

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.

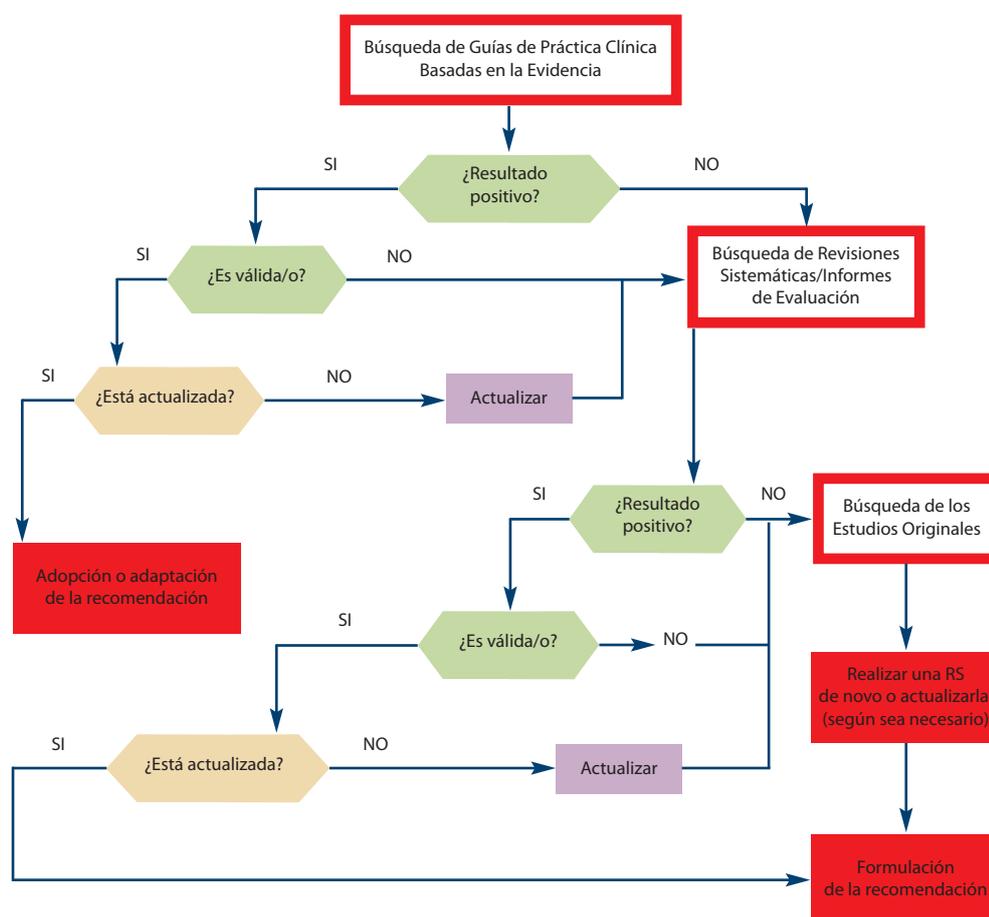
Tras la identificación y priorización de estas áreas se definirán una serie de preguntas genéricas que permitan responder a las mismas.

- 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.

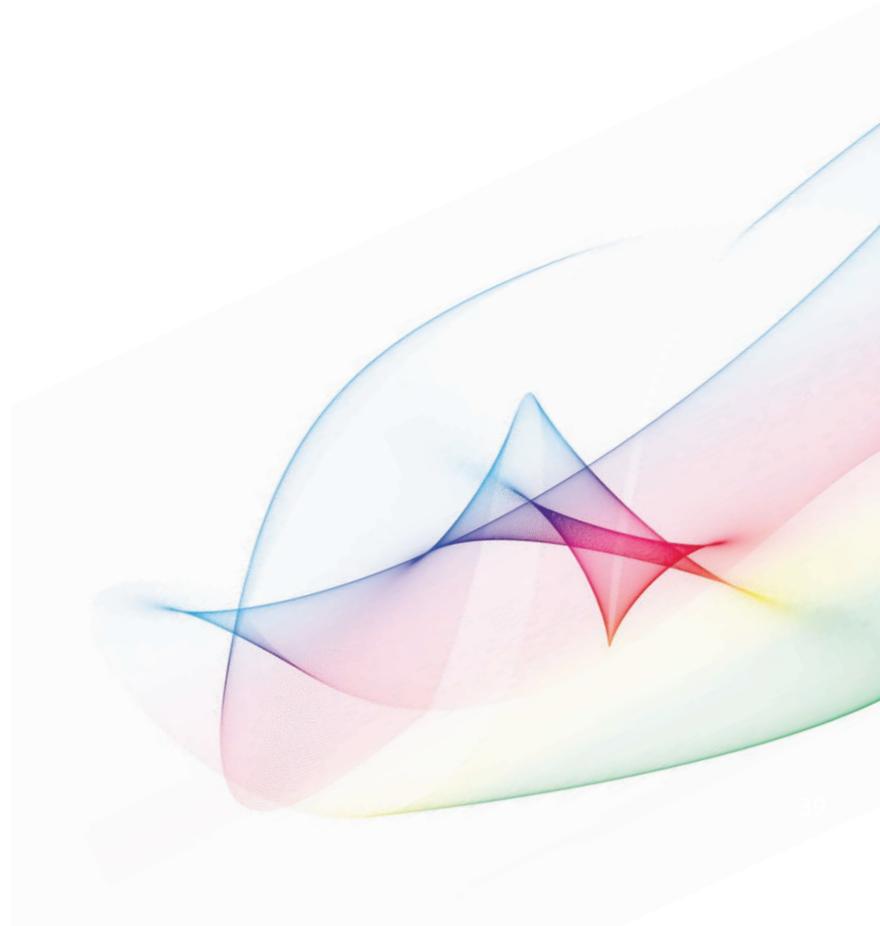
Por otra parte existen elementos, enmarcados en los **modelos enfermeros de práctica avanzada**, que deben aparecer para garantizar la mayor efectividad en la asistencia prestada dentro del marco del PAI favoreciendo la asistencia en acto único y alta resolución:

- 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

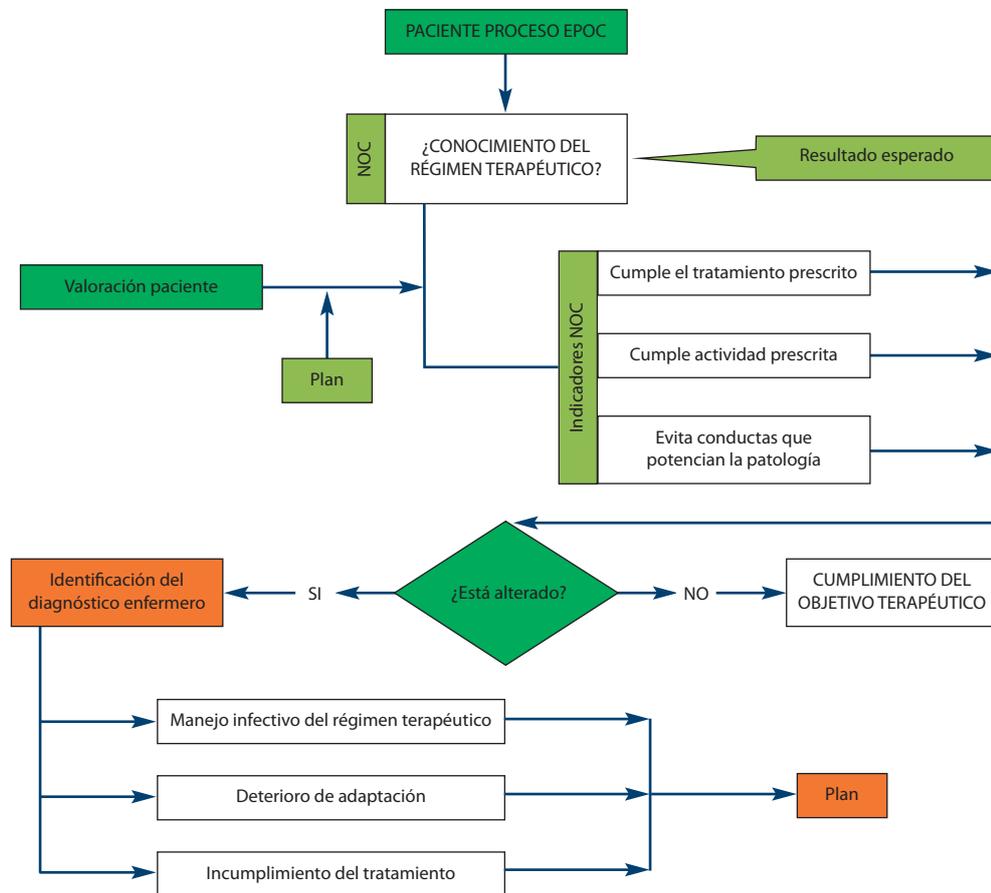
- Incorporar los elementos de cuidados necesarios, que permitan la personalización de la asistencia garantizando un entorno seguro.
- Incluir todos los cuidados que se realicen cualquiera que sea el profesional que los provea.
- Incorporar modelos de prácticas de **enfermería clínica avanzada e integrar**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

