



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



# XII EDICIÓN PREMIOS PLAN DE CALIDAD 2015 ÁREA SANITARIA V



**Jueves, 03 de noviembre 12:30 horas**  
**Salón de Actos**  
**Hospital Universitario de Cabueñes**  
**Gijón**

# PREMIOS

## PREMIO CALIDAD ASISTENCIAL

*“Tratamiento mínimamente invasivo de la vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria mediante inyección de Toxina Botulínica tipo A Intravesical en Régimen Ambulatorio”.*

**AUTORES:** Rodrigo Gil Ugarteburu, Luis Rodríguez Villamil, Laura Rúger Jiménez, Rebeca Blanco Fernández, Patricia Torrico Pérez, Isabel García Rodríguez, Iván González Rodríguez, Sergio Fernández-Pello Montes, Guillermo Cruceyra Betriu, José Manuel Pello Fonseca, Javier Mosquera Madera

**FEAs Sº Urología Hospital Universitario Cabueñes**

## PREMIO CONTINUIDAD ASISTENCIAL

*“Análisis de la práctica asistencial desde el punto de vista del paciente”*

**AUTORES:** Margarita del Valle García<sup>1</sup>, Ignacio González Iglesias<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Eugenia Muñiz Álvarez<sup>3</sup>, Rosa M<sup>a</sup> González Llana<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Supervisora de enfermería Unidad de Calidad, <sup>2</sup>Coordinador Médico Unidad de Calidad, <sup>3</sup>Auxiliar Administrativo Dirección de Asistencia Sanitaria, <sup>4</sup> TCAE Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería.

**Área Sanitaria V**

## PREMIO SEGURIDAD CLÍNICA

*“Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) aplicado al proceso de triaje en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Cabueñes”.*

**Autores:** Julia Moreira Fueyo<sup>1</sup>, Rosa Barreiro Marañón<sup>2</sup>, María Jesús González Prieto<sup>3</sup>, Sabino Rodríguez Costales<sup>2</sup>, Ramón Fernández Álvarez<sup>4</sup>, Ignacio González Iglesias<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Supervisora de enfermería Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Due Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Due Servicio de Urgencias Pediatría, <sup>4</sup>Médico Urgencias de Pediatría, <sup>5</sup>Médico de Urgencias y Coordinador de la Unidad de Calidad Área V

## PREMIO EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS

*“Hernioplastia sin sutura”. Nueva técnica quirúrgica con valor añadido.*

**AUTORES:** Pablo San Miguel Botella

**FEA Servicio Cirugía general y A, Digestivo. Hospital Universitario de Cabueñes.**

## PREMIO ÉTICA ASITENCIAL

### “DR. MARIANO LACORT”

*“La limitación del esfuerzo terapéutico: ¿nuestra limitación?”  
Evaluación de la realización de la limitación del esfuerzo terapéutico en una UCI*

**AUTORES:** Ana María Sánchez Prieto,

**FEA Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Cabueñes.**

## MENCIÓN ESPECIAL

*“Monitorización de los Indicadores de Calidad en Ultrasonografía Endoscópica como guía del Proceso de Mejora Continua”*

**Autores** Rafael Tojo Gonzalez (1);María Poch Arenas (2); Marta Izquierdo Romero (1); Arancha Alvarez Alvarez (1); Diana Rodriguez Villar (2); Fco Javier Roman Llorente (1); Pablo Gonzalvo (2); Jose Perez Pariente (1); Maria Francisca Villegas (1); Maria Pipa Muñiz (1), Monica Ruiz Ruiz (1), Alejo Mancebo Mata (1) Eugenia Mosquera Sierra (1), Ana Cristina Gonzalez Bernal (1); Ana Adela Martinez Fernández (2); Pilar Varela Trastoy (1); Marta Arce (1), Angeles Fernandez (3), Lissa Maria Franco (1), Maria Josefa Garcia Sánchez (1); Rosa Garcia (1), Maria Carmen Rodriguez Baena (2), Elena Ruiz Ruiz (1), Miguel Angel Bermejo (3); David Pereira Santiago (4); Angeles Mosquera Perez (1) ; Julián Fernández Rodríguez (1), Carmen Aguado Del Pozo (1), Eva Barreiro Alonso (1), Maria Curieses Luengo (1), Amparo Pereira Castro (1), Gloria Dominguez Delgado (1), Isabel Perez Valle (1)

(1) Sección de Aparato Digestivo Hospital Universitario de Cabueñes. (2) Servicio de Anatomía Patológica HU Cabueñes. (3) Servicio Anestesiología y Reanimación HU Cabueñes. (4) Aparato Digestivo Hospital Valle del Nalón

# RESÚMENES DE PREMIOS

## **PREMIO CALIDAD ASISTENCIAL**

### ***“Tratamiento mínimamente invasivo de la vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria mediante inyección de Toxina Botulínica tipo A Intravesical en Régimen Ambulatorio”.***

**Introducción:** En el año 2015 el Servicio de Urología implanta en el Hospital de Cabueñes el proyecto: “Tratamiento mínimamente invasivo de la vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria mediante inyección de toxina botulínica tipo A (ITBA) intravesical en régimen ambulatorio”. El objetivo de este estudio es exponer los aspectos más importantes del proyecto y analizar los beneficios clínicos, asistenciales y económicos.

**Material y métodos:** En el presente trabajo se exponen distintos aspectos del proyecto: la estandarización de la técnica de ITBA, el desarrollo del circuito ambulatorio del Hospital de Cabueñes para realizar la ITBA y la técnica de anestesia local intravesical desarrollada por el Servicio de Urología para poder realizar la ITBA en régimen ambulatorio. Se incluyeron los primeros 101 procedimientos de ITBA realizados en régimen ambulatorio desde la implantación del proyecto. Todos los pacientes antes de la ITBA y a los 3 meses del tratamiento cubrieron 2 cuestionarios de calidad de vida, el ICIQ-sf para evaluar la incontinencia y el OAB-sf para evaluar los síntomas de vejiga hiperactiva, y un DM3d (Diario miccional de 3 días) para evaluar la dinámica miccional. Además se analizó la efectividad de la técnica de anestesia local intravesical mediante una escala numérica del dolor. Se realizó un análisis de los beneficios económicos que supone la implantación de la técnica de ITBA en régimen ambulatorio y un registro de los procedimientos de ITBA realizados en quirófano para calcular la accesibilidad al tratamiento en comparación con el régimen ambulatorio.

**Resultados:** Se analizan 101 procedimientos de ITBA realizados en régimen ambulatorio. A los 3 meses del tratamiento se obtuvo una mejoría global estadísticamente significativa de la incontinencia del 60% ( $p < 0.00001$ ) en el 86.75%

de los pacientes. Se obtiene mejoría global de los síntomas de vejiga hiperactiva, con una disminución significativa del 42.1% ( $p < 0.00001$ ) en el 84% de los pacientes. Se obtiene una mejoría estadísticamente significativa en los principales parámetros del DM3d a los 3 meses: disminución de la frecuencia miccional ( $p = 0.005$ ) del 19 %, aumento del volumen miccional máximo diurno del 21% ( $p = 0.001$ ), disminución de los episodios de urgencia ( $p < 0.00001$ ), incontinencia urinaria ( $p = 0.0001$ ) y del número de mudas ( $p < 0.00001$ ) del 56%, 69% y 54% respectivamente. El 75.3% de los pacientes refirieron que no sintieron dolor o un dolor leve durante el procedimiento, con una media de dolor de 2.3/10. Desde que se implantó la técnica de ITBA en régimen ambulatorio se estima un ahorro de 72.894,73 euros y un ahorro total en los próximos 3 años para el Hospital de Cabueñes de casi un cuarto de millón de euros. El régimen ambulatorio determina una mejor accesibilidad de los pacientes al tratamiento con ITBA, multiplica por 8 el número de procedimientos realizados al año y adelanta el tratamiento con ITBA en 2 años.

**Conclusiones:** La técnica ITBA en régimen ambulatorio realizada en el Hospital de Cabueñes es una técnica efectiva, segura y bien tolerada. El régimen ambulatorio de la técnica de ITBA determina un ahorro económico y mejora la accesibilidad de los pacientes a la técnica de ITBA.

## PREMIO CONTINUIDAD ASISTENCIAL

### *“Análisis de la práctica asistencial desde el punto de vista del paciente”*

**Objetivo:** Conocer el nivel de satisfacción declarado por el paciente, para determinar el grado de respeto de sus derechos básicos y analizar la práctica asistencial desde el punto de vista del paciente.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo mediante Encuesta validada por el Servicio de Gestión Clínica del Principado de Asturias dirigida a pacientes hospitalizados, consta de 29 parámetros, 16 con escala tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 el peor resultado posible, y el 5 la situación perfecta o inmejorable, 10 preguntas (variable dicotómica/politómica), y 3 preguntas de contestación de texto libre sobre si ha tenido problemas en Urgencias, Unidad de hospitalización y en las pruebas

realizadas. Los parámetros determinaban si se cumplían las expectativas del paciente, la información recibida, la impresión sobre las instalaciones/equipamientos y el cumplimiento por parte de los profesionales de los derechos básicos reconocidos según la 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. Se entrevistó a 338 pacientes ingresados en la Unidades de hospitalización del Hospital Universitario de Cabueñes, excepto menores de 16 años y pacientes de las Unidades de críticos y Urgencias

**Resultados:** Porcentaje de respuestas 51,48, la edad media de 67,6 y el 44,51 eran mujeres.

Índice de Satisfacción global: Muy satisfecho 38,92 %, Satisfecho 53,29 %, Poco satisfecho: 3,59 Nada satisfecho 0%, No contesta: 4,19%

Los resultados respecto a ***expectativas del paciente/visión de los profesionales e institución*** , la mayoría de los parámetros tienen una puntuación superior a 4, excepto el parámetro que se refiere a las indicaciones para orientarse por el hospital y sobre el estado de las habitaciones, asimismo esto se refleja en las observaciones.

Los resultados respecto a los ***Derechos del paciente a la Información/Autonomía:*** Conocen el nombre del médico 56,21; de la supervisora 30,77; del personal de enfermería 45,56 (algunos), los parámetros que hacen referencia a si han podido expresar sus dudas, han recibido suficiente información, son superiores al 90% y en cuanto a si el médico les ha entregado el informe de alta el 26,62 contesta que no. Respecto a la realización de pruebas sin su consentimiento el 87,71 contesta que no. La información que reciben a su ingreso con la Guía de acogida un 43,79 contesta que no se la han entregado y respecto a la información del video de información sobre riesgos sanitarios (Identificación y caídas) que se emite en el canal interno de TV un 66,67 contesta que no.

**Conclusiones y/o Discusión:** El resultado de la intervención sanitaria podemos concluir que supera las expectativas de más del 80% de los pacientes, a tenor de los datos puede decirse que la atención sanitaria cumple con su objetivo desde el punto de vista del paciente. La atención en Urgencias, requiere ser evaluada con otros parámetros ya que se ve muy influenciada por la presión asistencial y los tiempos de



atención percibidos por el paciente. En este estudio hemos comprobado que hay prácticas que a los pacientes no les generan insatisfacción y otras que sí las consideran relevantes en la atención sanitaria. El analizar la práctica asistencial desde el nivel de satisfacción del paciente no permite afirmar con rotundidad la evidencia de los resultados, pero puede aproximarnos a una visión global sobre la atención que se presta en las instituciones sanitarias.

## PREMIO SEGURIDAD CLÍNICA

### ***“Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) aplicado al proceso de triaje en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Cabueñes”.***

**Justificación:** A raíz de la notificación de una serie de incidentes de seguridad relacionados con el triaje en el Servicio de Urgencias y ante la próxima remodelación de la estructura física de dicho servicio, se decidió realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) para analizar el proceso de triaje y priorizar las propuestas de mejora que se obtengan en dicho análisis.

**Objetivos:** Identificar los riesgos en el proceso del triaje en el Servicio de Urgencias de forma proactiva, priorizarlos y establecer medidas de mejora en la seguridad de los subprocesos del triaje.

**Material y métodos:** Descripción de la Experiencia. Se utilizó la metodología “análisis modal de fallos y efectos”. Un equipo multidisciplinar identificó los modos de fallo del proceso. Se delimitó claramente el proceso y se describió cada uno de los subprocesos que lo integran. Se analizaron de forma independiente cada uno de los subprocesos descritos. Para cada uno de ellos se identificaron los diferentes modos de fallo potenciales. Se identificaron las causas que podían originar los diferentes modos de fallo, así como los efectos que podrían tener en el paciente en el caso de producirse. Para calcular el impacto asociado a cada modo de fallo potencial se utilizó el índice de priorización de riesgo (IPR). El IPR se obtiene mediante la siguiente fórmula:  $IPR = IG \times IA \times ID$  (Gravedad, Aparición, Detectabilidad) Se establecieron propuestas de mejora para todos los modos de fallo

identificados. Se consideraron críticos aquellos con un IPR>500. Se calculó también el IPR final (teórico) que se obtendría con las propuestas de mejora.

**Resultados / Conclusión:** Se identificaron un total de 24 modos de fallo. Para cada uno de ellos se consensó el efecto, la causa potencial, si existía actualmente algún mecanismo de control de ese riesgo, el IPR inicial, las propuesta de mejora recomendadas y el IPR final teórico. El IPR inicial acumulado fue de 22531 (rango: 4-729) y tras las propuestas de mejora el IPR final acumulado fue de 9930 (rango: 4-425). Dentro de los 10 modos de fallo con mayor riesgo (IPR>450), 3 correspondían a errores en la identificación inequívoca del paciente, 3 a la valoración del paciente, 2 a la espera de la visita, 1 a la asignación de nivel de triaje y 1 al inicio del triaje. El modo de fallo considerado de mayor riesgo (IPR=729) fue el de tiempo de triaje elevado, lo que podía producir una demora asistencial no adecuada, empeoramiento del estado basal del paciente, retraso diagnóstico terapéutico y aumento asociado de la morbi-mortalidad. Se proponen las siguientes acciones para mitigar el riesgo: Separación de circuitos de adultos/pediatría, implantar un sistema de triaje específico para pediatría, circuito para obstetricia separado de urgencias generales, circuito independiente de urgencias para ingresos no urgentes, circuito independiente de urgencias para revisiones de oftalmología y otorrinolaringología.

## **PREMIO EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS**

### ***“Hernioplastia sin sutura”. Nueva técnica quirúrgica con valor añadido.***

**Introducción:** La HERNIOPLASTIA SIN SUTURA (HSS), es una novedosa técnica quirúrgica para el tratamiento de la hernia inguinal utilizando, como sistema de fijación de la malla y piel, un adhesivo tisular sintético, el CIANOACRILATO, sustituyendo a suturas y/o grapas.

**Objetivos:** Evaluar los resultados de dicha técnica valorando su influencia en el bienestar del paciente, la seguridad del personal sanitario y en el coste económico del proceso.

**Material y Metodo:** Se presenta estudio prospectivo y descriptivo de mi experiencia en dicha técnica entre noviembre de 2013 y junio de 2016.

Criterio de inclusión: Pacientes procedentes del listado de Listado de espera Quirúrgica (LEQx). Exclusión: Alergias desconocidas, EPOC severo y edad > 80 años.

Se diseñó documentación (Anexos I-II-III-IV-V-VI y VII), para el análisis de las siguientes variables:

- DATOS OPERATORIOS: - Edad - Sexo - Técnica quirúrgica - Ámbito (CMA-hospitalización)
- Profilaxis antibiótica - Profilaxis tromboembólica - Localización hernia - Tipo hernia - Técnica anestésica - Tiempo quirúrgico - Tipo de malla - Tipo de adhesivo. SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO: 1ª semana y 1-3-6-12 y 24 meses. - EVA (Escala virtual analógica) 1ª semana y total estudio - Morbilidad (1ª semana y total estudio)
- INCIDENCIA DE ACCIDENTE LABORAL en quirófano
- AHORRO ECONOMICO ESTIMADO: Se aplicaron los costes por proceso del estudio realizado por un hospital español. Se evalúan los beneficios económicos globales del uso de esta técnica.

Revisión bibliográfica Medline – Pubmed

**Resultados:** En dicho periodo se operaron con HSS 90 hernias en 85 pacientes, 77 hombres, 8 mujeres, 77 hernias inguinales unilaterales primarias, 1 recidivada, 5 bilaterales y 2 crurales.

El 92,42 % de los pacientes completaron sus revisiones. Tres pacientes no lo hicieron a partir del 3º mes.

- Rango edad: 18-72 años. Media: 55
- Técnica quirúrgica: Lichtenstein 72,22 %, Rutkow-Robbins 25,56 % y crural 2,22%
- Ámbito: CMA: 70,59%. HOSPITALIZACION: 29,41%
- Profilaxis antibiótica: 12,94 %
- Profilaxis tromboembólica: 80 %
- Localización: derechas 63,53 %, izquierdas 30,59 %, bilaterales 5,88 %
- Tipo de hernia: indirectas 60 %, directas 33,34 %, mixtas 4,44 % y crurales 2,22 %
- Técnica anestésica: Raquídea 83,53 % y general en 16,47 %.
- Tiempo quirúrgico:
  - H. unilateral: Rango: 10 - 35 minutos. Media: 22 ± 6
  - H. bilateral: Rango: 30 - 45 minutos. Media: 35 ± 6
- Morbilidad: 1ª semana: 9,40 % // total estudio: 16,45%
  - EVA= 0: 48,24% primer día postoperatorio, 81,18 % al 7º día.

- Infección de herida: 0 %
  - Seromas: 0 %
  - Hematomas: 0 %
  - Orquitis: 0 %
  - Recidivas: 0 %
  - Induración: 4,70 %
  - Intolerancia prótesis: 7,05 %
  - Dolor crónico: 0 %
  - Otras: 4,70 %
- Incidencia de accidente laboral: No hubo ninguna.
  - Ahorro económico estimado: 21.250 €

**Conclusiones y/o discusión:** Aunque mi estudio no es comparativo, sus resultados se asemejan a los estudios comparativos y metaanálisis consultados en la bibliografía donde concluyen que la HERNIOPLASTIA SIN SUTURA (HSS):

- Es segura y eficaz
- Disminuye el dolor postoperatorio, el tiempo quirúrgico y la morbilidad
- Disminuye el coste económico del proceso por:
  - Menor gasto en profilaxis antibiótica y analgésicos
  - Menor tiempo quirúrgico empleado
  - Mayor disponibilidad de tiempo de quirófano
  - Menor incidencia de hospitalizaciones tras CMA por complicaciones anestésicas.
  - Baja morbilidad
  - Menores necesidades de recursos humanos y materiales al necesitar menos curas y no tener que retirar grapas.
- Favorece la pronta incorporación al mercado laboral
- Aumenta la seguridad del personal sanitario

Es una técnica con valor añadido, aconsejable implantar en nuestro ámbito sanitario y que será, en un futuro próximo, técnica GOLD STANDARD.

## **PREMIO ÉTICA ASISTENCIAL DR. MARIANO LACORT**

### *“La limitación del esfuerzo terapéutico: ¿nuestra limitación? Evaluación de la realización de la limitación del esfuerzo terapéutico en una UCI”*

**Introducción:** la realización de limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica cada vez más frecuente en las unidades de cuidados intensivos por ser los lugares donde se instauran medidas de soporte vital en los pacientes. Dicha limitación está perfectamente encuadrada en un marco ético, jurídico y deontológico. La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico, supone la aceptación de irreversibilidad de la enfermedad, abandonar los tratamientos con fin curativo y administrar todos los medios para garantizar el máximo bienestar al enfermo. Pero aceptar esa irreversibilidad genera conflictos, así como la forma de poner en práctica dicha limitación.

**Objetivo:** Identificar los problemas que pueden llevar a los profesionales de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a una no adecuada actuación en la limitación del esfuerzo terapéutico con el objeto de encontrar puntos de mejora y acuerdo.

**Método:** estudio descriptivo tipo encuesta al personal de la UCI del Hospital de Cabueñes de Gijón, con un total de 56 profesionales incluyendo cuerpo médico, enfermería y auxiliares.

**Resultados:** más de la mitad de los encuestados opina que la limitación del esfuerzo terapéutico se hace de forma inadecuada y la causa es una prolongación en el tiempo de las medidas de soporte vital cuando ya se ha decidido la limitación. Se encuentra que en un 70% no consideran que sea lo mismo moralmente omitir que retirar estas medidas cuando constituyen un tratamiento desproporcionado. En los aspectos en los que más se prolonga innecesariamente es en la retirada de fármacos y en la retirada de la ventilación mecánica, abogando en esto último por realizar más extubaciones terminales en algunos casos. Se encuentra como principal causa en opinión general, una falta de consenso.

**Conclusiones:** Nuestra principal debilidad es la prolongación innecesaria de ciertas

medidas de soporte vital una vez decidida la limitación del esfuerzo terapéutico. Se hace necesario un consenso tanto para la instauración de dicha limitación como para la forma de llevarla a cabo. Como consecuencia de este trabajo se realizará una manual que sirva de guía para la adecuada realización desde el inicio hasta el final, de la limitación del esfuerzo terapéutico en los pacientes ingresados en UCI, así como un formulario en el que consten dichas decisiones

## MENCIÓN ESPECIAL

*“Monitorización de los Indicadores de Calidad en Ultrasonografía Endoscópica como guía del Proceso de Mejora Continua”*

**Objetivos:** Analizar la Adecuación de nuestros resultados a los Indicadores de Calidad definidos internacionalmente, basados en resultados, de la USE en el Hospital Universitario de Cabueñes. Determinar las Acciones de Mejora a desarrollar.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional descriptivo prospectivo sobre 176 exploraciones realizadas entre 01.10.14-30.06.15, determinando la adecuación a los indicadores de calidad definidos para la técnica mediante estudio del informe de exploración, historia del paciente, e informe de Anatomía Patológica.

**Resultados:** La tasa de diagnóstico de malignidad en masas pancreáticas en nuestra serie es del 81.9%, siendo la tasa deseable >70%, con una sensibilidad del 88%, siendo lo deseable >85%. La sensibilidad diagnóstica global es del 80.6%, considerándose buena por encima del 80%, con una tasa de obtención de muestra adecuada en lesiones sólidas del 90.3%, siendo lo deseable >85%. **DISCUSIÓN:** Creemos que la adecuación de nuestros resultados a los indicadores de calidad definidos para USE (basados en resultados) se deben a: La adecuada dotación técnica estructural y fungible, la promoción desde el inicio de la comunicación y superación de barreras con el Patólogo para el diagnóstico a través de punción guiada por USE en muy diversos entornos clínicos, la fluida comunicación inter-profesional e inter-especialidad en cada proceso asistencial, especialmente en casos

difíciles, la formación clínica necesaria para la correcta toma de decisiones durante la realización de la USE (por ejemplo, conocer qué hallazgos suponen un cambio en el manejo del paciente, y actuar en consecuencia). En función de ello, como ACCIÓN DE MEJORA se han desarrollado diversas acciones formativas para potenciar el conocimiento clínico-técnico de los profesionales implicados en la USE. Por otro lado, creemos que la utilidad del análisis de adecuación a los indicadores de resultados definidos deben llevar a la ACCIÓN DE MEJORA de planificación trimestral / semestral de medición y análisis continuo de los mismos (Análisis Diciembre 2015: Sensibilidad diagnóstica global 83.4%. Sensibilidad para malignidad pancreática: 100%. Eventos adversos: 0%. Análisis Junio 2016: Sensibilidad diagnóstica global 73.6%. Sensibilidad para malignidad pancreática: 81.5%. Eventos adversos: 0%). Finalmente creemos que son necesarios indicadores de calidad basados en Estructura y Proceso, no sólo en Resultados, hasta donde conocemos, por definir, por lo que constituye un reto de futuro el hacerlo.

**Conclusiones:** (1) Búsqueda y Definición de indicadores de calidad basados en Estructura y en Proceso. (2) Medición y análisis trimestral de los indicadores de calidad prioritarios definidos internacionalmente, basados en Resultados: Adecuado estadiaje según TNM, Sensibilidad Diagnóstica y Tasa de Eventos Adversos. (3) Promoción de la mejora en Tecnología y Dispositivos Fungibles. (4) Promoción de acciones formativas Clínico-Técnicas de profesionales implicados. (5) Promoción de la unión EcoendoscopistaPatólogo como unidad funcional diagnóstica. (6) Promoción de comunicación InterEspecialidad e Inter-Profesional como guía del Proceso Asistencial en cada paciente.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS