

**1.- TÍTULO**

**VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON CANCER CUTÁNEO, DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD.**

**2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos** Dr. D. Servando Eugenio Marrón Moya  
**Profesión** Dermatólogo **Centro de trabajo** Hospital "Ernest Lluch"  
**Dirección** Ctra. Sagunto-Burgos, Km 254  
**Localidad** Calatayud **Código postal y provincia** 50300 Zaragoza  
**Teléfono** 976 880964 **Fax** 976880470 **Correo electrónico** semarron@aedv.es

**2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Centro de trabajo</b>
D <sup>a</sup> Adela Martín Leiva	Enfermera Dermatología (Hospital)	
D. Carlos Seco Guzmán	Jefe de Admisión (Hospital)	
D <sup>a</sup> Elena del Valle Sánchez	FEA de Anatomía patológica (Hospital)	
D <sup>a</sup> Isabel Gordo Blanco	Residente 3º MF y C (CS Daroca-Hospital)	
D. José Luis Villasana Rotellar	Médico Familia (CS Illueca)	
D <sup>a</sup> Isabel Navarro Martínez	Coordinadora Médico (CS Calatayud Sur)	
D. José Codes López	Coordinador Médico (CS Calatayud Norte)	
D. Ángel Bes Franco	Coordinador Médico (CS Daroca)	

### **3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

Los cánceres cutáneos son, en España, el grupo más frecuente de tumores malignos. Nos encontramos con dos grupos bien definidos: 1/ Melanoma Maligno y 2/ Cáncer cutáneo epitelial (espinos y basocelulares). La incidencia de melanoma ha experimentado un progresivo incremento en todo el mundo desde 1950, si bien este aumento ha sido más evidente en las dos últimas décadas. Se calcula que cada año se producen en el mundo 92.000 nuevos casos de melanoma, con incidencias variables de unas zonas a otras del planeta. El melanoma, contrariamente al cáncer cutáneo epitelial, se registra sistemáticamente en todos los registros de cáncer. A modo de ejemplo diremos que en 1990 el melanoma supuso en Granada el 7'38 por 100.000 habitantes y el 8'34 en Sevilla. El diagnóstico y tratamiento precoz favorece un buen pronóstico para los pacientes afectos de cáncer cutáneo en cualquiera de sus variedades. El cáncer cutáneo y sus patologías relacionadas suponen en nuestro servicio aproximadamente el 10 % de las primeras consultas y el 60 % de nuestra actividad quirúrgica anual. El haber dotado al Servicio de Dermatología de un vídeo dermatoscopio digital de última generación, nos hace más autosuficientes en el diagnóstico y pronóstico de nuestros pacientes oncológicos. Sin embargo se producen demoras en el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes, estimamos que se pueden reducir las demoras que se producen en los distintos escalones del diagnóstico y el tratamiento.

Las posibilidades de mejora detectadas y el gran número de casos atendidos, así como los recursos consumidos, nos han animado a implementar una Vía Clínica de Atención al Paciente con Cáncer Cutáneo (Gestión por Proceso) según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

### **3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

**A) Poner en marcha y monitorizar los resultados según indicadores prefijados, de una Vía Clínica de Atención al Paciente con Cáncer Cutáneo, elaborada con el consenso y la participación de los diferentes profesionales implicados, que:**

- 1) Garanticen la calidad asistencial
- 2) Eviten las sucesivas demoras diagnóstico-terapéuticas
- 3) Racionalicen el uso de los recursos disponibles
- 4) Mejoren la coordinación primaria-especializada, entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados
- 5) Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados
- 6) Mejorar la satisfacción de los pacientes tras una atención holística de su proceso morboso, con una mejora constante de la información recibida.

- 7) Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro
- 8) Sea una herramienta de formación para todos los profesionales implicados incluyendo a los residentes de MF y C.

**B) Aproximación a la Gestión por Proceso según el modelo de Excelencia para la Gestión de Calidad**, promoviendo su conocimiento y uso en el Servicio de Dermatología, Centros de Salud y resto de Servicios implicados.

**4. PLAN DE MEJORA, MÉTODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA. (Ver cronograma)**

- 1) **Elaboración de una “Guía de práctica Clínica de Atención al Paciente con Cáncer Cutáneo”** a partir del análisis de la mejor evidencia disponible y que dé respuesta a cada una de las cuestiones planteadas en la atención de estos pacientes, consensuada en el Servicio de Dermatología (médico y enfermeras) y con los Servicios y Centros de Salud implicados, (médicos y enfermería de atención primaria, de anatomía patológica, de admisión y residentes de MF y C). Realizándose todo ello, por una parte mediante 2-3 reuniones dentro del hospital, para pulir y perfilar entre los profesionales implicados del Centro los caminos a seguir y las modificaciones que se consideren más oportunas en beneficio de la atención del paciente oncológico, una vez conseguido esto se realizarán 2-3 reuniones en el hospital o en los centros de salud con atención primaria, para perfilar los caminos dentro de su área específica.
  - ESTA FASE SE REALIZARÁ en Febrero-Marzo del 2003

2) **La puesta en marcha del uso de la Vía** requerirá su divulgación entre los Médicos Residentes, a los Adjuntos hospitalarios y a los Médicos de Atención Primaria implicados en la asistencia al paciente con cáncer cutáneo.

- **ACCIONES:** 12 Sesiones formativas Médicos de Atención Primaria, Adjuntos hospitalarios y Médicos Residentes de MF y C, así como a enfermeras y auxiliares de los estamentos implicados. 1 de las Sesiones en el Hospital, 1 en el Centro de Salud e La Almunia que si bien no es de nuestro Sector nos remite pacientes y las otras 10 serán 1 en cada uno de los 10 Centros de Salud de nuestro sector De forma que se evite la demora en remitir al paciente para diagnóstico y tratamiento adecuados como consecuencia de un déficit en la capacitación técnica. Por lo cual se solicita financiación para acometer las jornadas docentes. El Servicio de Dermatología tiene una amplia experiencia en la formación en Atención Primaria, a través de Programas de formación en Cirugía Menor y de Dermatología General, habiendo observado que tal como se evidencia en la bibliografía la formación continuada y la capacitación de los profesionales redundan en una atención de mayor calidad al ciudadano, objetivo prioritario del programa que presentamos y que entendemos es merecedor de financiación, puesto que además debo decir que partes del proyecto y en determinados tiempos se están realizando ya, gracias al interés y motivación intrínseca de los profesionales implicados, entendiéndolo como responsable del proyecto que la financiación del mismo supondría un estímulo y cristalizaría y daría el impulso final a los profesionales implicados que de esta manera se verían reconocidos en sus esfuerzos, además de satisfechos por la formación adicional recibida que les ayudaría a sobrellevar la variabilidad clínica del enfermo oncológico cutáneo con mayor seguridad y menor desgaste emocional.

- DESARROLLO: Marzo-Abril-Mayo del 2003

3) **La recogida de información necesaria para monitorizar los indicadores** prefijados y sus variaciones-incidencias en la Vía, como es evidente supone un sobreesfuerzo para las personas implicadas, sobre todo en sus inicios, debiendo luchar contra la resistencia al cambio y a la cumplimentación de las hojas de registro. Todo ello sin contar con personal extra ni medios adicionales para acometerlos, ni con un ordenador en el que poder tener la base de datos del proyecto.

- ACCIONES: Motivar con nuestro empuje y entrega para conseguir la puesta en marcha de la Vía, entendiendo que sería muy gratificante el reconocimiento a nuestro esfuerzo que supondría subvencionar esta iniciativa, así como la difusión posterior de sus resultados. Nombrando un Facultativo y una Enfermera responsables de liderar el proceso, los cuales deben aclarar todas las incidencias que aparezcan en cuanto estas vean la luz. Se definirá una base de datos informatizada en la que se incluirán los casos incluidos en la Vía, para lo cual se solicita un ordenador portátil, al cual se le destinarán además otros usos dentro del Servicio.
- DESARROLLO: Realizar base de datos en Junio de 2003, con inclusión de pacientes hasta finalizar el año.

4) **La monitorización**, de la Vía consistirá en el análisis de las diferentes demoras que se producen en cada uno de los diferentes pasos del proceso (emisión de propuesta diagnóstica en Atención Primaria, remisión al Servicio de Dermatología, Citación especializada, Solicitud de pruebas especializadas para diagnóstico y preoperatorio en su caso, comprobación de los resultados, inclusión en lista de espera para terapia (quirúrgica o de otro tipo), intervención y controles posteriores, etc). Causas más habituales, indicadores para valorar el grado de cumplimiento y de satisfacción entre otras

- ACCIONES: Monitorizar estos indicadores que se fijarán en agosto, octubre y diciembre de 2.003.
- DESARROLLO: Inclusión de casos a lo largo del segundo semestre del año 2.003, con análisis de los datos y revisión de historias en caso necesario en agosto, octubre y diciembre de 2.003.

5) **Reunión de presentación de resultados y evaluación final, identificación de posibilidades de mejora, y puesta en marcha de un nuevo ciclo de mejora** por años naturales.

- ACCIONES: Sesiones conjuntas con todos los estamentos implicados y el equipo de calidad donde se haga un análisis de todo el año de labor, resultados obtenidos e indicadores. Plantear análisis crítico de la Vía, de su funcionamiento y posibilidades de mejora en el Servicio, el Hospital y Los diferentes Centros de Salud del Sector que den nuevas propuestas de mejora en años venideros.
- DESARROLLO: al menos dos sesiones una para el Hospital y otra para los Centros de salud del Sector, Noviembre-Diciembre de 2.003

6) **Divulgación de resultados.**

- ACCIONES: El intercambio de experiencias con otros grupos en el ámbito de esta ayuda es muy interesante, entendiendo que debe darse difusión en los

Congresos Nacionales de Dermatología, de Medicina Familiar y de Medicina General. Debiendo publicarse estos en alguna revista de prestigio.

- DESARROLLO: Preparar las Comunicaciones a dichos Congresos con los Resultados de la Vía hasta 31 de Diciembre.

Esta Vía Clínica se enmarca en una iniciativa de Mejora Continua de la Calidad del Servicio de Dermatología, como parte de un Proyecto más amplio.

## **5. BIBLIOGRAFÍA:**

01.-Dermatology in General Medicine

Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF

Ed. McGraw-Hill, Inc 1993

*Introducción general al tema, concisa y de calidad. Extraemos datos de los siguientes capítulos "Squamous Cell Carcinoma" Schwartz RA, Stoll, Jr. HL. "Basal Cell Carcinoma" Carter M, Lin AN y "Malignant Melanoma" Barnhill RL, Mihm Jr MC, Fitzpatrick, TB, Sober AJ*

02.-La variabilidad en la practica clinica

Delgado R

Revista de Calidad Asistencial, 1996; 11(4):177-183

03.-Developing and implementing clinical practice guidelines

Grimshaw J, Freemantle N, Wallance S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T.

Quality in Health Care 1995; 4:55-64

*Se centra en la importancia de las guías de practica clinica en el desarrollo practico de la asistencia sanitaria.*

04.-Critical Path Method: An important tool for coordinating clinical care

Hofmann PA.

Journal of Quality improvement, 1993; 19:235246

*Comenta que es más fácil la introducción de CPM enmarcado en un clima de comunicación y ayuda mutua. Importando la correlación y el dialogo continuo entre el personal clinico y el no clinico.*

05.-Diagnostic delay in malignant melanoma

Faye RS, Helsing P, Langmark F.

Tidsskr Nor Laegeforem 2000 Mar 30;120 (9):120-5

*Revisión acerca de la importancia del diagnóstico precoz del melanoma maligno en un grupo de 457 pacientes en los que se detecta una demora media entre los cambios acaecidos en un nevus y la primera consulta especializada. En este grupo detectan que los jóvenes son los que más tarde consultan.*

06.-Delay in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients

Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delauny M, Gouvernet J, Wolkenstein P, Souteyrand P, Dreno B, Bonerandi JJ, Delac S, Mchet L, Guillaume JC, Chevrant-Breton J, Vilmer C, Aubin F, Guillot B, Beylot-Barry M, Lok C, Raison-Peyron N, Chemaly P.

*Nos presentan un estudio prospectivo en el que pretenden analizar el papel del paciente en el pronóstico del melanoma maligno, el estudio se realiza sobre un universo de 590 melanomas, realizando entrevista clinica y psicológica. Encuentran retrasos en intervenir al paciente de cuatro, dos y un mes, incluso casos de años de demora, no observan trastornos psicológicos específicos asociados al retraso, pero si es cierto que ven que la ansiedad prolonga el tiempo de consulta, indicando también que el conocimiento de los pacientes respecto al melanoma es muy*

*deficiente. Concluyen diciendo que el conocimiento sobre el melanoma es pobre en muchos pacientes, especialmente en mujeres, observándose falsas expectativas frente al tumor. Probando este estudio al publico general como diana de programas de capacitación sanitaria.*

07.-Delay in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors

Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delauny M, Gouvernet J, Wolkenstein P, Souteyrand P, Dreno B, Bonerandi JJ, Delac S, Machet L, Guillaume JC, Chevrant-Breton J, Vilmer C, Aubin F, Guillot B, Beylot-Barry M, Lok C, Raison-Peyron N, Chemaly P.

*Nos presentan un estudio prospectivo en el que pretenden analizar el papel del médico en el pronóstico del melanoma maligno, el estudio se realiza sobre un universo de 590 melanomas, usando un cuestionario estandarizado. En el observan que el 29.1% de los casos es detectado el tumor accidentalmente por el médico cuando el paciente consulta por otra cosa. Observando que el intervalo medio desde la propuesta de intervención hasta su realización efectiva fue de 0 a 7 días. Detectan una vía incorrecta en la derivación en el 14'2 % de los casos, siendo los casos especiales, melanomas acrales, acrómicos, etc. Los que presentan un mayor retraso por causa medica, al contrario que lo que ocurre con los que aparecen en áreas visibles de la cara que se remiten antes. Indican que cuando la actitud es correcta el tumor es más fino de forma estadísticamente significativa y el resultado mejor, siendo del 54'7% en los vistos por el dermatólogo y del 33'4% de los vistos por el médico de cabecera. Demostrando este estudio que la implicación del médico en el retraso es una pequeña parte del total de retrasos que se acumulan antes de operar a los pacientes. Indicando además que un examen físico total del paciente y una capacitación de los profesionales, con especial énfasis en las formas especiales de melanoma contribuyen implementarían el diagnóstico temprano.*

08.-Chen SC, Bravata DM, Weill E, Olkin I.

A comparison of dermatologist and primary care physicians accuracy in diagnosing melanoma: a systematic review.

Arch Dermatol 2001 Dec;137(12):1627-34

*Es una revisión sistemática sobre la precisión de diagnóstico del dermatólogo y del médico general en identificar lesiones pigmentadas sugestivas de melanoma maligno, así como del manejo adecuado de la biopsia como instrumento diagnóstico o de referir al paciente a un especialista. Concluyen el estudio indicando que la finura de screening de atención primaria en el diagnóstico precoz de melanoma y cáncer cutáneo epitelial es pobre.*

09.-Bricknell MC.

Skin biopsies of pigmented skin lesions performed by general practitioners and hospital specialists

*Es un estudio sobre 1000 pacientes en el que valoran el tipo de lesiones que intervienen especialistas y médicos generales. Concluyendo que es importante la capacitación del medico general en el diagnóstico correcto, teniendo en cuenta la variabilidad clínica en el diagnóstico, así como en la realización de intervenciones sobre lesiones sin cambios en un programa de cirugía menor.*



10.-Temoshok L.

Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognosis indicators, progresión, psychophysiology and tumor-host response.

*Presentan los resultados de 7 estudios de investigación sobre factores biopsicosociales en melanoma maligno, realizados por un grupo multidisciplinar de la Universidad de California. En el estudio referido a factores que condicionan un mayor retraso en consultar al médico en pacientes con lesiones en la espalda y con bajo conocimiento sobre el melanoma, poca comprensión del tratamiento y tendencia a la minimización del problema.*

11.-Melanoma and tumor thickness: challenges of early diagnosis

Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delauny M, Gouvernet J, Wolkenstein P, Souteyrand P, Dreno B, Bonerandi JJ, Delac S, Machet L, Guillaume JC, Chevrant-Breton J, Vilmer C, Aubin F, Guillot B, Beylot-Barry M, Lok C, Raison-Peyron N, Chemaly P.

*Concluyen diciendo que el pronóstico es peor cuanto más se retrasa el tratamiento adecuado.*

12.-Factors related to patient delay in seeking medical attention for cutaneous malignant melanoma

Temoshok L, DiClemente RJ, Sweet DM, Blois MS, Sagebiel RW

*Se pretende en este estudio investigar la relación entre el retraso en buscar atención médica e indicadores pronósticos entre otras cosas, con conclusiones superponibles a los estudios de Temoshok.*

13.-Delay in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma

Hollows P, McAndrews PG, Perini MG

*Presentan un estudio retrospectivo en el que valoran 100 pacientes y las causas de su retraso terapéutico. Concluyendo que los médicos generales remitían en 1 semana a los pacientes, que los retrasos más significativos eran debidos a los propios pacientes, que algunos médicos generales enviaban incorrectamente a los pacientes ocasionando demoras innecesarias. Concluyendo además que se provocaban demoras en los itinerarios terapéuticos. Tal como observamos en nuestro hospital.*

14.-Basal cell carcinoma in the groin of a black patient with femoral vessel invasion and a second primary malignancy

Beckenstein MS, Windle BH

*Presentan un caso infrecuente de carcinoma basocelular con invasión de los vasos femorales, remarcando la importancia del diagnóstico de sospecha de neoplasia cutánea, ya que el retraso en el diagnóstico disminuye las posibilidades de supervivencia. Siendo indicativo además de la presencia de otra neoplasia interna.*



**6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA****MATERIAL INVENTARIABLE**

Ordenador portátil (Pentium ® 4 a 2 GHz, con 250 MB de DDR-SDRM , 30 GB de disco duro, DVD+Regrabadora y pantalla TFT de 15'' o similar

1.814 Euros

**MATERIAL FUNGIBLE**

Diskettes y pequeño material

300 Euros

**FORMACIÓN**

12 Sesiones docentes de 2 ½ horas cada una.  
(30 horas x 90 Euros)

2.700 Euros

Total

4.814 Euros

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

1.- TITULO

**VÍA CLÍNICA RTU DE PRÓSTATA / ADENOMECTOMÍA TRANSVESICAL. PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN HOSPITAL ERNEST LLUCH. CALATAYUD (ZARAGOZA).**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	JOSÉ MANUEL ARANDA LASSA		
Profesión	Jefe sección Urología	Centro de trabajo	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Dirección	Carretera Sagunto-Burgos km 254		
Localidad	Calatayud	Código postal y provincia	50300. Zaragoza
Teléfono	976-880964	Fax	Correo electrónico jmalss@pulso.com

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Ambroj Navarro	FEA Urología	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Jesús Lozano Enguita	FEA Urología	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Miguel A. Trávez Boned	FEA Urología	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Alfonso Gallego Melero	Anestesiología	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Pitar Moreno García	Sup. Urología	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Peña Paesa Murciano	DUE Urología	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Karin López Rubio	Sup. Quirofano	HOSPITAL ERNEST LLUCH
Mª Sol Gracia Orera	Sº Admisión	HOSPITAL ERNEST LLUCH

Anexo 2

**Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**

### 3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El abordaje y tratamiento de la Hipertrofia Benigna de Próstata (HBP) en la práctica clínica, aplicando con sentido común y clínico principios como los de la medicina basada en la evidencia, parece uno de los retos más relevantes para los próximos años, tanto en las vertientes diagnósticas y terapéuticas como en las referentes a las percepciones de los pacientes y a su calidad de vida.

La HBP es la causa más frecuente de obstrucción del flujo urinario en la población masculina. Su prevalencia es tan grande que podría considerarse como "normal" en el varón de edad avanzada; en las series necróticas se aprecian signos histopatológicos de HBP en el 50% de varones en la cuarta década de la vida, llegando al 90% a partir de los 80 años. En España se estima una prevalencia de varones con síntomas prostáticos del 0,6 % entre los 40 y 49 años, del 6,9 % entre los 50 y 59 años, del 19,6 % entre los 60 y 69 años y del 34 % en mayores de 70 años.

Actualmente el tratamiento de la HBP contempla opciones muy diversas que incluyen observación, tratamiento farmacológico, procedimientos quirúrgicos tradicionales y las técnicas consideradas como mínimamente invasivas.

Se pueden tener en consideración tres factores para poder plantear la indicación quirúrgica de la HBP:

- a) Tamaño y morfología de la hiperplasia.
- b) Fase funcional de la sintomatología prostática y sus eventuales complicaciones.
- c) Edad del paciente y su estado general.

Cocket considera como indicaciones absolutas las siguientes:

- 1) Insuficiencia renal debida a HBP.
- 2) Retención urinaria recidivante.
- 3) Infecciones recurrentes de vías urinarias debidas a HBP.
- 4) Litiasis vesical.
- 5) Hematuria recidivante secundaria a la HBP.
- 6) Grandes divertículos vesicales.

Durante los años 2001 y 2002 se han practicado un total de 29 resecciones transuretrales de próstata y 50 adenomecctomías. Es una práctica quirúrgica habitual en los Servicios de urología, con parametros mejorables que pretendemos mejorar con la puesta en marcha de estas vías clínicas.

### 3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

A. Poner en marcha y monitorizar los resultados de la vía clínica de adenomecctomía transvesical y de RTU de Próstata elaborada por un grupo de trabajo compuesto por profesionales de la Sección de Urología y de otros Servicios o Secciones (Anestesiología, Admisión, Hematología), así como Diplomados de Enfermería del Área de Hospitalización y de Consultas Externas y que:

- 1) Garantice la calidad de la asistencia.
- 2) Disminuya la variabilidad clínica.
- 3) Racionalice el uso de recursos.
- 4) Mejore la coordinación entre profesionales y Servicios / Secciones involucrados.
- 5) Mejore la satisfacción en los pacientes y familiares pues detalla las actividades del día a día así como establece un compromiso de la institución con su atención y cuidado ya que permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo desde el inicio el momento de alta.
- 6) Mejore los registros de información que faciliten la detección de problemas mejorables en el futuro.
- 7) Mejorar la coordinación de los diferentes profesionales.

B. Aproximación a la gestión para proceso según el modelo de excelencia para la gestión de la calidad.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

**4 - PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)****1) ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE DOS VÍAS CLÍNICAS.**

La puesta en marcha de la vía ha contado con la participación de profesionales de Urología, Anestesiología, Admisión, Hematología y DUEs de Consultas Externas de Urología y Área de Hospitalización. Asimismo ha participado el Coordinador de Calidad. Finalizada la elaboración, la puesta en marcha requerirá su divulgación preferentemente entre el personal de Admisión, celadores, auxiliar de enfermería y diplomados de enfermería. Se prevee realizar en el mes de enero y febrero de 2002.

**2) RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA MONITORIZACIÓN.**

La recogida de datos implica un trabajo sobreañadido para los Profesionales de la Sección de Urología y Diplomados en Enfermería. No contamos con personal administrativo para asumirlo ni con ordenador libre de otros usos en el que poder tener una base de datos propia.

**ACCIONES:** En un Centro Hospitalario como el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, la concesión de esta ayuda constituiría un estímulo y reconocimiento tanto para el personal médico como de enfermería de la Sección de Urología. Un médico y un/a diplomado/a en enfermería serán referentes y lideraran el proceso. Se realizará una base de datos informatizada con los casos que se vayan incluyendo en la vía, para lo cual se solicita un ordenador portátil y cuatro agendas electrónicas.

**DESARROLLO:** Realizar una base de datos (File Macker-Pro PC) en febrero de 2003. Inclusión de pacientes a lo largo de todo el año.

**3) MONITORIZACIÓN**

Consistirá en el análisis de indicadores de satisfacción del proceso, encuesta de satisfacción, análisis de las variaciones del protocolo. Se adjuntan ambas vías clínicas. Se incluirán la totalidad de pacientes afectos de Hiperplasia Benigna de Próstata a los que se indica adenomectomía transvesical o RTU de próstata y cumplen los criterios de inclusión.

**4) EVALUACIÓN, PRESENTACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RESULTADOS.**

Se realizará mensualmente en la sesión clínica interna del Servicio. Presentación del estudio en sesión clínica hospitalaria al finalizar el estudio. Presentación del estudio en Reunión anual de la Asociación Navarro-Aragonesa de Urología de 2003, en el Congreso nacional de Urología de 2003 y en el Congreso Nacional de Calidad Asistencial de 2003.

**5) ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS VÍAS Y DE LAS POSIBILIDADES DE MEJORA DE ACTUACIÓN ANTE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA.****5 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

1. Carballido Rodríguez, JA., Rodríguez Vallejo, JM., del Llano Señaris, JE. Hiperplasia prostática benigna y medicina basada en la evidencia: su aproximación a la práctica clínica. Med Clin (Barc) 2000; 114 (supl 2): 96-104.
2. Krongrad A, Perczek RE, Burke MA, Granville LJ, Lai H, Lai S. Reability of Spanish translations of select urological quality of life instruments. J Urol 1997; 158:493-6.
3. Chicharro JA, Burgos R. Epidemiología de la hiperplasia benigna de próstata: definición de la enfermedad. Rev Clin Esp 1999;199: 12-8.
4. Cockett A, Khoury S, Aso Y, Chatelain C, Denis L, Griffiths K. The 2<sup>nd</sup> International Consultation on Benign Prostatic Hiperplasia (BPH) Proceeding. Paris : Ed SCI, 1993.
5. Caballero Alcantara J, Padilla Leon M, Marchall Escalona C. Short hospital stay in the treatment of benign prostatic hyperplasia using transurethral resection. Actas Urol Esp. 1997 Sep; 21(8): 758-64.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
4 AGENDAS ELECTRÓNICAS IPAQ POCKET PC H3970	3196
ORDENADOR PORTATIL COMPAQ EVO NOTEBOOK N800V	1859

TOTAL euros	5055
-------------	------