cambios de hábitos de práctica de prescripción. Esta información se genera a partir de la revisión diaria de una amplia selección de las principales fuentes bibliográficas en Medicina. Dicha selección puede modificarse según las necesidades de los grupos de trabajo.

Un apartado de repositorio bibliográfico, ordenado por temas.

Un apartado de Observatorio del uso de los medicamentos.

Bibliografía

CIUDADANÍA

Ministerio de Sanidad. Los Hechos Probados. Publicado en 2003 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud con el título de Social determinants of health. The solid facts. Second edition.
© Organización Mundial de la Salud, 2003.

Martín Criado, E. Conflictos sobre lo sano: Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud. 2005

Juan Irigoyen. La reinención de los pacientes. Sociología en Salud. Salud 2000. nº 113. Septiembre 2007.

Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade. Making Recovery a Reality. © Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.
www.scmh.org.uk

Plan Andaluz de Alzheimer. 2008-2012. Consejería de Salud.

Estrategia sexualidad para población adulta. En elaboración. Consejería de Salud.

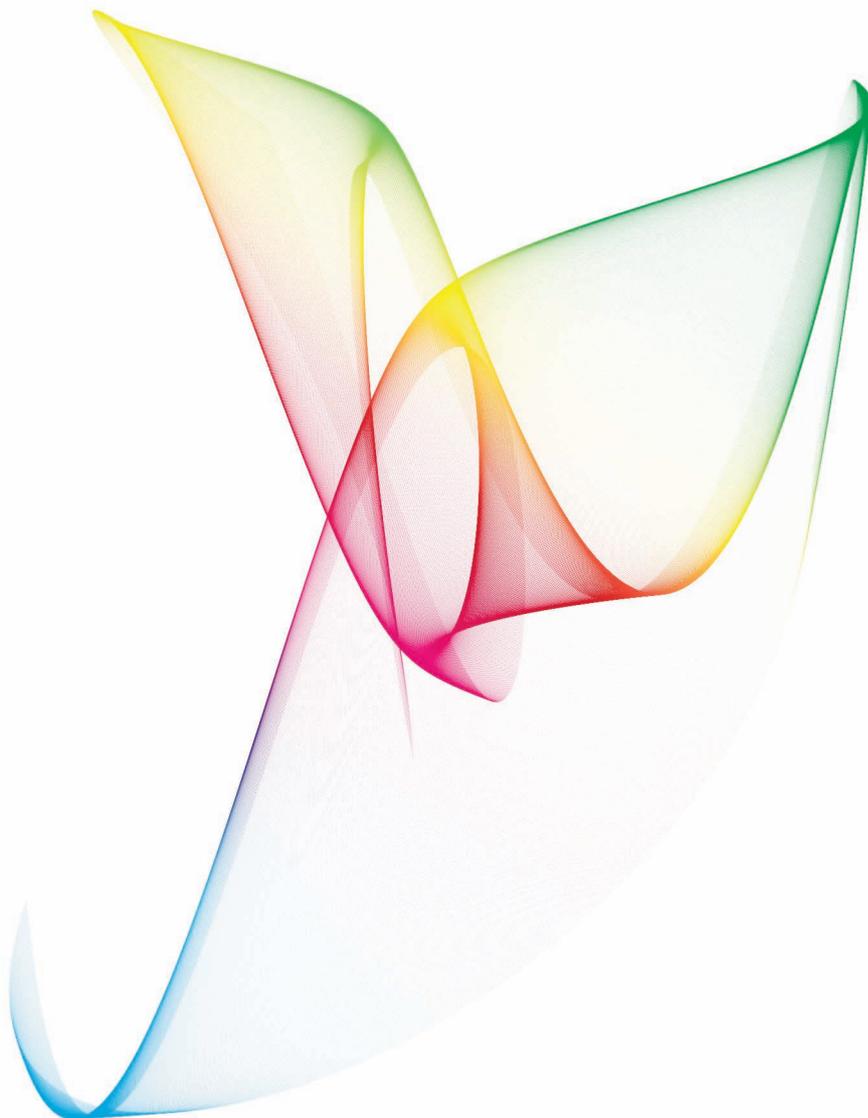
Varias ref. citadas en: Consejería de Salud. Guía de promoción de la ayuda mutua. En elaboración.

Género en Cardiopatía isquémica¹ AETSA

Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. Noviembre, 2006 Volumen 2 Número 2. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud.

Cadiovascular mortality

9. Anexos



9. Anexos

A 1: Recomendaciones para realizar búsqueda de evidencia científica

Recursos Disponibles

El principal recurso tecnológico del que se dispone para acceder a las fuentes de información necesarias para la identificación, localización y obtención de la literatura es la Biblioteca Virtual (BV) del Sistema Sanitario Público Andaluz⁽¹⁾. La BV proporciona bases de datos referenciales, libros electrónicos y el texto completo de una amplia colección de revistas científicas.

Principales bases de datos referenciales

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 actualización de los PAI, las cuatro bases referenciales fundamentales son:

1. MEDLINE (biomedicina, administración sanitaria y salud pública)
2. EMBASE (biomedicina, administración sanitaria y salud pública)
3. CINHALL (enfermería y cuidados)
4. PsycInfo (salud mental, psicología y psiquiatría)

El acceso a las tres primeras es proporcionado por la BV, aunque no es necesario conectar con la página de la BV para acceder a las mismas, ya que MEDLINE y CINHALL han sido contratadas en la plataforma OvidSP. El URL para consultar estas bases, accediendo desde un ordenador conectado a la red corporativa es:

<http://gateway.ovid.com>. No son necesarias contraseñas, sólo es necesario pulsar el botón Start OvidSP

Para consultar la base EMBASE, hay que utilizar el URL: ***<http://www.embase.com>***.

La consulta de la base PsycInfo sólo es posible a través de suscripción.

Las bases referenciales son utilizadas para identificar literatura biomédica y sanitaria de diversa naturaleza, pero existen filtros metodológicos que permiten limitar la búsqueda a GPC, RSL y ECA.

⁽¹⁾ La dirección Web de la BV es ***<http://www.bibliotecavirtualsalud.org>***

Anexos

A 1: Recomendaciones para realizar búsqueda de evidencia científica

Localización de GPC específicas

Según el procedimiento diseñado para actualización de los PAI, las GPC 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 GPC y estos artículos pueden no recoger la guía en su forma completa. Por esta razón se deberá intentar localizar las GPC en repositorios de Internet. A pesar de que existen numerosos sitios web en los que se ofrecen colecciones de GPC, 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 dos recursos de este tipo:

1. Clinical Evidence (de BMJ Journals).
2. Dynamed (de Ebsco).

La primera de estas publicaciones es accesible a través la BV (sección "Enlaces a otros recursos"), sin embargo Dynamed es un servicio que requiere suscripción. Ambos 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 e Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

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.

El acceso a CC+ está financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y es gratuito desde España. El URL de CC+ es: <http://www.bibliotecacochrane.net>

Los informes de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (aETS) tienen una metodología similar a la de las RSL, aunque integran aspectos que no son contemplados por aquellas. La mayor parte de las aETS están integradas en la asociación denominada INAHTA, cuyos informes son localizables mediante un buscador específico del Center for Reviews and Dissemination (CRD) de la Universidad de York. El texto completo lo proporciona la agencia generadora del informe. El URL de INAHTA es: <http://www.inahta.org>

Otras organizaciones asimilables a las AETS con productos científicos excelentes son:

- The Technology Evaluation Center (TEC)⁽²⁾ : Proporciona información sobre la eficacia y eficiencia de diversas intervenciones. Sus evaluaciones son públicas y gratuitas.
- ECRI y Hayes Inc: Son dos agencias independientes que realizan evaluaciones de intervenciones sanitarias de forma exhaustiva y siguiendo un método afín a la RSL. Adaptan la metodología para realizar también análisis prospectivos y de tendencias de implantación y utilización de tecnologías sanitarias.

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

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.

⁽²⁾ <http://www.bcbs.com/blueresources/tec>



A 2: Hoja de ruta del paciente

Herramienta para el paciente y los profesionales, con información específica y de utilidad del Proceso Asistencial Integrado (PAI).

Su objetivo es, facilitar el conocimiento del desarrollo del PAI a todas las personas que intervienen en las distintas fases del mismo, identificando aspectos específicos y relevantes del PAI, momentos donde hay que realizar una actividad determinada, elementos que siempre deben estar presentes, etc.

La Hoja de ruta persigue, en el paciente:

- 1.** Facilitarle la comprensión del PAI determinado y la aceptación del mismo en relación a:
 - Su contexto personal.
 - Conocer las fases mas importantes del desarrollo del PAI.
 - 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 PAI 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 PAI, se abrirá por el profesional que incluye al paciente en un PAI determinado, el cual le explicará el objeto de la misma, iniciando así el proceso de información y comunicación del desarrollo del mismo.

Avenida de la Innovación, s/n.
Edificio Arena 1
41020 Sevilla

t. 955 006 300
f. 955 006 328

www.csalud.junta-andalucia.es

