



**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster Universitario en Dirección y Gestión
Sanitaria**

Trabajo Fin de Máster

**Planteamientos y mejoras en
gestión clínica en el Servicio
de Ginecología y Obstetricia
del Área III del SMS**

Presentado por: Karen Aguilar Duarte

Asesorado por: Mercedes Guilabert Mora

Ciudad: Murcia

Fecha: 1 de febrero de 2017

Índice

1. Propósito del documento	3
2. Marco general y características del sistema sanitario	4
3. Análisis estratégico	6
3.1. Análisis externo	6
3.1.1. Datos demográficos	7
3.1.2. Recursos sanitarios en el Área III del Servicio Murciano de Salud (SMS)	13
3.1.3. Recursos sociales y comunitarios del Área III del SMS	14
3.1.4. Actividad asistencial en los últimos años en la Región de Murcia	17
3.2. Análisis interno	20
3.2.1. Áreas de Ginecología y Obstetricia del HGU Rafael Méndez	20
3.2.2. Distribución de los RRHH del área de Ginecología y Obstetricia HGURM	22
3.2.3. Cartera de servicios	25
3.2.4. Análisis de los datos de funcionamiento generales de ginecología y obstetricia del Área III del SMS en los últimos 4 años	29
3.2.5. Previsión de la demanda	38
3.2.6. Matriz DAFO/CAME	39
4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica	44
4.1. Misión	44
4.2. Ejes, líneas y objetivos estratégicos	44
4.3. Mapa estratégico de la unidad	47
4.4. Calidad y seguridad del paciente	47
4.5. Rutas asistenciales para una atención integrada	48
4.6. Docencia y formación continuada	49
4.7. Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando integral	50
5. Currículum del candidato	57
6. Perfil profesional de un jefe de servicio	64
6.1. Perfil profesional	64
6.2. Funciones del jefe/a clínico	65
Documentos adjuntos	68
Bibliografía	74

1. Propósito del documento

Al describir la situación actual del servicio en el que trabajo, Ginecología y Obstetricia, pretendo describir el potencial de mejoras que pueden realizarse, siendo el principal objetivo motivar al personal, mejorar la calidad y asegurar la seguridad y satisfacción de la paciente cuando utilice nuestros servicios.

La difícil tarea de la gestión clínica debe ser metódica y realizar una organización que nos permita obtener datos que aporten propuestas para favorecer una buena atención a las pacientes, que sea eficaz y eficiente, sin hacer que afecte a la sostenibilidad del sistema.

Es importante que quede reflejado todo el arduo trabajo que ha implicado realizarlo y tener la posibilidad de poder aplicarlo desempeñando de la mejor forma una jefatura a la que estoy optando.

Si obtengo la jefatura iniciaré una nueva metodología que permita una organización proactiva, aplicando mejoras, adaptando protocolos, fomentando la formación continuada y creando y adaptando indicadores que puedan ser valorados y evaluados.

Al iniciar este trabajo encontré una serie de dificultades a la hora de recolectar datos. Al no estar estos a disposición de todo en mundo, se convirtió realmente en una tarea de investigación. De todo lo recopilado, presentaré datos de Servicio Murciano de Salud (en adelante SMS), del Área III del propio SMS donde se engloba el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca (en adelante HGURM) y del propio Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGURM donde trabajo, para plantear objetivos y metas. Mi intención es situarnos en esos tres escenarios, para poder, en cierta medida, dar a conocer la situación actual, analizarla y proponer objetivos estratégicos de mejora según los resultados obtenidos.

Otro punto a mejorar es con referencia a los indicadores. Como sabemos los indicadores nos sirven para medir objetivos y marcarnos metas que generalmente suelen ser mejorar la atención, que sea eficaz, eficiente, completa y oportuna. Es muy sencillo decir parto/cesárea, pero se debe comprender que a lo largo de la vida somos un acúmulo de sentimientos desde el momento en el que llevas a una pareja al culmen maravilloso de la vida y ser partícipe de un momento del que todas las decisiones que el obstetra tome se convertirán en todo un futuro. Un ser forma otro y nuestra función es llevar a ese binomio madre-hijo a resultados óptimos. Por lo que debemos estudiar, más que el porcentaje de cesáreas, su adecuación y las características de la población para conocer su complejidad y valorar mejor a los facultativos.

2. Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la unidad de gestión clínica

El gran cambio vino originado con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹, la descentralización que se consolidó en el 2002, con la que se distribuyen los problemas sanitarios además de la organización y resolución para cada comunidad autónoma. Con la puesta en práctica de la Ley de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud, 16/2003, de 28 de mayo², se muestra evidencia de la mejoría del sistema. Gracias al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del que forma parte el Ministerio de Sanidad y Política Social y las consejerías de salud de las comunidades autónomas, se formulan nuevas políticas para consensuar la gestión.

Según la pagina del Observatorio de la Sanidad Fedea³, el Sistema Sanitario Español es uno de los mejores a nivel internacional, considerado como uno de los sistemas con mayor éxito, sin olvidar que no solo debemos valorarlo por su asistencia sanitaria. Muy importante es mencionar sus elementos rectores: la universalidad, solidaridad, equidad, representan un logro social y debemos valorarlo a pesar de los momentos duros, y quebrantos ocasionados por la crisis. También se menciona entre otras cosas según la valoración de la Organización para la Cooperación y el desarrollo Económico (OCDE) que España desde el 2007 al 2012 ha mejorado la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida en buena salud (65,8 años, para la población femenina, mejoría de 2,6 años). Otra valoración es que España se encuentra dentro de los países con menor número de años perdidos de vida potencial, tanto en varones como en mujeres. Con respecto a los indicadores relacionados en ginecología y obstetricia, el bajo peso al nacer en España se encuentra a la cola solo superado por república checa, Portugal y Grecia, por lo que debemos estar atentos para que no se incremente, una de las razones puede ser el retraso en la maternidad de las mujeres.

La continua preocupación por la reducción del déficit presupuestario, para lo que se han creado medidas como el copago, solo se sostienen si todos respetamos el pago de impuestos, en el caso de lograr el protagonismo del paciente, lograr alianzas terapéuticas, mejorar comunicación seguimientos desde primaria, mejoraría la atención disminuye la morbilidad y hay mayor cuidado por parte del paciente, reducción de la atención en complicaciones, con lo cual el 80% del gasto sanitario actual que corresponde a tratamientos mejoraría el escaso porcentaje destinado a Prevención, 3%. A pesar de ello el gasto sanitario en España ha seguido la tendencia al alza internacional y el PIB de 9,4% con respecto al 9,3% según OCDE. Debemos intentar continuar mantener la transparencia de todo el proceso y de las instituciones⁴.

La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia⁵, nació con la intención clara de organizar el sistema sanitario publico en la Región de Murcia, dándole una estructura adecuada a los servicios que ya existían en la región. Con la Ley 4/1994, de 16 de julio, de Salud de la Región de Murcia⁶, supuso una estructuración del sistema con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la consejería de sanidad y la segunda al Servicio Murciano de Salud como ente responsable de gestión y prestación de la asistencia sanitaria de los servicios públicos que integra. Preocuparnos por mantener su sostenibilidad, valorarlo y evaluarlos para disminuir la morbilidad y favorecer la prevención de enfermedades crónicas como son las enfermedades cardiovasculares que continúan siendo la principal causa de muerte en España.

El presente trabajo se desarrolla en la Región de Murcia, específicamente en el Área III del SMS, y dentro de esta, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGURM.

El Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca es un hospital comarcal, con todo lo que ello implica, al no disponer de todos los medios necesarios como centros de mayor nivel. El Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGURM cuenta con un grupo de facultativos especialistas dispuestos a mejorar cada día la atención con las posibilidades con las que se cuenta.

El hospital fue inaugurado en 1990. Se encuentra ubicado a las afueras de la ciudad, a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo⁷.

Se aportarán datos demográficos, recursos estructurales, sociales, recursos sanitarios y funciones y evaluación del trabajo que se está realizando. Toda la información es real, obtenida gracias a los departamentos de calidad, estadística, trabajo social, atención al usuario y RRHH del HGURM. Para la realización del análisis interno se ha contado con los datos obtenidos a partir del CMBD (Conjunto mínimo básico de datos), de los GRD (Grupos relacionados con el diagnóstico) y del PIN (Programa inteligente de datos) del Área III del SMS.

Como sabemos, de un tiempo a esta parte, hay mayor demanda, tanto asistencial como jurídica, por parte de los pacientes, lo cual nos obliga a cambiar la forma de atención sanitaria. En internet hay información al alcance de todos, con valor científico y sin él, que pueden inducir a fallos de interpretación, lo que implica una continua formación e incorporar la responsabilidad de los pacientes en las decisiones que les atañen. Hay cambios demográficos, con preferencias muy distintas y a veces contrapuestas sobre lo que desean en la atención sanitaria y que han obligado a los profesionales a cuestionarse los valores a partir de los que se estaban tomando las decisiones, intentando aplicar todos los parámetros de calidad, centrándonos en una mejor atención a las pacientes, sin que ello perjudique nuestro adecuado funcionamiento profesional. Siendo objetivos prioritarios actualizar la formación de nuestros profesionales y mejorar la calidad de la atención.

3. Análisis estratégico

3.1. Análisis externo

Los últimos datos de población oficiales a 1 de Enero de 2016 atribuyen a la Región de Murcia 1.465.258 habitantes, siendo el número de mujeres de 730.916, correspondiente a un 49,88% de la población⁸.

El sistema Murciano de Salud se divide en áreas. Cada una cuenta con atención primaria y dispone de al menos un hospital de referencia.

De las comunidades y ciudades autónomas que comprenden el territorio nacional, nos centraremos en la Región de Murcia, que, a su vez, se divide en nueve áreas de Salud:

I (Murcia/Oeste)	VI (Vega Media del Segura)
II (Cartagena)	VII (Murcia/Este)
III (Lorca)	VIII (Mar Menor)
IV (Noroeste)	IX (Vega Alta del Segura)
V (Altiplano)	

Dichas áreas están cubiertas por una red formada por diez hospitales, uno por área, excepto por el área II, de Cartagena, que cuenta con dos hospitales.

El siguiente esquema (Fig. 1) referente a como se conforma la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia ha sido elaborado a partir de los datos obtenidos de su página web⁹:

Fig. 1. Organigrama de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia



Fuente: www.murciasalud.es

El 26 de marzo de 2007, el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud adoptó el acuerdo de aprobar el Reglamento de Organización, Estructura y Funcionamiento de la Gerencia del Área de Salud III (Lorca), mediante el cuál se unificaban en una Gerencia Única las antiguas Gerencia de Atención Primaria de Lorca y la Gerencia del Hospital General Universitario Rafael Méndez¹⁰.

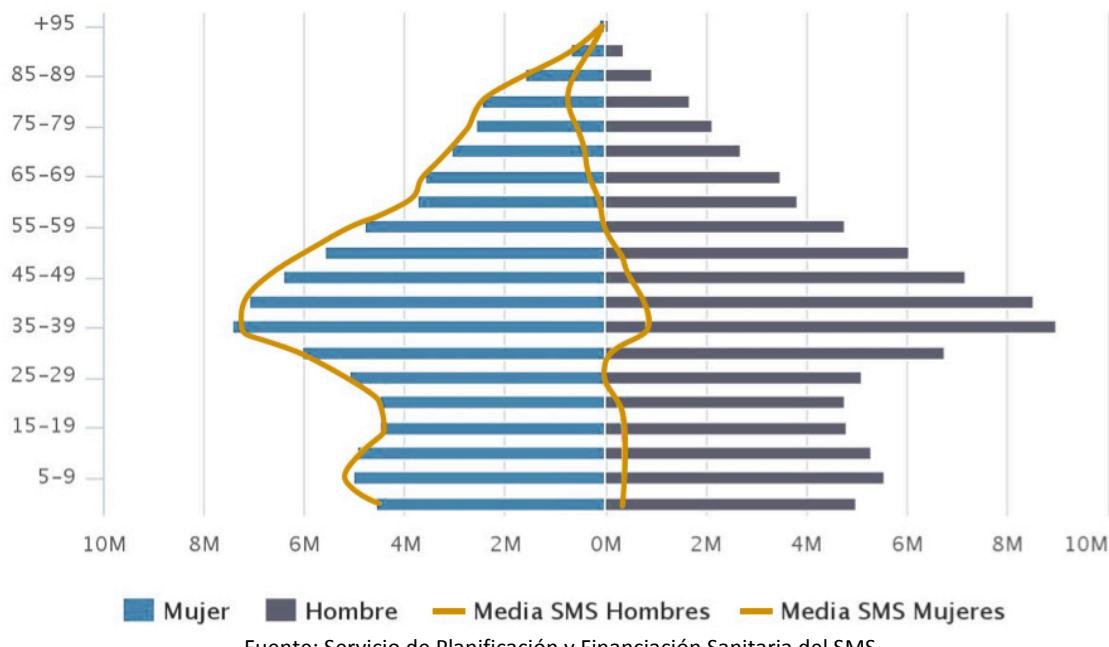
3.1.1. Datos demográficos

Pirámide poblacional del SMS

De la población femenina en la Región de Murcia (730.916 mujeres), el 12,57% corresponden al Área III del SMS, 84.946 mujeres.

Toda la información representada en el siguiente gráfico (Fig. 2) ha sido obtenida del Programa inteligente de datos (PIN) del SMS, a través del Departamento de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles Asistenciales del Área III del SMS:

Fig. 2. Pirámide poblacional del SMS



Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria del SMS

Población asistida

La siguiente tabla (Tabla 1) reflejamos la población total y la femenina en las diferentes comarcas que engloban el Área III del SMS. Como se puede evidenciar, la mayoría de la población se encuentra en Lorca, 91.914 habitantes. Del total de la población, el 49,07% corresponde a mujeres, cifra ligeramente inferior a la de la Región¹¹.

Tabla 1. Población del Área III del SMS

	POBLACIÓN TOTAL	MUJERES
Lorca	91.714	44.728
Puerto Lumbreras	14.694	7.337
Águilas	34.772	17.396
Aledo	984	493
Totana	30.916	14.992
TOTAL	173.080	84.946

Fuente: INE www.ine.es

Mapa de distribución por zonas del Área III del SMS

En el mapa siguiente (Fig. 3) podemos ver la distribución por zonas del Área III del SMS. Dicho mapa, ha sido elaborado en base al que facilita el SMS en su página web, incluyendo la información actualizada a octubre de 2016¹².

Fig. 3. Mapa del Área III del SMS



Fuente: www.murciasalud.com

Las zonas básicas de salud adscritas a las que les corresponde la atención en el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca son 11:

- | | | |
|-------------------|-----------------------|--------------------|
| • Águilas/Norte | • Lorca/San José | • Puerto Lumbreras |
| • Águilas/Sur | • Lorca/La Paca | • Totana Norte |
| • Lorca/Centro | • Lorca/Sutullena | • Totana Sur |
| • Lorca/San Diego | • Lorca/San Cristóbal | |

El Área III del SMS cuenta con los siguientes consultorios distribuidos en las zonas de menor accesibilidad para asegurar una mejor atención sanitaria:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| • Centro de Salud Águilas Norte | • Consultorio Aledo |
| • Centro de Salud Águilas Sur | • Consultorio Almendricos |
| • Centro de Salud La Paca | • Consultorio Avilés |
| • Centro de Salud Lorca Centro | • Consultorio Barrio del Francés |
| • Centro de Salud Lorca San Diego | • Consultorio Calabardina |
| • Centro de Salud Lorca Sur | • Consultorio Campillo |
| • Centro de Salud Puerto Lumbreras | • Consultorio Campo López |
| • Centro de Salud Totana | • Consultorio Cazalla |
| • Consultorio Aguaderas | • Consultorio Consejero |
| | • Consultorio Coy |

- Consultorio Doña Inés
- Consultorio El Esparragal (Puerto Lumbreras)
- Consultorio La Campana / Pozo Higuera
- Consultorio La Escucha
- Consultorio La Hoya
- Consultorio La Torrecilla
- Consultorio Las Terreras
- Consultorio Los Arejos
- Consultorio Marchena
- Consultorio Paretón
- Consultorio Puente La Pía
- Consultorio Purias
- Consultorio Ramonete
- Consultorio Tercia
- Consultorio Tova-La Parroquia
- Consultorio Zarcilla de Ramos
- Consultorio Zarzadilla de Totana

En la tabla 2, se describen los desplazamientos y los habitantes asignados a población primaria y pediatría. Todos pueden realizar derivaciones al Hospital General Universitario Rafael Méndez.

Tabla 2. Habitantes asignados a población primaria y pediatría y desplazamientos. HGURM.

	Año Actual	Año Anterior	% Desv.
TOTAL			
Población habitual	171.870	169.516	1,39%
Población ministerio	171.523	169.501	1,19%
% de población habitual	12,11%	12,09%	0,23%
Desplazados Internos de la Comunidad	120	344	-65,12%
Desplazados Externos de la Comunidad	459	569	-19,33%
Transeúntes Externos de la Comunidad	1.902	1.591	19,55%
MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA			
Población asignada Medicina Familiar	143.734	141.467	1,60%
Plazas de Médicos de familia	98	98	-7,55%
Cupo medio Medicina Familiar	1.467	1.429	2,64%
PEDIATRÍA			
Población asignada Pediatría	28.136	28.049	0,31%
Plazas de Pediatras	28	28	-6,90%
Cupo medio Pediatría	1.005	1.002	0,31%

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

En agosto de 2016 se contabilizaron 171.870 habitantes dependientes del Área III del SMS. Además, hasta esa fecha y durante el año, se había atendido a un total de 120 desplazados de la comunidad y 459 pertenecientes a otras CCAA.

En las siguientes tablas se detallara la actividad asistencial para el área de urgencias y Hospitalización del HGURM, Área III. Se contabiliza el total de las Intervenciones Quirúrgicas de todas las especialidades que se realizan en el HGURM en el periodo de octubre del 2015 a septiembre del 2016, que incluye tanto las cirugías programadas como las suspendidas, el rendimiento quirúrgico que se detalla en tasa por 1000 habitantes, analizando listas de espera en 1 mes, de 1-3 meses, 5 meses y más de 5 meses, incluso listas de espera mayor de 1 año. Posteriormente se describe el tiempo de espera media para la realización de la cirugía. Contabilizando al final el número total de entradas y salidas del quirófano, en el periodo antes descrito.

A través de la siguiente tabla (Tabla 3), describiremos los datos referentes al Hospital General Universitario Rafael Méndez, desde 2013 a 2016.

Tabla 3. Evolución mensual de los indicadores de hospitalización y urgencias, HGURM.

URGENCIAS	2013	2014	2015	2016
Entradas	75.912	78.243	78.993	61.827
Salidas	76.037	78.180	79.017	61.829
Salidas a domicilio	64.944	66.993	67.425	52.827
Salidas fugas	1.038	1.221	1.375	1.120
Salidas traslados	904	1.052	961	812
Ingresos	9.100	8.862	9.198	7.025
% de ocupación	34,83%	40,26	42,59%	35,22%
Exitus	51	52	58	46
HOSPITALIZACIÓN	2013	2014	2015	2016
Ingresos	11.461	11.155	11.411	8.627
Presión de urgencias	79,58	79,64	80,78%	61,35%
Altas externas	11.283	11.087	11.310	8.601
Traslado a otro hospital	271	314	317	265
Índice de ocupación	67,75%	68,67%	69,96%	70,90%
Camas funcionales	245	262	270	264

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Observamos según el comparativo de la atención por año en urgencias, se evidencia que el total de entradas ha disminuido notablemente y puede ser debido a la apertura de horario de atención de tarde de algunos centros así como la prolongación de horario y atención hasta las 22 horas en una de los centros con mayor afluencia en Lorca (Tabla 4).

Tabla 4. Evolución de los indicadores de hospitalización, HGURM

HOSPITALIZACIÓN	2013	2014	2015	2016
Ingresos	11.461	11.155	11.411	8.627
Ingresos urgentes	9.100	8.862	9.198	7.025
Ingresos programados	2.361	2.293	2.213	1.602
Traslados	271	314	317	265
Índice de ocupación	67,75%	68,67%	69,96%	70,90%
Camas funcionales	283	262	290	264

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

El porcentaje de ingresos ha disminuido al igual que la presión de urgencias dato que esta relacionado por la disminución de la atención asistencial , la disminución es muy notable son 14.085 usuarios menos en Urgencias. Logramos un aumento de las camas funcionales contando para el 2016 con 264, 19 más que en el 2013, teniendo también un aumento en el índice de ocupación siendo un 70,90% para 2016 (Tabla 5).

Tabla 5. Actividad de octubre de 2015 a septiembre de 2016 HGURM

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES REALIZADAS	
Intervenciones Quirúrgicas Programadas Realizadas	5.153
Intervenciones Quirúrgicas Programadas Realizadas en J.O.	3.963
I.Q. Prog. J. O. CCI	3.861
I.Q. Prog. J. O. CMA	1.914
I.Q. Prog. J. O. Cme	1.267

Intervenciones Quirúrgicas Programadas Realizadas en J.E.	680
I.Q. Prog. J. E. CCI	102
I.Q. Prog. J. E. CMA	69
Intervenciones Quirúrgicas Urgentes Realizadas	33
I.Q. Urg. CCI	1.190
I.Q. Urg. CMA	1.184
I.Q. Urg. Cme	5
Procedimientos Quirúrgicos Realizados	1
Procedimientos Quirúrgicos Programados Realizados	14
Procedimientos Quirúrgicos Programados Realizados en J.O.	13
Proc. Q. Prog. J. O. - LEM Hosp	12
Proc. Q. Prog. J. O. - LEM Ambul	1
Procedimientos Quirúrgicos Urgentes	1
Proc. Q. Urg. - LEM Hosp	1
Proc. Q. Urg. - LEM Ambul	0
PROGRAMACIONES	
Programaciones Suspendidas	261
Programaciones Canceladas	974
SESIONES	
Sesiones Planificadas	1.127
Sesiones Planificadas en J.O.	1.053
Sesiones Planificadas en J.E.	74
RENDIMIENTO QUIRÚRGICO	
Tiempo Neto (Horas)	4.720
Tiempo Neto en J.O. (Horas)	4.590
Tiempo Neto en J.E. (Horas)	129
Tiempo Bruto (Horas)	5.495
Tiempo Bruto en J.O. (Horas)	5.342
Tiempo Bruto en J.E. (Horas)	153
Tiempo Disponible (Horas)	7.921
Tiempo Disponible en J.O. (Horas)	7.392
Tiempo Disponible en J.E. (Horas)	528
% de Ocupación Neta	59,06
% de Ocupación Neta en J.O.	61,34
% de Ocupación Neta en J.E.	46,91
% de Ocupación Bruta	68,79
% de Ocupación Bruta en J.O.	71,36
% de Ocupación Bruta en J.E.	55,90
RECURSOS	
Recursos Utilizados	58

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Se realiza un total de 5.153 cirugías en un año, 680 realizadas en jornada extraordinaria 13,19%, y de urgencia 33 cirugías. 1.235 pacientes fueron suspendidos o no realizadas. El tiempo neto en horas de utilización de quirófano es de 4.270 horas. Con un porcentaje de ocupación neto de 61,34% (Tabla 6).

Tabla 6. Listas de espera quirúrgica de octubre de 2015 a septiembre de 2016 HGURM

LISTA DE ESPERA	
Número de pacientes en espera estructural	45.087
Tasa de pacientes en espera estructural por 1000 habitantes	263,96
Pacientes entre 0 y 30 días	0
Pacientes entre 31 y 90 días	9.327
Pacientes entre 91 y 150 días	15.857
Número de pacientes con > 150 días	9.980
Pacientes entre 151 y 180 días	9.920
Pacientes entre 181 y 365 días	3.027
Número de pacientes con > 365 días	5.970
Número de pacientes transitoriamente no programables	923
Tasa de pacientes transitoriamente no programables por 1000 habitantes	1.758
Nº pacientes transitoriamente no programables motivos personales	1.028
Nº pacientes transitoriamente no programables motivos clínicos	1.097
Número de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo	661
Tasa de pacientes tras rechazo de centro alternativo por 1000 habitantes	523
Número de pacientes con 0 a 30 días	3,05
Número de pacientes con 31 a 90 días	8
Número de pacientes con 91 a 150 días	39
Número de pacientes con > 150 días	476
Número de pacientes con 151 a 180 días	25
Número de pacientes con 181 a 365 días	269
Número de pacientes con > 365 días	182
TIEMPO	
Tiempo medio de espera Pac. EE	1.167,5
Tiempo medio de espera Pac. Rechazo	3.816,96
Espera media Pac. Intervenidos	1.343,9
Espera media Pac. Inter. Progr.	1.345,19
Demora media prospectiva	0
ENTRADAS	
Número total de entradas en el periodo	68.537
Número total de entradas en el periodo (mes)	9.960
SALIDAS	
Número total de salidas en el periodo	68.962
Número total de salidas en el periodo (mes)	12.022
Número total de salidas por intervención quirúrgica en el periodo	58.843
Número total de salidas por intervención quirúrgica en el periodo (mes)	10.222
Número total de salidas por intervención quirúrgica en el periodo de forma programada	58.437
Número total de salidas por intervención quirúrgica en el periodo de forma programada (mes)	10.149

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

La lista de espera es de 45.087 pacientes, la mayoría de los pacientes espera entre 91 y 150 días para ser intervenido. El 13,24% de los pacientes tiene un periodo de espera de más de 150 días incluso más de un año. El tiempo de demora medio prospectivo es de 1.345,19. La tasa de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo es de 523 por cada diez mil habitantes.

3.1.2. Recursos sanitarios en el Área III del SMS

El Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca

Es un hospital público perteneciente a la Red de Hospitales del Servicio Murciano de Salud. Fue inaugurado en 1990, contando en la actualidad con 283 camas en funcionamiento.

Además del hospital, se cuenta con un centro de especialidades, ubicado en el centro urbano de Lorca, en el antiguo hospital Santa Rosa de Lima. Proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área III de Salud de Murcia, que engloba los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana.

La atención se extiende también para el área obstétrico ginecológico en un consultorio situado en Águilas.

Recursos Humanos

En la siguiente tabla (Tabla 7), se distribuye todo el personal sanitario que labora en el HGURM, es evidente que la mayoría del personal corresponde a personal no facultativo 51,97%, seguido por personal no sanitario 29,48%, un 17,62% corresponde a personal facultativo.

Tabla 7. Personal del HGURM¹³

Personal directivo	9
Personal facultativo	174
Personal sanitario no facultativo	513
Personal no sanitario	291
Total	987

Fuente: www.murciasalud.es

Recursos estructurales

Los recursos estructurales del HGU Rafael Méndez se resumen a continuación en la tabla 8¹⁴:

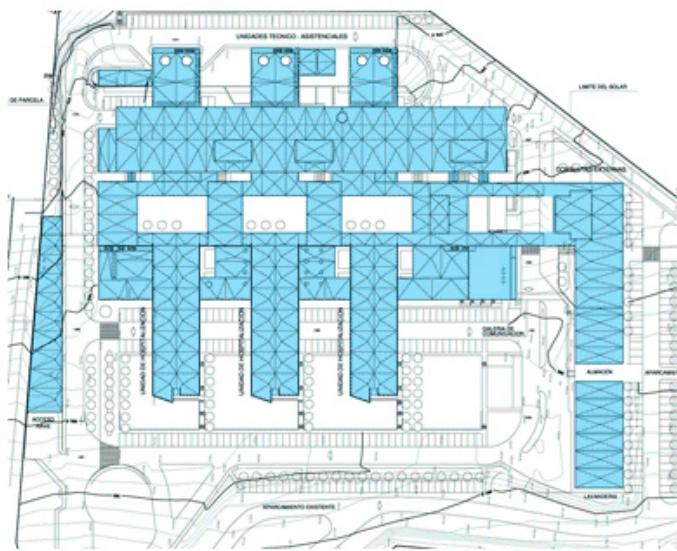
Tabla 8. Recursos estructurales del HGURM

Camas	283	Puestos hospital día quirúrgico	6
Quirófanos	6	Ecógrafos	12
Paritorios	2	TC	1
Locales de consulta	38	Mamógrafo	1
Puestos de hemodiálisis	13	Sala convencional de RX	6
Puestos hospital día oncohematológico	8	Telemundo RX	2
Puestos hospital día médicos	3	Arco multifunción RX	4

Fuente: www.murciasalud.es

Para la descripción física del Hospital General Universitario Rafael Méndez, se adjunta plano del Hospital¹⁵ (Fig. 4). Igualmente el equipamiento de las salas y su función, exclusivamente para el área de Ginecología-Obstetricia.

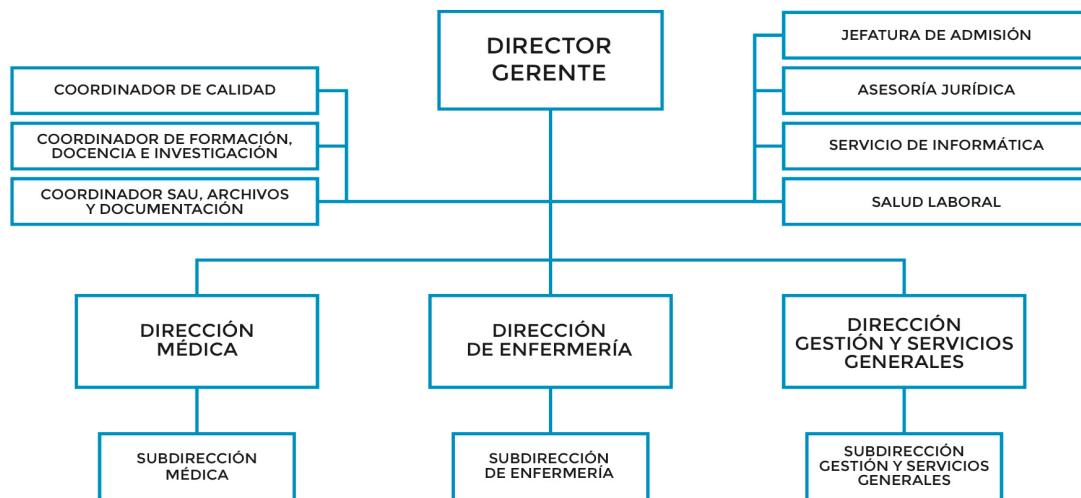
Fig. 4. Plano general del Hospital General Universitario Rafael Méndez



Estructura funcional del HGU Rafael Méndez

El organigrama básico que rige el Área III del SMS, Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, es el siguiente (Fig. 5):

Fig 5. Organigrama del Área III del SMS



Fuente: www.murciasalud.es

3.1.3. Recursos sociales y comunitarios del Área III del SMS

Las asociaciones, junto con las administraciones públicas, cumplen un papel muy importante en la evolución hacia un sistema de salud participativo: con información, un usuario se convierte, además, en un actor copartícipe, responsable, de la eficacia del sistema. Y ese sentimiento de compromiso se traduce, tarde o temprano, en participación en el proceso de decisiones. Utilización óptima de las consultas y mejora de su cuidado y control.

Asociaciones de pacientes

Cada una tiene su propia organización, búsqueda de apoyo, y mantenimiento, y a veces se respaldan de toda la ciudadanía con la creación de mercadillos y actividades que dejan los beneficios para las asociaciones.

Ejemplo de objetivos de las asociaciones se encuentran los de las asociaciones de Totana:

1. Potenciar, difundir y promover el tejido asociativo de su ciudad.
 2. facilitar el intercambio de ideas y la realización de actividades conjuntas.
 3. crear cauces efectivos para la reivindicaciones y demandas sociales de las/as totaneros/as.
-
- **AEMA III.** Asociación Esclerosis Múltiple Área III.
 - **AFEMAC.** Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Águilas y Comarca.
 - **AFEMTO.** Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental de Totana.
 - **ALDEA.** Asociación Lumbrerense de Enfermos de Alzheimer.
 - **ASLEP -** Asociación Lorquina de Enfermos de Parkinson.
 - Asociación Águilas Vida Activa.
 - Asociación Alzheimer de Águilas.
 - **ASOFEM.** Asociación de Enfermos Mentales de Lorca.
 - **ASTOFIBROM.** Asociación Totana Fibromialgia y Fatiga Crónica.
 - **ATOFADE.** Asociación de Familiares y Enfermos con Distintas Adiciones de Totana.
 - **D"GENES".** Asociación de Enfermedades Raras de Totana.
 - **FEDER.** Federación Española Enfermedades Raras.
 - Asociación de Alzheimer de Lorca.
 - Asociación de Diabéticos de Águilas.
 - Asociación de Discapacitados Físicos de Totana.
 - Asociación de Personas con Discapacidad Física y/o Orgánica de Lorca.
 - Asociación Lorca Activa TDAH.
 - **ASPRODES** Asociación de promoción al deficiente. Lorca, Puerto Lumbreras, Águilas.

Se ha consultado el Servicio de Trabajo Social en el HGURM, con el fin de acceder a la información pertinente pero no disponen de listados, ni acceso a ninguna información centralizada, siendo los ayuntamientos los que se encargan de organizar y gestionar dicha información a nivel local.

Recursos Sociales y Comunitarios: Ayuntamientos

Entre algunas de las funciones de los servicios sociales en los ayuntamientos están: el estudio de familias con usuarios dependientes, drogodependientes, valora necesidades de los mismos e intenta apoyar, ayudar, o facilitar los tratamientos, además de encargarse de ayudar en la reinserción social. Otras de las funciones es la de la vigilancia de familias desfavorecidas, con problemas de sostenibilidad para proveerles servicios básicos. Se encargan también del estudio, ayuda y distribución de las familias que necesitan comedor social y coordinan las ONGs de la zona, como Caritas.

Grupos de voluntariado

Lorca cuenta con grupos de voluntarios como “Lorca por todos”, “Servicio Ciudadano” o Voluntas. Águilas con “Cruz Roja”.

Totana lleva a cabo el “Programas de ayuda a mujeres inmigrantes”, dentro del Plan “Murcia Acoge”, que ofrece clases de español a inmigrantes. Igualmente, ofrece refuerzo educativo, con el apoyo de la Universidad de Murcia, para centros de día y centros de enfermos mentales y discapacitados. Además, dispone de un programa de empleabilidad dirigido a jóvenes sin estudio en riesgo de exclusión, en la que se tutelan, realizan prácticas y se vela por su reinserción.

Recursos sociales y comunitarios referentes a ginecología y obstetricia

Dentro del área de ginecología y obstetricia se cuenta a nivel regional por medio del Servicio Murciano de Salud, con grupos de apoyo a la lactancia materna en Águilas, Lorca y Totana, con sedes en toda la región. El HGURM es un hospital “amigo de los niños”, tiene un protocolo de lactancia materna, cuenta con una comisión de lactancia materna que ayuda a capacitar al personal y que todos contribuyan a favorecer su inicio precoz. Además, sabemos que, a nivel regional, hay bancos de leche materna que ayudan a neonatos en su alimentación, como es el caso de Hospital Santa Lucía¹⁶.

Otro grupo es Lactando que cuenta con un blog, donde se dan charlas informativas, se imparten talleres y se da toda clase de información necesaria e incluso ofrecen madrinas de lactancia para el apoyo a las madres lactantes¹⁷.

El trabajo de las matronas con sus clases semanales preparatorias para el parto, los anestesistas dan charlas explicativas de la analgesia epidural, en los distintos centros de salud.

A nivel regional, contamos con RED MADRE que se encarga de dar apoyo a todas las mujeres con embarazos imprevistos en toda España. Apoya y ayuda a mujeres embarazadas con problemas y/o sin recursos. Su objetivo: brindar apoyo, asesoramiento y ayuda a la mujer para superar cualquier conflicto surgido ante un embarazo imprevisto. Ofrece información completa y veraz, apoyo y orientación psicológica, médica, jurídica y social a cualquier mujer que se enfrenta a un embarazo imprevisto¹⁸. Quienes en su última memoria revelan datos muy interesantes pues su ayuda fue a mujeres desempleadas, en su mayoría, sin recursos, sin apoyo y menores de 20 años y sería un buen enlace para trabajar en conjunto.

La Asociación Española Contra el Cáncer, que tanto a nivel nacional como dentro de la región, tiene un papel muy importante a la hora de dar información y apoyo a las pacientes en nuestro caso con cáncer de mama y cérvix, cuenta con sedes en todas nuestras pedanías. Hay programas de apoyo psicológico, social, de alojamiento. En el área III contamos con un psico-oncólogo que brinda atención a las pacientes más afectadas¹⁹.

3.1.4. Actividad asistencial en los últimos años en la Región de Murcia²⁰

Dentro de los procesos más frecuentes dentro del área de ginecología y obstetricia, están el parto y la cesárea. Al ser procesos tan claves, nos centraremos en ellos.

Parto

En la tabla 9, recogemos la actividad asistencial al parto en la Región de Murcia para el período comprendido entre 2008 y 2014²¹ (último año del que se tiene datos completos), siendo este uno de los GRD más frecuentes tanto a nivel regional como nacional:

Tabla 9. Actividad asistencial de embarazo parto y puerperio en la Región de Murcia

	Episodios							Variación con el año anterior							Período
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Total Sistema Regional de Salud															
Embarazo, parto y puerperio (EPP)	24.145	22.625	21.530	20.886	19.830	18.994	19.294	-6,3	-4,8	-3,0	-5,1	-4,2	1,6	-20,1	
Partos	19.105	18.166	17.671	17.179	16.584	15.969	16.016	-4,9	-2,7	-2,8	-3,5	-3,7	0,3	-16,2	
Hospitales Servicio Murciano de Salud															
Embarazo, parto y puerperio (EPP)	20.845	19.541	18.616	18.228	17.366	16.751	17.079	-6,3	-4,7	-2,1	-4,7	-3,5	2,0	-18,1	
Partos	16.249	15.446	15.128	14.835	14.447	14.008	14.050	-4,9	-2,1	-1,9	-2,6	-3,0	0,3	-13,5	
Resto de Hospitales															
Embarazo, parto y puerperio (EPP)	3.300	3.084	2.914	2.658	2.464	2.243	2.215	-6,5	-5,5	-8,8	-7,3	-9,0	-1,2	-32,9	
Partos	2.856	2.720	2.543	2.344	2.137	1.961	1.966	-4,8	-6,5	-7,8	-8,8	-8,2	0,3	-31,2	

Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad.

El total de controles de embarazo, parto y puerperio (EPP) dentro del Sistema Regional de Salud fue de 147.304, en el plazo antes definido, asumiendo, con el 87,8% del total el Sistema Murciano de Salud, unos 128.426 en total y el otro 12,2% el resto de hospitales privados de la Región, un total de 18.878.

El total de partos, para el mismo período en la Región fue de 120.690, de los que el SMS asumió 104.163, un 86,3% del total y 16.527 se llevaron a cabo en hospitales privados, representando un 13,7% del total.

Cesáreas

En la ultima evaluación se obtuvieron datos de 2008 a 2014. Para conocer el porcentaje de cesáreas realizadas en el servicio debemos primero saber datos a nivel mundial (Tabla 10) y nacional (Tabla 11):

Tabla 10. Tasa mundial de cesáreas

OMS	1985	15%
SEGO	1995	16%
ASGO	2010	15%

Fuente: Ministerio de Sanidad. OCDE datos 2011

Tabla 11. Tasa total de cesáreas a nivel nacional

Sanidad pública	21,88%
Sanidad privada	30,50%
Media de la sanidad española	24,90%

Fuente: Ministerio de Sanidad. OCDE datos 2011

En la Región de Murcia se obtuvo una tasa de cesáreas del 23,5% para el año 2014 entre hospitales públicos y privados comparando con una tasa de cesárea en España 25,37% ²².

En nuestro Hospital según el análisis de las indicaciones de cesárea en el periodo de 2012 a 2014 la tasa descendió a un 26,43% (Anteriormente, entre 2008 y 2011, dicha tasa se situaba en el 29,50%), con una tasa de adecuación del 98,81% para cesáreas electivas y un 96,42% de las cesáreas intra-parto²³.

El gran dilema sigue presentándose con las pacientes que tienen como antecedente una cesárea anterior y la intervención de la “Ley de autonomía del paciente” 41/2002 en la que se regula la autonomía del paciente, sus derechos y obligaciones y de la que tenemos la obligación de informar a la paciente para que pueda decidir la vía del parto.

La vertiente de investigación, indicación y apoyo en la toma de decisiones viene reflejado en la siguiente tabla (Tabla 12). Por lo que estamos obligados a dar asesoría pero también tenemos la obligación de dar la información basada en la evidencia científica, conociendo que el porcentaje descrito de éxito de parto vaginal después de una cesárea es del 72-76% y de un 87-90% si también se tiene un antecedente de parto anterior.

Tabla 12. Indicaciones de cesárea según protocolo de actuación.

1. RPBF
2. Fracaso de inducción.
3. Parto estacionado.
4. Desproporción pelvi-fetal (DPF)
5. DPF Fallo en la prueba de parto con la ayuda de instrumentación.
6. Miscelánea. En la que se incluyen:
presentación de frente, cara, mento-posterior, sospecha de desprendimiento de placenta, eclampsia y otros.
7. Cesárea electiva.

Fuente: SEGO

Al hablar de adecuación de la tasa de cesáreas es basándonos en la correcta indicación según parámetros de la SEGO.

Solo se ha tenido una muerte materna en los últimos cinco años, la causa de la muerte fue sepsis puerperal por estreptococo beta hemolítico del grupo B.

La mortalidad fetal, corresponde a 0,3% para el año 2015 según el registro de Nacimientos completo ante parto en el ultimo año fue de 4 fetos, 1 intraparto, 3 fetos del sexo masculino y 2 del sexo masculino. El indicador más o menos se mantiene en los últimos 5 años entre 5 y 7 muertes por año.

En el ultimo año se atendieron a 70 prematuros, la mayoría entre 33-36 semanas, un 4,25%.

Para terminar este apartado, mencionar los GRD correspondientes para el parto y la cesárea en la Región de Murcia con la siguiente tabla (tabla 13):

Tabla 13. GRD para parto y cesárea en la Región de Murcia

Diagnóstico	GRD	Coste (€)
Parto con procedimiento quirúrgico excepto d y l y/o esterilización	375	2.687,57
Parto con esterilización y/o dilatación y legrado	374	2.541,53
Parto sin complicaciones	373	1.469,11
Parto con complicaciones	372	1.923,48
Cesárea sin complicaciones	371	3.156,89
Cesárea con complicaciones	370	4.100,82

Fuente: BORM²⁴.

En teoría cuando los partos no tienen ninguna complicación, tienen un menor coste, de ahí la importancia de la descripción de todas y cada una de las complicaciones para valorar adecuadamente los costes, esto incluye desde la sutura de desgarros o descripción de las hemorragias post parto.

3.2. ANALISIS INTERNO

3.2.1. Áreas de Ginecología y Obstetricia del HGU Rafael Méndez

Los siguientes planos son una recreación propia y hacen referencia exclusivamente al área gineco-obstétrica del HGURM: Consultas externas (Fig. 6), planta de maternidad (Fig. 7) y paritorios (Fig. 8).

Fig. 6. Consultas Externas: Área Ginecológica (Planta 0)

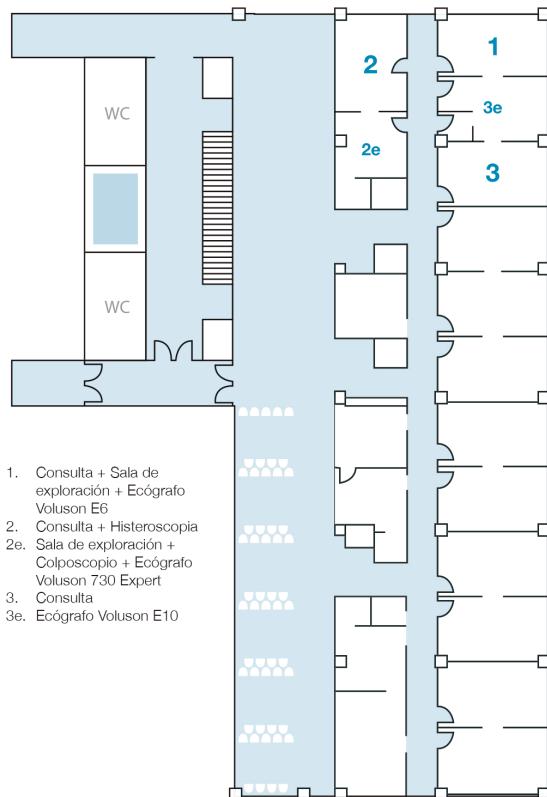


Fig. 7. Planta de Maternidad (Planta 0)

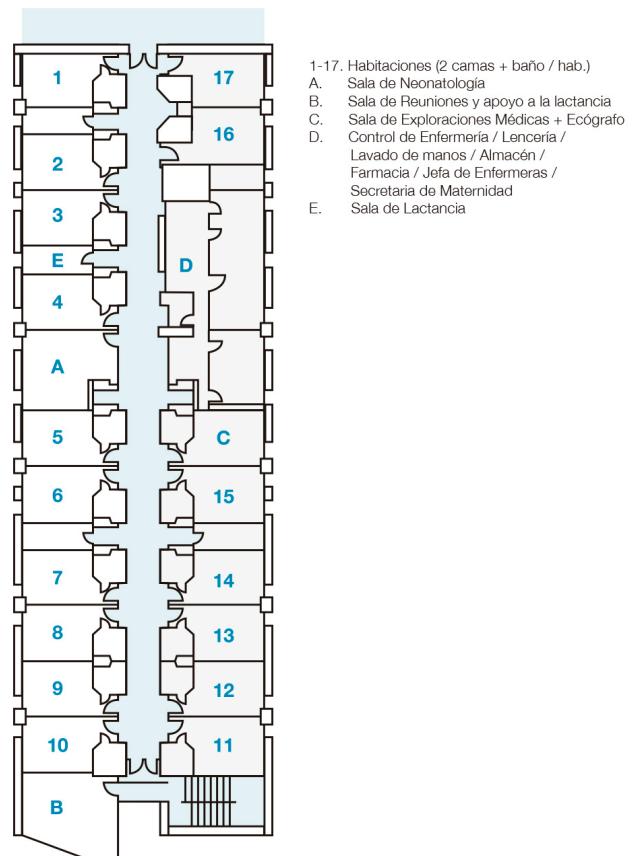


Fig. 8. Paritorios (Planta 2)

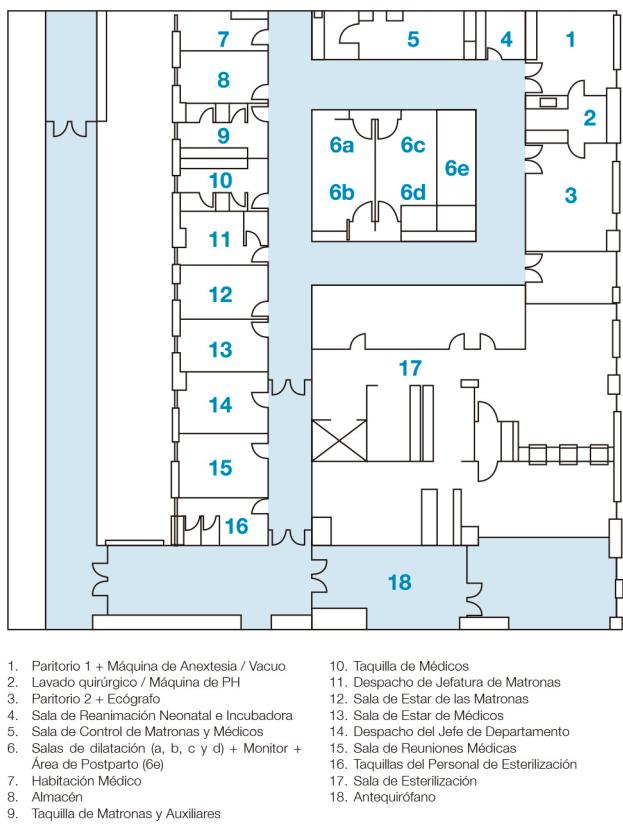
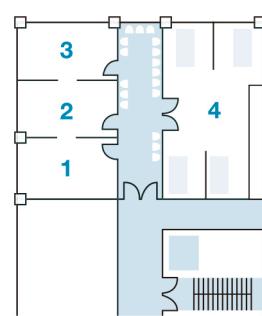


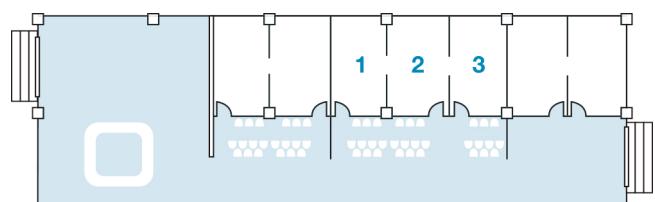
Fig. 9. Santa Rosa de Lima



Consulta de Ginecología,
Planificación Familiar y Menopausia
(Planta 1)

1. Colposcopio + Ecógrafo
2. Planificación + Insercción de implantes

Fig. 10. Centro de Salud de Águilas



Otros elementos y mejoras previstas en HGURM

En la planta baja (0), se cuenta con una sala anexa a la Planta de Maternidad, con dos monitores para las consultas externas de Prenatal.

En la primera planta, en el ala de Urgencias, se cuenta con un cubículo con aseo, que cuenta con salita de exploración y ecógrafo.

En la segunda planta, junto a paritorios, se cuenta con dos quirófanos. Uno programado, que se utiliza cuatro veces por semana y otro de urgencias, que se comparte con el resto de áreas quirúrgicas del hospital. (funcionamiento normal interrumpido actualmente por las obras del paritorio).

La adquisición de nuevos ecógrafos en 2016 y la terminación de las obras del nuevo paritorio previstas para 2017, permitirán afinar los diagnósticos y elevar exponencialmente la calidad del Servicio.

Consultas periféricas

Centro de Salud Santa Rosa de Lima (Lorca Centro)

Consulta de Obstetricia (Planta 5): consulta de lunes a viernes divididas en dos consultas una para ecografía 12 y consulta de ecografía 20 semanas (morfológica). una segunda consulta que ve ecografía 34-35 semanas, las ecografías de 28 semanas, revisión de analíticas, monitores y exploraciones.

Consulta de Ginecología, Planificación Familiar y Menopausia (Planta 1) que en teoría se da de lunes a viernes, pero cuando hay escases de personal o bajas son las primeras que se suspenden (Fig. 9 de la página anterior).

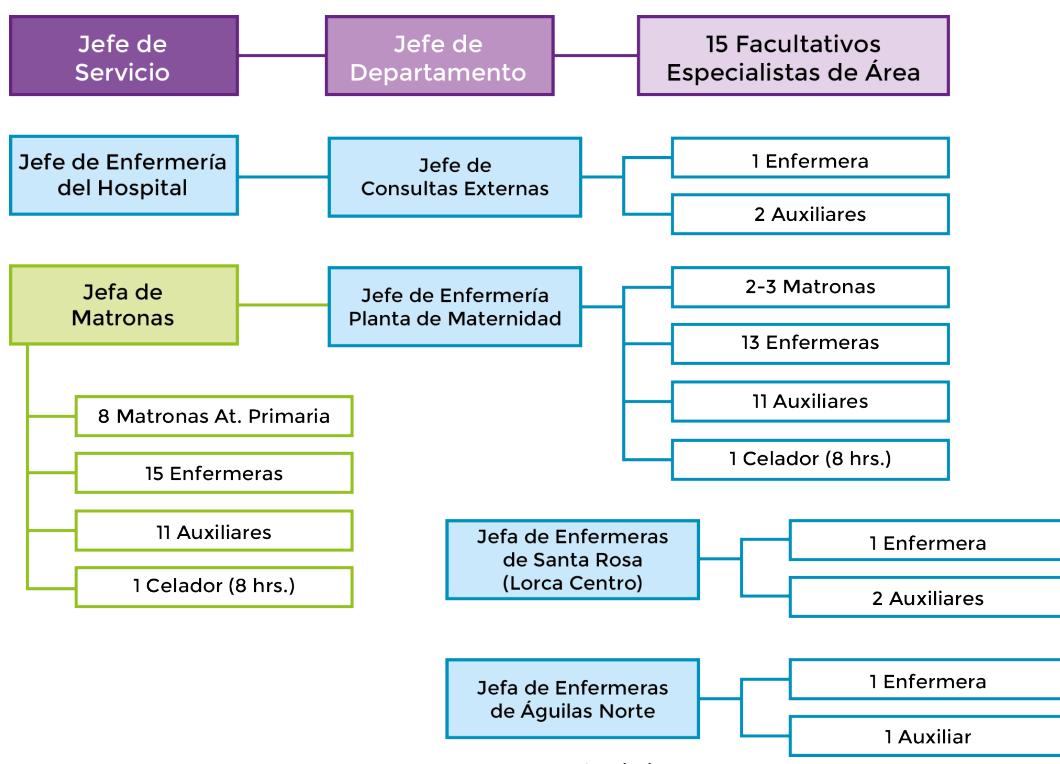
Centro de Salud de Águilas (Águilas Norte)

Consultas de Ginecología y Obstetricia: una vez a la semana la consulta obstétrica se realiza controles ecográficos de 35 semanas y revisión de analíticas, Monitores y exploraciones. Consulta de Menopausia y Planificación Familiar también una vez a la semana (Fig. 10 de la página anterior).

3.2.2. Distribución de los RRHH del Área de Ginecología Obstetricia del HGURM

El personal que conforma el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Área III del SMS, se describe a continuación en el siguiente diagrama (Fig. 11)

Fig 11. Organigrama del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGURM.



Fuente: www.murciasalud.es

El Servicio da cobertura a un total de 84.946 mujeres pertenecientes al Área III del SMS, según datos del INE a enero de 2016 (anteriormente indicados).

Facultativos especialistas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGURM:

Dirección:

- Jefe de Servicio: Miguel Costa Andreo
- Jefe de Sección: José Luis Albarracín Navarro

Adjuntos:

- Salvador Mas Ruiz (propietario)
- Juan Antonio Pisón Chacón (propietario)
- María Elvira García Re (propietario)
- Francisco Pérez Hernández (comisión de servicio de Zamora)
- María Beatriz Moreno González (interinidad)
- Yolanda Mª Silva Sánchez (interinidad)
- María Esther Rodríguez Abellaneda (baja maternal, vacante)
- Karen Aguilar Duarte (contrato larga duración)
- María Ángeles Pina Montoya (contrato de larga duración)
- Elisa María Ortiz Salinas (contrato de 6 meses)
- Cecilia López Banacloche (contrato de 6 meses)
- Aurora Sarrías Gárriz (contrato de 6 meses, baja maternal)
- Belén Martínez Pérez (contrato de 6 meses, baja maternal)
- Pablo López Ortín (contrato de 3 meses)
- Elizabet Iniesta Iniesta (contrato por baja maternal)

Catorce realizando guardias de presencia física, guardias dobles. La cadencia es según necesidades del servicio (actualmente cada 6 días, en plazo mínimo cada 3 días). En periodo vacacional la cadencia disminuye.

Se cuenta con el programa de residentes MIR desde 2007, se tiene un residente por año, actualmente contamos con cuatro residentes y hemos finalizado el programa para seis residentes médicos capaces y actualmente la mayoría trabajando en nuestro hospital.

Consultas de Obstetricia:

Lorca (Santa Rosa, Prenatal y Águilas) sin demora actualmente para la distribución de citaciones. Es preciso, por la calidad asistencial, es necesario separar las consultas de 12 semanas y 20 semanas para adaptarnos a los estándares actuales según las sociedades científicas.

Actualmente se pasa consulta para control gestacional:

- Consulta de Ecografía de la semana 12 y 20: La mayoría de las veces con sobrecarga de agendas.
- Consulta de Ecografía de 35 semanas y monitores, se citan generalmente a la semana 40, alguna eco 28 citada, con sobrecarga de agenda. Ayuda a la consulta de 28 semanas de las matronas y realización de interconsultas, derivaciones y realización de recetas para tratamiento de anemia o infecciones.
- La consulta de Águilas ve datación de gestación, controles de *doppler*, eco 35 y monitores.
- La consulta de prenatal se utiliza como derivación en sospecha de malformaciones, gestaciones con patologías y alto riesgo.
- Quirófano programado que normalmente se realiza cuatro días a la semana (sin lista de espera actualmente) con los inconvenientes que tendremos ocasionados por la obra del bloque obstétrico quirúrgico en los próximos meses.

- En la consulta de prenatal se realizan amniocentesis, se derivan sospechas de malformaciones, pacientes de alto riesgo, pluripatologicas.se realiza dos veces por semana en instalaciones hospitalarias.

Consultas de Ginecología:

Subespecialidades: patología cervical, histeroscopia, ambulatoria, preoperatorio, pacientes oncológicas, revisiones de pacientes operadas, revisiones de alta resolución (alto riesgo), incluye pacientes de consultas sucesivas que precisan repeticiones, que forma parte de la cartera de servicios.

- GINE 1: Consulta diaria con suspensiones por falta de personal: Lunes y miércoles, primeras visitas; Martes para consultas sucesivas de suelo pélvico; Jueves, consulta de Patología mamaria; Viernes, primeras preferentes.
- GINE 2: Se pasa consulta, un día histeroscopia, otro patología cervical, otro programación quirúrgica y revisiones postquirúrgicas y otro consulta de alto riesgo.
- GINE 3: Actualmente se pasa 7 días al mes si se dispone de personal en esta consulta se programan sucesivas y algunas primeras consultas.
- GINE 4 (Santa Rosa de Lima): Según PIAM se ve Planificación Familiar y Menopausia, cinco días a la semana, con frecuentes suspensiones por falta de personal.
- GINE ÁGUILAS: Se pasa consulta un día por semana.

El mismo personal realiza rotación por la planta de Maternidad, Paritorio (que se encarga también de las urgencias y del quirófano de urgencias), consultas hospitalarias /externas y guardias.

La demanda de primeras visitas por atención primaria, se han incrementado exponencialmente, de modo que, en el mes de mayo de 2016, hay en lista de espera más de 1.000 pacientes.

Funciones de los facultativos:

- Asistencia a comités: infeccioso, oncológico, derivaciones, mama y ética.
- Encargados de docencia: dos residentes cada uno, cuatro en total, un residente por año. Todos realizamos docencia en nuestra práctica diaria. Programa MIR acreditado.
- Realización del *planning* rotatorio de consultas y guardias de los facultativos. Se organiza a través de una aplicación online para dispositivos móviles y esta sujeta a constantes cambios.
- Consulta de prenatal: Seis facultativos tienen a cargo esta consulta.
- Formación para la evolución y realización del PIAM (Programa Integral de Atención a la Mujer).

- Valoración de informes solicitados para procesos judiciales y respuesta a reclamaciones.

Para dar un adecuado servicio debemos saber de lo que partimos, que podemos ofrecer a nuestras pacientes. La cartera de servicios se describe a continuación.

3.2.3. Cartera de Servicios

El presente documento, propone describir para que nos sirve la cartera de servicios. Incluiremos la cartera de servicios prestados para el Área III de Ginecología Obstetricia (Tabla 14) y a continuación una breve descripción de los programas que describen el cuidado total de la mujer en cada una de sus etapas de la vida, descritas en el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM); programa para toda la Región de Murcia.

La cartera de servicio nos sirve de referencia para conocer con que servicios contamos, para dar la mejor atención a la mujer. Incluye todos los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Incluye todas las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se prestan en el nivel de atención especializada en régimen ambulatorio y hospitalización incluyendo:

1. Valoración inicial de la paciente.
2. Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
3. Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite la paciente.
4. Indicación y, en su caso, administración de medicación, otros productos relacionados con su tratamiento
5. Información al alta conteniendo información diagnóstica y de los procedimientos realizados para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.²⁵

Y en general, todo lo relacionado con la atención en consultas externas, urgencias, quirófano y hospitalización, para el área de ginecología y obstetricia.

El acceso de las pacientes a urgencias hospitalarias se presta durante las veinticuatro horas del día a aquellas que sufren una situación clínica aguda que obligue a una atención inmediata de los servicios del hospital. Derivaciones por parte del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas.

Las usuarias tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial, de acuerdo con 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 y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Tabla 14. Cartera de Servicios de AP. marzo 2016²⁶

	ACTIVIDAD	Valores Mensuales				INDICADOR	NUM.	DEN.	VALOR	TIPO	SMS
		Mes	Mes Anterior	% Desv.	Obj.						
ID	ATENCIÓN A LA MUJER										
7.3.1	Mujeres entre 15 y 19 años con diagnóstico de embarazo	2,18%	2,10%	3,93%	<2,5%	Mujeres 15-19 con episodio embarazo	99	4.542	2,18	R	1,88
8.1.1	Mujeres con seguimiento de embarazo	109,21%	115,98%	-5,84%	>=95%	Nuevos embarazos	2.134	1.954	109,21	A	111,24
8.1.2	Gestantes captadas antes de la 10 ^a semana	63,27%	63,99%	-1,12%	>=55%	Gestantes captadas antes 10 ^a semana	1.349	2.132	63,27	A	55,60
8.2.1	Gestantes con valoración del riesgo obstétrico	82,41%	82,28%	0,16%	>=75%	Gestantes con valoración riesgo obstétrico	1.757	2.132	82,41	P	77,63
8.3.1	Gestantes con embarazo de riesgo	2,95%	14,84%	-80,09%		Gestantes con embarazo de riesgo	63	2.132	2,95	R	3,83
10.1.1	Puérperas con visita puerperal realizada: anamnesis exploración	58,29%	59,77%	-2,48%	>=60%	Puérperas con visita realizada	1.139	1.954	58,29	A	43,19
11.1.1	Registro de uso o no de métodos anticonceptivos o información	23,42%	23,74%	-1,34%	>=34%	Uso e información de anticonceptivos	9.823	41.946	23,42	A	21,44
11.2.1	Registro del tipo método anticonceptivo usado	20,74%	21,04%	-1,43%	>=30%	Tipo anticonceptivo	8.698	41.946	20,74	P	19,30
11.3.1	Embarazos no deseados	6,75%	7,70%	-12,32%	<13,34%	Embarazos no deseados	144	2.132	6,75	R	4,35
12.1.1	Mujeres de 25 a 64 años con valoración del riesgo para cáncer de cérvix	3,70%	4,17%	-11,24%	>=8%	Cáncer de cérvix: det. población riesgo o no riesgo	1.740	47.002	3,70	A	5,55
12.1.2	Mujeres entre 35 y 64 años con al menos una citología	47,52%	39,02%	21,80%	>=40%	Mujeres 35-64 con citología	16.817	35.388	47,52	A	46,58
12.2.2	Cribado con citología a personas con riesgo para cáncer de cérvix	44,46%	54,19%	-17,97%	>=70%	Cribado con citología a población de riesgo cáncer de cérvix	1.071	2.409	44,46	P	47,90
12.2.3	Cribado citológico sistemático cada 5 años	82,65%	82,89%	-0,29%	>=96%	Cribado cada 5 años	7.884	9.539	82,65	P	85,76
12.2.4	Mujeres con consejo de protección de ETS	0,00%	0,00%	0,00%	>=5%	Consejo de protección	0	11.618	0	P	0
12.3.2	12.3.2 Detección de personas con riesgo para cáncer de cérvix	4,94%	4,94%	0,06%		Cáncer de cérvix: det. población riesgo	2.324	47.002	4,94	R	4,73
13.1.1	Cribado de cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas	6,17%	6,24%	-1,15%	>=12%	Cribado de cáncer de endometrio en postmenopáusicas	1.786	28.946	6,17	A	6,62
13.3.1	Mujeres con cribado positivo en el último año	0,42%	0,42%	0,95%		Cribado + último año	122	28.946	0,42	R	0,33
15.1.1	Atención al climaterio: Anamnesis diagnóstico de menopausia	19,20%	24,05%	-20,19%	>=25%	Climaterio: cobertura	3.234	16.847	19,20	A	20,89

Fuente: PIN, Coordinador Médico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

En cuanto a los ámbitos en los que se desarrolla todos los profesionales se implican en mayor o menor medida, se preocupan por transmitir la información en la adecuada y optima atención, en la participación de la paciente y su familia y se esquematiza el proceso a seguir.

Seguimos los protocolos de la SEGO, SEC, SESPM y todas las sociedades derivadas de la SEGO dedicadas a la atención ginecológico-obstétrico.

Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)

Programa de consenso entre el personal médica primaria y atención especializada en pro del beneficio de la población. Se encuentra vigente desde diciembre de 2012²⁷.

Nos guía con una serie de subprogramas los cuales describiremos y explicaremos a continuación. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral a la paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel y la posibilidad de completar diagnósticos y tratamientos en nuestro hospital de referencia (Hosp. Virgen de la Arrixaca), como es el caso de pacientes oncológicas, necesidad de tratamientos de fertilidad o realización de pruebas como es el caso de resonancia magnética nuclear, BAG guiadas por estereotaxia, ganglio centinela.

Primer subprograma: Atención al malestar biopsicosocial de la mujer.

El objetivo del primer subprograma es buscar el equilibrio emocional, físico y social para el bienestar de las mujeres de la región, haciendo énfasis en los síntomas desde la perspectiva de género.

Segundo subprograma: Prevención del cáncer ginecológico.

El segundo subprograma, hace incidencia sobre la prevención de los cánceres más frecuentes ginecológicamente hablando: mama, endometrio y cérvix.

Es importante realizar diagnósticos precoces para evitar muertes y mejorar el pronóstico de vida de nuestras pacientes afectadas.

Tercer subprograma: Promoción de la salud sexual. Anticoncepción: información y seguimiento de métodos anticonceptivos.

El objetivo principal del tercer subprograma es disminuir los embarazos no deseados, mejorar las medidas de contracepción en la población y evitar enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Cuarto subprograma: Atención al embarazo, parto y puerperio.

Toda mujer, independientemente de su nivel de origen, educación, cultura o credo, tiene derecho a una atención completa y adecuada durante estas etapas tan importantes de la vida y, a la vez, incentivar el autocuidado para mejorar su calidad de vida. Este subprograma pretende promover la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables desde el comienzo del embarazo.

Quinto subprograma: Atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Este subprograma está diseñado para atender a todas las mujeres que solicitan IVE, según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Aunque el IVE está sujeto a leyes, normas y decretos y cualquier modificación infiere en la norma, el objetivo de este subprograma es facilitar información sobre el progreso, promover métodos contraceptivos que permitan a la mujer evitar gestaciones no deseadas y la identificación posibles problemas psicosociales.

Sexto subprograma: Atención al climaterio.

La menopausia en la mujer provoca innumerables consultas, debido a la poca información difundida. Con este subprograma se pretende mejorar la calidad de vida de las pacientes que se encuentran en esta etapa, distribuyendo su atención entre programas de cribado en atención primaria o atención especializada si es necesario.

La Cartera de Servicios define el lugar de atención de estas pacientes en las unidades ginecológicas de apoyo (UGA). Del mismo modo, define su Cartera de Servicios, que se basa. En el PIAM (excepto el embarazo) y la patología ginecológica en THS (terapia hormonal sustitutiva) es también la paciente la que decide si desea o no el tratamiento hormonal, no hay imposición cada una es libre de elegir la vía de administración si se decide por alguno.

La mayoría de los procesos en Ginecología y obstetricia tienen indicaciones médicas claras en las que muy pocas pacientes dudan del diagnóstico, y no confían en un procedimiento, se pueden citar muchos ejemplos en Consulta externa los diagnósticos de citología cérvico-vaginal, muy raras veces se ponen en duda la necesidad de colposcopia o incluso conización son aceptadas por las pacientes, pues prácticamente no hay opción ni mucho margen de error en el caso de un diagnóstico de cáncer ginecológico el proceso es muy claro y, según el estadío en el que se diagnostique, contamos con los servicios para su atención o debemos referirla puesto que no contamos con servicio de oncología.

Siempre se toma en cuenta la opinión de los familiares se explica al paciente que demanda más o menos información en la mayoría de las ocasiones ligado al nivel educativo cultural de cada usuaria.

En el caso de Obstetricia, cuando se diagnostica un *doppler* patológico, lo que se realiza siempre es contar con la opinión de más dedos observadores para no cometer errores y asegurar el diagnóstico, o someter los casos clínicos a comités para una decisión consensuada.

La participación en programas de cribado también es un acto voluntario, como son: la citología de tamizaje, la mamografía, sangre oculta en heces y colonoscopia en programa de prevención de cáncer de colon en pacientes de riesgo, o toma de biopsias endometriales en pacientes con riesgo de cáncer endometrial.

3.2.4. Análisis de los datos de funcionamiento generales de ginecología y obstetricia del Área III del SMS en los últimos 4 años

Anteriormente, ya se han descrito la actividad hospitalaria de todas para las áreas para hospitalización, urgencias y quirófano, por lo que a continuación daremos los datos de las cirugías del servicio y la atención en urgencias y consultas externas.

En la tabla 15 detallamos el número total de intervenciones quirúrgicas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Área III del SMS durante el año 2015.

Tabla 15. Intervenciones quirúrgicas en el Serv. de Ginecología y Obstetricia. Área III del SMS (2015)

TIPO DE CIRUGÍA	TOTAL	TIPO DE CIRUGÍA	TOTAL
Partos	1645	Cesáreas	416
Histerectomía obstétrica	1	Plastia vaginal	16
Miomectomía	14	Ligadura tubárica	18
Anaxectomía unilateral	47	Nodulectomía de mama	6
Anaxectomía bilateral	10	Drenaje de hematoma quirúrgico	2
Legrado Obstétrico	65	Marsupialización	6
Histeroscopia	79	Biopsia vulvar	4
Legrado Puerperal	2	Legrado H.U.A.	1
Histerectomía simple	16	Laparoscopia diagnóstica	2
Salpinguectomía	11	Cerclaje	1
Histerectomía Vaginal con/sin plastia	16	Laparotomía E.I.P.	1
Conización	41	Lap. Extracc. de cuerpo extraño	1
Histerectomía + doble anaxectomía	61	Otros	10

Fuente: Libro de control del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGURM.

No se incluyen los GRD al tener una definición muy general, pudiendo interpretar en un mismo GRD la mayoría de los diagnósticos.

La cirugía más realizada en el área de ginecología obviamente es la cesárea. Las cirugías gineco-obstétricas corresponden a un 16% del total de las cirugías del HGURM, contando con que los meses del año de los datos recogidos para el área quirúrgica en general y para la propia no corresponden.

La cirugía más realizada en el área ginecológica es la histeroscopia de allí la necesidad de optimizar la consulta de histeroscopia ambulatoria, pues muchas veces nos vemos obligados a programar quirúrgicas por la larga lista de espera en histeroscopias ambulatorias. Corresponde a un 9,43% del total (18,76% tomando en cuenta solo las cirugías ginecológicas).

La cirugía que sigue en frecuencia es la histerectomía con doble anexectomía con un 7,28%, y la conización con un 4,89%.

Las cesáreas corresponden a un 49,70% de las cirugías realizadas de ahí la importancia del estudio de la correcta adecuación de su indicación.

El número de pacientes en espera pendiente de intervención quirúrgica es de 165 por cada 10.000 habitantes. Los pacientes transitoriamente no programables 10 por cada 10.000. Los pacientes, cuya espera esta motivada por la libre elección, son 2 de cada 10.000. El tiempo promedio que llevan esperando las pacientes desde la fecha de registro hasta la fecha final del periodo de estudio es menor de 90 días. La demora media prospectiva es de 120 días (Tabla 16).

Tabla 16. Lista de Espera Quirúrgica para el área de Ginecología HGURM

Número de pacientes pendientes de intervención Quirúrgica (IQ)	Datos
Número de pacientes en espera estructural	165,0000
Tasa por 0/00 habitantes	0,9700
Número de transitoriamente no programables	10,0000
Número de pacientes transitoriamente no programables motivos clínicos	8,0000
Nº pacientes transitoriamente no programables motivos personales	2,0000
Tasa por 0/00 habitantes	0,0600
Tiempo Medio de espera de pacientes pendientes LEQ	Datos
Tiempo medio de espera de pacientes en espera estructural	99,7000
Número de pacientes en espera estructural por tramos de espera	Datos
Nº pacientes con <90 días	144,0000
Nº pacientes 91-180 días	19,0000
Nº pacientes 181-365 días	2,0000
Número de entradas en registro de pacientes pendientes de IQ en el periodo	Datos
Número total de entradas en el periodo	757,0000
Tasa por 0/00 habitantes	4,4500
Número de salidas del registro de pacientes de IQ en el periodo	Datos
Número total de salidas en el periodo	735,0000
Número total de salidas por intervención quirúrgica en el periodo	638,0000
Espera media de pacientes intervenidos en el periodo	Datos
Espera media del total de pacientes intervenidos del registro en el periodo	103,4600
Espera media de los pacientes intervenidos del registro de forma programada en el periodo	107,4800
Demora media prospectiva	Datos
Demora media prospectiva	120,2900

Fuente: Murcia Salud, Área III del SMS.

Urgencias

De la atención en urgencias se puede obtener datos del porcentaje de trasladados a Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital de referencia, un 0,16%. Un 65,73% de las pacientes que reciben atención en urgencias son dadas de alta y se ingresan un 40,75%, en el periodo descrito del 2015 (Tabla 17).

Tabla 17. Actividad de Urgencias de Obstetricia y Ginecología HGURM , AREA III

DIC. 2015	VALORES ACUMULADOS		
	AÑO ACTUAL	AÑO ANTERIOR	% DESV.
ACTIVIDAD			
Entradas	4.713	4.844	-2,70%
Salidas	5.041	5.237	-3,74%
Salidas Domicilio	3.098	3.220	-3,79%
Salidas Exitus	0	0	0,00%
Salidas Fuga	14	13	7,69%
Salidas Traslado	8	14	-42,86%
Salidas Ingreso	1.921	1.990	-3,47%
RECURSOS			
% Ocupación	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: PIN, Coordinador Médico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Consultas externas

Las consultas realizadas como primeras visitas provenientes de atención primaria son 50.832, y de atención especializadas 34.974 que corresponde a un 57,31% y 38,43% de las derivaciones respectivamente.

Las consultas sucesivas casi se dupican con respecto a las primeras visitas, lo que significa que un porcentaje de pacientes se da de alta o se indica seguimiento por médicos de atención primaria. Siendo el indicador de primera/sucesiva de 1.955.

Se realizan procedimientos fuera de quirófano a 64 pacientes.

El total de consultas es de 262.304 pacientes con un porcentaje de inasistencia es de 26,12 % (Tabla 18).

Tabla 18. Actividad de consultas externas HGURM (de oct. 2015 a oct. 2016)

ACTIVIDAD	
Consultas primeras realizadas	88.701
Jornada ordinaria	87.839
Procedentes de AE	34.974
Procedentes de AP	50.832
Procedentes de otros	2.033
Promedio por día hábil	4.038
Jornada Extraordinaria	862
Procedentes de AE	375
Procedentes de AP	487
Consultas sucesivas realizadas	173.606
Jornada ordinaria	157.595
Promedio por día hábil	7.973
Jornada extraordinaria	99
Total consultas realizadas	262.304
Consultas de enfermería realizadas	2.634
Procedimientos quirúrgicos realizados fuera de quirófano	64
EFICACIA	
Índice sucesiva/primeras	1.955
% CAR realizadas /primeras	
EFICIENCIA	
Consultas primeras citadas	122.472
Procedentes de AE	43.574
Procedentes de AP	76.359
Procedentes de otros	2.539
% Inasistencia/primeras	9,32%
% otras cancelaciones	16,80%
% actividad no capturada	1,385
% realizado	72,48%
% reprogramado	
Consultas sucesivas citadas	249.995
Procedentes de AE	216.798
Procedentes de AP	193
Procedentes de otros	33.004
% inasistencia/Sucesivas	10,19%
% otras cancelaciones	18,68%

% Actividad no capturada	1,36%
% realizado	69,76%
% reprogramado	
FRECUENCIA	
Consultas citadas por cada 1000 habitantes	2.180
Consultas realizadas por cada 1000 habitantes	1.535

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

La actividad realizada en consulta externa en un año de octubre 2015 a sept 2016 se tienen un total de 88.701 visitas datos proporcionados por Departamento de calidad del HGURM. Si recordamos el total de la población femenina que corresponde al área III, las visitas superan al 100% y es porque la mayoría de las veces están mal citadas. Se citan visitas sucesivas como primeras visitas, o hay duplicidades por lo que realmente no es un dato fidedigno, mostrando también un pequeño porcentaje sin registro que corresponde a 1,36%.

La tabla 19 describe el tiempo de espera de consultas externas de ginecología observando un gran número de pacientes que no tiene asignación, aunque un 64 % logra verse en tiempo optimo y solventar sus necesidades, es evidente que la mayoría espera más de 90 días para una primera visita.

Tabla 19. Lista de espera en consulta externa de Ginecología HGURM

Nº de pacientes en espera para consulta externa	
Nº de pacientes en espera estructural para primera consulta	2.648,0000
Tasa por 0/00 habitantes	15,5900
Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes	
Tiempo medio de espera para primera consulta	165,6300
Nº de pacientes en espera estructural para primera consulta	
Nº de pacientes de 0 a 30 días de espera	124,0000
Nº de pacientes de 31-90 días de espera	236,0000
Nº de pacientes de 61-90 días de espera	65,0000
Nº de pacientes de > 90 días de espera	667,0000
Nº de pacientes sin fecha asignada	1.556,0000
Número de entradas en el registro (para primera consulta)	
Nº total de entradas (3)	11.779,0000
Nº total de entradas por 1000 habitantes	69,2800
Número de salidas del registro (de primeras consultas)	
Nº de pacientes atendidos durante el periodo (el año entero para cierre)	7.540,0000
Nº total de salidas	9.504,0000
Tasa por 0 /00 habitantes(pacientes atendidos)	44,3500
Espera media estructural	
Espera media estructural para pacientes atendidos primera consulta	74,6400
Demora media prospectiva	
Demora media prospectiva (tiempo medio de absorción en días de los pacientes en espera estructural para una primera consulta)	150,5800

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Servicio de Trabajo Social en el HGURM (Área III)

Mencionar que para las Interrupciones Voluntarias del Embarazo la primera consulta se realiza en el hospital, donde se verifica viabilidad, se derivan a atención al usuario, donde son derivadas a Servicios terciarios contratados por el SMS, para realizar el procedimiento. No siempre se brinda apoyo psicológico. Con la dificultad estadística, pues no se lleva un listado detallado y completo de lo que se ha logrado recoger por medio del Serv. de Trabajo Social del HGURM. De los 347 interrupciones voluntarias del embarazo (en adelante IVEs) que se solicitaron en 2015, solo se logró obtener las causas de 37 de ellas, las cuales se describen a continuación (tabla 20).

Tabla 20. Causas de IVEs en 2015

Menores de 18 años	20
Por decisión del comité clínica	8
Por salud mental de la madre	4
Fuera de plazo	2
Otra	3
Total	37

Fuente: Servicio de Trabajo Social del HGURM

Si que disponemos del número de total de IVEs por año de 2008 a 2015. A continuación se detallan en la tabla 21.

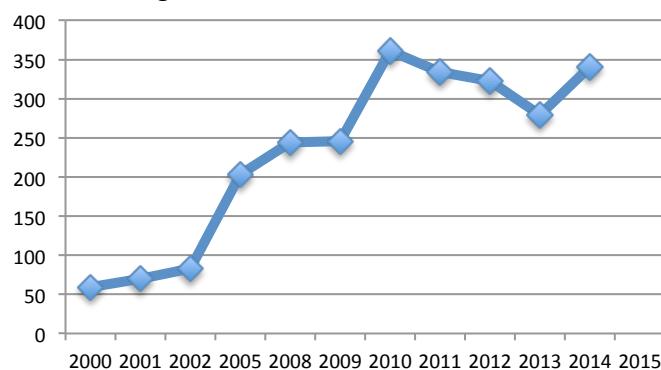
Tabla 21. Número de IVEs (2008-2015)

Año	Total	Año	Total
2008	244	2009	246
2010	361	2011	334
2012	323	2013	279
2014	341	2015	347

Fuente: Servicio de Trabajo Social del HGURM

Se ha realizado la gráfica de la derecha (Fig. 12) para que quede patente que el número de IVEs va en aumento y deben ponerse medios para disminuir su incidencia pues supone un mayor coste para el servicio, que el consejo y mejora de la cobertura en métodos anticonceptivos de larga duración (DIU, Implanon, inyectables).

Fig. 12. Evolución del número de IVEs



Indicadores de Calidad para hospitales del SNS

Para continuar con el análisis situacional actual del área de ginecología y obstetricia en el Área III SMS , nos centraremos en los siguientes indicadores de proceso: datos correspondientes de mayo del 2014 a mayo del 2015.

En la tabla 22 de la página siguiente, se describe el porcentaje de cesáreas del HGURM comparados con los distintos estándares descritos, OMS, SNS, SMS.

Tabla 22. Partos por cesárea en el HGURM

Tasa de cesáreas (% de cesáreas sobre partos)			
	Evaluación 1 SMS	Evaluación 2 SMS	Autoevaluación
Casos	Total	Total	Total
Resultados	28,80%	25%	25,54%
Estándar (OMS)	15%		
M. Sanidad (SNS)	21,90%		
SMS 2013	22,50%		

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Según el resultado de la tabla 23, un 46,70% de partos eutópicos se acompañan de episiotomías, tendremos que comparar el dato con el número de partos instrumentales que se realizan, para lo que consultamos la hoja resumen de atención obstétrica, los partos instrumentales corresponden solo a un 18% del total de partos, haciendo referencia que este porcentaje pertenece al año 2015, y el número de episiotomías descritos son de un 41,78% de episiotomías, deduciendo que un 22,94% de episiotomías pertenecen a partos eutópicos. Los partos instrumentales son los que atiende el obstetra.

Es importante mencionar que se tuvo un total de 541 desgarros de un total de 1,645 partos corresponde a un 41,67% del total de partos , siendo un 91 % grado I-II, pero un 3,69% presentaron un desgarro grado III-IV. 1,10% estallidos vaginales, un total de 6 pacientes, un 0,48% del total de partos eutópicos. Datos correspondientes al año 2015. Casos que deberían ser individualizados y darles un seguimiento.

Tabla 23. Episiotomías en partos eutópicos en HGURM

Episiotomías en partos eutópicos (% De episiotomias en partos eutópicos)			
	Evaluación 1 SMS	Evaluación 2 SMS	Autoevaluación
Casos	30	30	
Resultado	46,70%	26,70%	
I.C. 95%	(28,8-64,5)	(10,8-42,5)	
Estándar (FAD)	<15%		
M. Sanidad (SNS)	41,90%		
SMS 2013	35,4		I.C. 95% (28,2-42,2)

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

En la tabla de partos con analgesia loco-regional (Tabla 24), se observa un 46,70% sobre un 72% recomendado por el Ministerio de Sanidad o un 67,90% recomendado por parte del SMS. En el resumen del año 2015 cerramos con un 39,13%, cifra explicada porque para ese momento aun se disponía de un anestesista de guardias de presencia, para toda el área quirúrgica.

Tabla 24. Partos con analgesia loco-regional (epidural ó raquídea)HGURM

Uso de analgesia loco-regional (epidural o raquídea) (% De partos vaginales y cesáreas urgentes con analgesia loco-regional en gestantes de 37 a 42 semanas)			
	Evaluación 1 SMS	Evaluación 2 SMS	Autoevaluación
Casos	30	n.e.	Total
Resultado	46,70%	n.e.	32,41%
I.C. 95%	(28,8-64,5)	n.e.	Total
Estándar (FAD)	30-80%		
M. Sanidad	72,20%		
SMS 2013	67,90%		I.C. 95%(61,1-74,8)

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

El porcentaje de madres que consiguen ese apego precoz corresponde a un 62%. Siendo el porcentaje recomendado superior al 80%. Este punto es de vital importancia para que la paciente vea el fruto de su esfuerzo y es el momento que más se valora, inconveniente mayor para cumplirse es en las pacientes post cesáreas, pues no se tiene habilitado un espacio para que esta situación se dé en optimas condiciones, por lo que el resultado no debe ser un estándar del 50% todas las madres conscientes y excepto en aquellas complicaciones maternas, en las que no es posible realizarlo, deberían poder verlos, tocarlos y estar con sus hijos, desde el momento del nacimiento siempre que pueda ser posible (Tabla 25).

Tabla 25. Contacto precoz madre-recién nacido, HGURM. Mayo 2014 a Mayo 2015

Contacto precoz madre-recién nacido (% de partos vaginales en los que la madre y el recién nacido han permanecido juntos)			
	Evaluación 1 SMS	Evaluación 2 SMS	Autoevaluación
Casos	30	30	Total
Resultado	13,30%	60%	62%
I.C. 95%	(1.2-25.5)	(42,5-77,5)	Total
Estándar (FAD)	>= 80%		
M. Sanidad	50,20%	(incluye tanto los partos vaginales como las cesáreas)	
SMS 2013	49,20%	I.C. 95% (41,9-56,5)	

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

El tipo de parto en el periodo descrito fue en su mayoría partos espontáneos, teniendo un 29,18% de partos inducidos de los que sería interesante poder conocer que porcentaje de estos partos terminó en cesárea y conocer las indicaciones de las inducciones. Conociendo solo que por ejemplo para el año 2015 las cesáreas intraparto fueron 233 que corresponde a 14,16% en función a 1.645 partos (Tabla 26).

Tabla 26. Tipo de inicio de parto

Inducido	480
% total de partos	29,18%
Espontaneo	971
% total de partos	59,03%

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

En la tabla 27 podemos ver los datos referentes a partos inducidos. Tenemos un 29,31% de inducciones. Teniendo en cuenta el sesgo de datos, resulta muy mal parado comparado con el 19,40% recomendado por el ministerio de Sanidad.

Tabla 27. Partos inducidos

Partos inducidos (% de partos vaginales y cesáreas urgentes en los que se ha inducido el parto en gestantes de 37 a 42 semanas)			
	Evaluación 1 SMS	Evaluación 2 SMS	Autoevaluación
Casos	30	n.e.	Total
Resultado	20%	n.e.	29,31%
I.C. 95%	(5,7-34,3)	n.e.	Total
Estándar (OMS)	10%		
M. Sanidad 2013	19,40%		
SMS 2013	31,20%	I.c 95% (24.5-38)	

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Las siguientes tablas las incluyo para valorar el resultado con respecto al estándar descrito.

Para analizar el número de partos tras cesárea previa (Tabla 28), nos remitiremos a los datos que se obtiene al año 2015 para un total de 1.645 partos y un total de cesáreas de 416, de las cuales 233 se indican intraparto y 183 pacientes son programadas que corresponde a un 11,12% del total. Pero como describimos en el análisis asistencial punto 3.1.4., es más importante valorar el porcentaje de adecuación de las indicaciones de cesárea.

Tabla 28. Parto vaginal tras cesárea previa

Parto vaginal tras cesárea previa (% de partos vaginales tras cesárea previa)			
	Evaluación 1 SMS	Evaluación 2 SMS	Autoevaluación
Casos	30	n.e.	Total
Resultado	23,30%	n.e.	28,57%
I.C. 95%	(8.2-38.5)	n.e.	Total
Estándar FAD	60-80%		
M. Sanidad	44,20%		
SMS 2013	43,80%	I.C. 95% (36,2-51,4)	

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

En la tabla 29, observamos que del total de partos, un 30,69% son partos con antecedente de cesárea previa. Observamos que el resultado final del parto es mejor cuando tiene un inicio espontáneo. Del total de cesáreas, 416, un 11,12% corresponde a cesáreas electivas, de las cuales, la mayoría corresponde a pacientes que eligen una cesárea sin prueba de parto previa. Esta decisión, aunque contraria generalmente al criterio médico, estamos obligados a respetarla, puesto que la ampara la Ley de Autonomía del Paciente²⁸.

Tabla 29. Obstetricia HGURM enero-diciembre 2015. CMBD

Acto	Frecuencia	%
Total de partos año 2015	1.645	
Partos con cesárea anterior	505	30,69%
CA + Cesárea	6	
CA Cesárea tras inicio por inducción	128	30,76%
		del total de cesáreas
CA Cesárea intraparto tras inicio espontaneo	99	
Inicio inducido	480	29,17%
Inicio espontaneo	971	59,02%
Total de cesáreas	416	25,28%
Cesáreas electivas	183	11,12%
Cesáreas intraparto	233	14,16%

Fuente: PIN, Coordinador Medico de Calidad, Cartera de Servicios y Niveles asistenciales del Área III del SMS.

Resulta importante hacerle ver a la paciente que analice tanto los riesgos como los beneficios que puedan presentarse, los cuales están de sobra descritos tanto en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), como en *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG).

Un parto vaginal no implica cirugía abdominal, tiene un período más breve de recuperación, menor riesgo de infección y menor perdida de sangre (Tabla 30).

Tabla 30. Ventajas e inconvenientes del parto vaginal tras cesárea vs. cesárea programada

	Parto Vaginal	Cesárea Programada
Ventajas	Mortalidad Materna: 0.004% Mortalidad Perinatal: 0.002%	Rotura uterina: 0.03% Mortalidad Perinatal: 0.002%
Inconvenientes	Rotura uterina: 0.32- 0.47% Mortalidad perinatal: 0.13%	Mortalidad Materna: 0.013% Mayor tasa de anomalías de la placentación y de lesiones quirúrgicas en futuros embarazos
Datos insuficientes	Histerectomía, hemorragia, transfusión, infecciones maternas, encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, trauma por el parto, resultados neurológicos a largo plazo.	

Fuente: SEGO

El consentimiento informado debe entregarse, explicarse y adjuntarse al historial, nivel de evidencia IIb. (sección de documentos adjuntos, pág. 66).

Cuando se puede dar la opción de un parto vaginal tras cesárea previa: Deben de conocerse: las condiciones de la cesárea anterior, el tipo de incisión, intervalo intergenésico mayor de 18 meses, metabólicamente sana, sin antecedentes de otra cicatriz adicional como es el caso de miomectomías, o antecedente de ruptura uterina, no estemos frente a un feto macrosoma.

Contraindicaciones para parto vaginal tras cesárea:

- Cesárea corporal o en “T” invertida. Las incisiones transversales conllevan un menor riesgo de ruptura, menos del 1%.
- Histerotomía o miomectomía previa con entrada en la cavidad uterina.
- Rotura uterina previa. Contraindicación para el parto vaginal. Tres o más cesáreas previas. Macrosoma.

La paciente debe conocer que si esta presente uno de los siguientes factores se puede reducir la probabilidad de lograrlo: Mayor edad de la madre, peso alto del bebe al nacer, índice de masa corporal alto de la madre, embarazo que supere las 40 semanas de gestación, preeclampsia, período intergenésico corto. Ser consciente también que pueden ocurrir varias situaciones durante el período activo de parto y/o expulsivo que alteren el equilibrio de riesgos y beneficios y que al final es la conducta y decisión medica la que predomina.

Se prefiere evolución espontánea pero también se describen las condiciones óptimas para la inducción.

Nuestro porcentaje de partos inducidos en cesárea anterior es de 30,76% . La mayoría inicia con un parto espontáneo. Con un total de partos vaginales tras cesárea de 505, que corresponde a un 30,69% del total de partos para el año 2015. Recordando un 98,81% de indicaciones adecuadas según el último análisis realizado.

3.2.5. Previsión de la demanda

Debemos conocer los indicadores presentes para anticiparnos a los futuros cambios demográficos, que influirán directamente en nuestro desempeño. Por ejemplo, el aumento de hospitales privados, hace que aumente el índice de cesáreas, lo que influirá en el mismo indicador a nivel regional.

En las postrimerías del siglo XX, ya mediada la década de los 90, el número de partos comenzó a mostrar un repunte, dándose por finalizada crisis de la natalidad anterior. Esta tendencia al alza, comenzó a estancarse sobre año 2008, comenzando nuevamente un ciclo descendente, coincidiendo plenamente con el inicio de la crisis económica. En términos poblacionales, a partir de 2014, se viene observando un cambio de tendencia, mostrando un aumento de la natalidad y la fecundidad.

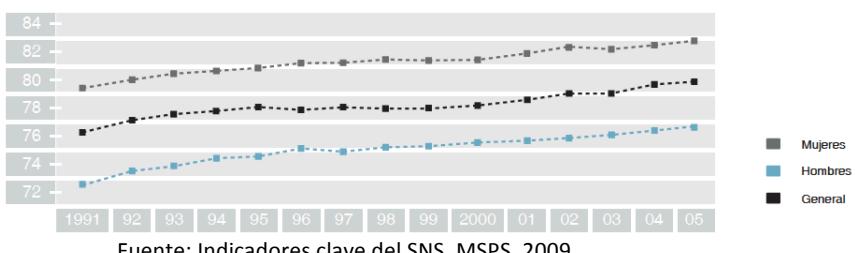
El descenso en la fecundidad (-13,9%) ha sido menor al experimentado en el número de partos (-16,2%) debido a que el número de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) que viven en la región ha sufrido un descenso (-2,5%). Como último apunte, un leve aumento de la frecuencia de pacientes en el hospital, también apoya la posibilidad del cambio de tendencia, o, al menos, una estabilización de la asistencia gineco-obstétrica.

Crecimiento poblacional

En 2005, la esperanza de vida en la región fue de 79,6 años, situándose unos 0,6 años por debajo de la media española. En los hombres fue de 76,5 años (0,5 años inferior a la media) y 82,8 años para las mujeres (0,7 años inferior).

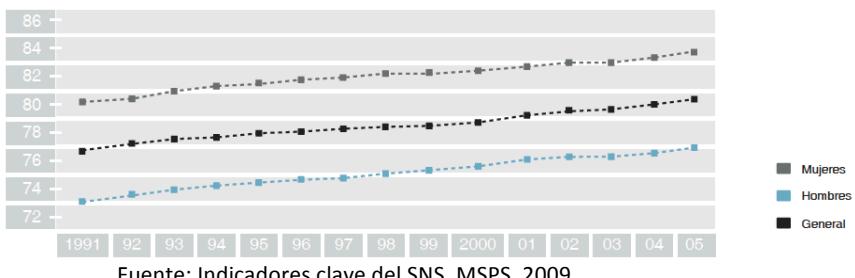
El análisis de tendencias realizado no permitió pronosticar que esa diferencia se redujera en 2015, convirtiéndose en el objetivo principal del Plan de Salud de la Región de Murcia conseguir que la diferencia con el resto de España se redujera un 50% para 2015 y que por lo tanto la diferencia en la esperanza de vida entre la Región de Murcia y España no superara los 0,3 años²⁹ (Figs. 13 y 14).

Fig. 13. Esperanza de vida en la Región de Murcia (años)



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

Fig. 14. Esperanza de vida en España (años)



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

Tercera edad

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el estudio poblacional para los próximos 50 años (2014-2064)³⁰, arroja unas cifras de población envejecida altamente alarmantes. El porcentaje de población mayor de 65 años para 2014 que se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 25% en torno al año 2030 y de un valor cercano al 40% para 2064.

A partir de 2015, el número de defunciones superaría por primera vez al de nacimientos y las únicas comunidades autónomas que ganarían población en los próximos 15 años son Comunidad de Madrid, Canarias, Baleares, Región de Murcia y Andalucía.

En los próximos 15 años, España perdería más de un millón de habitantes y en los próximos 50, más de 5,6 millones. Para 2064, la población en España habrá mermado hasta situarse entre en cifras algo por debajo de los 41 millones de habitantes.

Planes de prevención

Para el año 2014 el programa de prevención de cáncer de mama con la realización de mamografía se realizó en la Región de Murcia a un 80,53% de la población, comparado el 79,79% a nivel Nacional. Dentro de otros programas de prevención tenemos el del cáncer de cérvix, y cáncer de colon. Otros como prevención de cáncer de endometrio, cáncer de vulva que se realizan a nivel hospitalario, cuando se tienen pacientes con factores de riesgo.

3.2.6. Matriz DAFO/CAME

“El análisis DAFO nos ofrece datos de salida para conocer la situación real en que se encuentra la unidad/servicio/proceso, así como el riesgo y oportunidades que existen en el entorno y que afectan o pueden afectar directamente al funcionamiento del mismo.”³¹

Se trata de un método sencillo de planificación de futuro. Nos servirá de ayuda a la hora de plantear y realizar acciones encaminadas a la mejora del servicio, potenciando nuestras fortalezas, mejorando en nuestras debilidades, aprovechando las oportunidades y evitando o disminuyendo las amenazas.

Para facilitar el trabajo dentro del servicio, elaboraremos matrices DAFO, separando el área ginecológica de la obstétrica. Dando énfasis que como innovación en ambas áreas se instalaría la creación de simulacros con la participación activa de todo el personal sanitario. Talleres de emergencias obstétricas como: distocia de hombros, hemorragia post parto y eclampsia, otros como: sutura de desgarros, ecografía, técnicas diagnósticas y quirúrgicas como histeroscopia y laparoscopia, RCP, atención de partos en presentación podálica.

Ginecología

DEBILIDADES	CORREGIR
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa disposición por parte de los facultativos para aportar ideas y reunirse, por la sobrecarga de trabajo. • Poca interrelación entre áreas generales no asistenciales(informática/ estadística/calidad/codificación). • Poco conocimiento de la actividad real de asistencia ginecológica. • Tecnología e innovación: Carencias: Técnica de ganglios centinela (a pesar de tener disponible la sonda), RMN, biopsias por estereotaxia, morcelador, histeroscopio. • No contamos con consultas especializadas en oncológicas, fertilidad. • Tiempo de espera para la primera consulta, realización de pruebas y realización de cirugías. • Falta de una consulta apropiada de histeroscopia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar las consultas para mejorar la atención. • Apoyar a los facultativos alternándolos en tiempo invertido para formación e investigación. • Sesiones informativos para dar a conocer la información en cuanto a diagnósticos, gastos y costos. • Poner en marcha programas de detección local de ganglio centinela en pacientes operables en nuestro hospital. • Mejorar la comunicación inter área. • Actualización de médicos de atención primaria. • Velar por la adecuada, completa y eficaz codificación.
AMENAZAS	AFRONTAR
<ul style="list-style-type: none"> • Recortes. • Cambio muy rápido en la actualización, innovación y mejora de equipo de apoyo diagnostico y ecográfico. • Aumento de listas de espera quirúrgicos y de primera consulta. • Consultas sucesivas que no se dan en tiempo adecuado por agendas insuficientes. • Tiempo de espera para realización de pruebas diagnosticas. • Sobre carga de consultas. • Seguimientos multi facultativos, puede tener el riesgo de cambiar manejos innecesariamente. • Negociación para el equipamiento y provisión de materiales hospitalarios e insumos. • Situación económica de la población. • Desconocimiento por parte del personal sanitario de los costos de insumos y materiales, lo que crea inconsciencia en su uso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acreditación. • Falta de adecuación de protocolos y de su respectiva actualización. • Actualización y formación continuada de todos los facultativos al menos una vez por año. • Actualizar y mejorar el sistema de citación para evitar duplicidades. • Mejorar la comunicación entre los pacientes y admisión para nuevas citaciones por anulaciones en corto tiempo. • Continuo cambio de financiación de medicamentos para tratamientos básicos. • Solicitar la inclusión de medicamentos al menos uno de cada necesidad para tratamiento de síntomas durante la menopausia.

Continúa Ginecología

FORTALEZAS	MANTENER
<ul style="list-style-type: none"> • Buen equipo médico, responsable, implicado con sus pacientes, interesado por formarse y actualizarse. • Cuenta con personal entrenado en la mayoría de procesos (histeroscopia, laparoscopia, cirugía de mama). • Compromiso de enfermería, disponibilidad de supervisores para mejorar la calidad y seguridad de la paciente. • Docencia cuenta con la formación, apoyo de la gerencia y esta implicada en la realización de los diferentes programas MIR en el hospital. • Buena valoración del servicio en general, resultados según encuestas de calidad, realizadas por el departamento de calidad anualmente. • Existencia de guías de actuación a nivel nacional y contar con un programa integrado de atención a la mujer a nivel regional. • Existencia de protocolos y acceso a través de la pagina web del área III. • Financiación de la inmunización frente al Virus del papiloma humano en pacientes con neoplasia intracervical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la gestión y financiación de métodos anticonceptivos. • Mantener actualizados los programas de diagnostico y seguimiento de patología cervical. • Calidad y calidez del personal sanitario. • Programas de formación de residentes de ginecología y obstetricia, y matronas. • Valoración por medio de encuestas de satisfacción a las pacientes.
OPORTUNIDADES	EXPLOTAR
<ul style="list-style-type: none"> • Globalización de la información y disponibilidad por los facultativos, al menos por área, y la posibilidad de que todas las áreas hospitalarias conozcan los mismos datos y que sean fidedignos. • Tratamientos oncológicos y consulta oncológica de seguimiento evitando desplazamiento de las pacientes. • Adquisición de crioterapia para tratamientos de pacientes con diagnostico de CIN 1. • Ampliación de consultas para disminuir listas de espera. • Crear nuevas consultas de: histeroscopia en un nuevo espacio físico, de resultado de pruebas. • Citación automática de pacientes en lista cuando se cancele una cita. • Mejorar el área de comunicación con las pacientes con admisión. • Fomentar la atención domiciliaria, tratamientos ambulatorios, hospital de día, para disminuir costos por ingreso hospitalario. • Adquirir <i>Essure</i> como método de planificación. Mejorar consejo anticonceptivo. • Cambio continuo de las tecnologías medicas. • Implementación del programa nacional de lucha contra el cáncer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la formación de todo el personal sanitario. • Iniciar líneas de investigación. • Disminuir la tasa de gestación no deseada en adolescencias. • Líneas y alianzas de comunicación inter áreas e inter especialidades. • Practicar desde salud laboral medicina preventiva, con su personal.

Obstetricia

DEBILIDADES	CORREGIR
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés de algunas pacientes por control adecuado, apoderarse de su estado de salud. • No acudir a charlas informativas. • Desinterés en la participación de talleres de actualización y clases de educación maternal. • Aumento de la demanda asistencial. • Más reclamaciones injustificadas. • No contar con UCI pediátrica. • Aumento de pacientes con barrera idiomática. • No se cuantifica la cantidad de consultas y controles realizados en urgencias. • Falta de una adecuada sala de espera para pacientes de consulta en santa rosa de lima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del personal para la atención de partos en presentación podálica. • Realizar y concienciar al personal de la completa, adecuada y certera información en historias clínicas. • Motivar e implicar a las gestantes en su cuidado. • Apoyar la educación maternal. • Dar charlas informativas de las repercusiones del consumo de tabaco, alcohol y drogas durante la gestación. • Dar a conocer el plan de parto. • Dar a conocer los deberes de las pacientes. • Aumentar la cobertura y consejería en planificación. • Modificar el consentimiento informado de parto vaginal tras cesárea y protocolizar los partos tras cesárea, para dejar la opinión medica sobre la de la paciente.
AMENAZAS	AFRONTAR
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio temprano de relaciones sexuales. • Poco asesoramiento en educación sexual en la población en general. • Pobre educación sexual en institutos y colegios. • Población gestante con estilos de vida inadecuada. • Gestantes pluri-patológicas. • Dilación de la edad para el inicio genésico. • <i>Burnout</i> dentro del personal sanitario y resistencia al cambio. • Cambios demográficos. • Crecientes expectativas no realistas de las pacientes. • Aumento de gestaciones no deseadas durante la adolescencia. • Aumento de IVEs en adolescentes. • Barreras idiomáticas, q perjudica seguimiento de los tratamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de protocolos y guías de actuación clínica adecuados a nuestro centro. • Porcentaje de estallidos vaginales presentados por año. • El número de desgarros grado III y IV es similar al número de episiotomías sin parto instrumental. • Falta de personal sanitario destinado a la atención exclusiva del servicio: trabajo social, psicología, traductores. • Falta de ginecólogos y matronas en el área.

Continúa Obstetricia

FORTALEZAS	MANTENER
<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad a la adquisición de métodos de planificación. • Buen equipo ecográfico (apoyo tecnológico adecuado). • Equipo médico capacitado. • Control completo de la gestación. • Adecuados <i>screening</i> de despistaje de patologías metabólicas y <i>screening</i> por serologías. • Contamos con un centro de derivación que cuenta con todos los servicios de los que carecemos (Hosp. Virgen de la Arrixaca). • Corta estancia media de las pacientes en el hospital. • Adecuado porcentaje de indicación de cesáreas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Screening</i> fetal. • Control completo durante la gestación y el <i>screening</i> de patologías crónicas y enfermedades transmisibles. • Las sesiones de educación para analgesia epidural por parte del servicio de anestesia. • Charlas de educación maternal. • Capacidad de respuesta de las matronas para la atención urgente. • Seguimiento de riesgo en la consulta de prenatal. • Consultas de planificación familiar.
OPORTUNIDADES	EXPLOTAR
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de nuevos test genéticos y su financiación de los ya existentes. • Realización de informes y estudios, integrando áreas generales no sanitarias. • Financiación total de todos los métodos LARC. • Talleres para la atención integral de la gestante. • Creación de programas de salud que incluyan el deporte y apoyo dietético de las gestantes. • Disminuir la incidencia de la gestación en pacientes adolescentes, mejorando la consejería en planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de talleres para manejo del dolor en el trabajo de parto. • Creación de programa de ayuda y consejo dietéticos para pacientes con sobrepeso y obesidad durante la gestación y menopausia. • Creación de programas deportivos adecuados para pacientes gestantes. • Ampliar la cobertura en educación sexual y consejería en anticoncepción y planificación familiar.

4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica

"La esencia de la estrategia no es simplemente elegir qué hacer; también exige elegir lo que no hay que hacer"
Robert S. Kaplan y David Norton,
creadores del Cuadro de Mando integral

4.1. Misión

Desde mi punto de vista, para el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Rafael Méndez, serían:

- **Misión:** Nuestro compromiso es mejorar las condiciones de la población femenina a través de la prestación de servicios a las usuarias, con énfasis en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esforzándonos día a día por construir un equipo humanizado comprometido en brindar atención segura, cálida y eficiente. Poner a la disposición de las pacientes una institución de salud totalmente asequible, con un cuerpo médico de excelente cualificación y preparación vanguardista, asumiendo los nuevos retos tecnológicos y disponiendo de los medios de diagnóstico de última tecnología en salud.
- **Visión:** Luchar por una atención centrada en las pacientes, segura, eficaz, eficiente con prioridad en realizar medidas innovadoras que cumplan nuestros objetivos estratégicos para valorar evaluar y entrar en un ciclo de mejora continua para brindar una atención con características

4.2. Ejes, líneas y objetivos estratégicos

Para la realización del plan estratégico hemos diseñado cinco ejes, cada uno con sus líneas estratégicas y objetivos estratégicos para su fácil comprensión.

A continuación paso a enumerar los ejes estratégicos:

1. Calidad
2. Compromiso social.
3. Acciones para mejorar la atención y seguridad del paciente.
4. Mejora de la organización de la infraestructura y calidad del servicio.
5. Aprendizaje y actualización de formación y docencia.

Eje 1. Calidad.

Línea estratégica:	Mejorar y optimizar la calidad asistencial y la percibida tanto por usuarias como por el personal sanitario.
---------------------------	--

Objetivos:

- Verificar y evaluar el control de los costes asociados a la asistencia (insumos, farmacia, personal sanitario).
- Dar a conocer la cartera de servicios al personal y a la población.
- Optimizar el tiempo de utilización de los quirófanos.

- Mejorar la preparación de los pacientes y formación adecuada a profesionales.
- Mejorar la satisfacción del personal facultativo mejora su motivación y la calidad de atención.
- Reducir el número de pruebas innecesarias (Radiografías de tórax preoperatorias en ASA I).
- Mejorar la calidad percibida por la paciente (CMI: Perspectiva paciente).
- Aplicación del plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la región de MURCIA PAMSP 2012/2016 (CMI: Perspectiva productividad y seguridad).

Eje 2. Compromiso social.

Línea estratégica:	Mejorar la calidad de la atención y la calidad percibida por las pacientes.
--------------------	---

Objetivos:

- Mejorar la satisfacción de los pacientes incrementando los niveles de participación, adaptabilidad y comodidad .
- Disminuir el tiempo de demora para la asistencia mejorando la atención, disminuyendo las listas de espera
- Conseguir la captación de la población gestante en un momento oportuno para la realización de *screening*, la ecografía morfológica y el *screening* de patologías medicas tales como el hipotiroidismo, diabetes, hipertensión; Así como lograr la profilaxis en pacientes Rh negativo.
- Optimizar el consejo contraceptivo con principal enfoque a la población adolescente con el fin de disminuir el número de IVEs y gestaciones no deseadas.
- Asegurar una atención efectiva y sin riesgos para el recién nacido.
- Contar con atención en exclusiva por parte de servicios sociales psicología y traductores para facilitar la atención, siempre que las pacientes lo soliciten (CMI: perspectiva financiera).

Eje 3. Acciones para mejorar la atención y seguridad.

Línea estratégica:	Mejorar la atención y seguridad del paciente y de los profesionales.
--------------------	--

Objetivos:

- Evitar sucesos centinelas o eventos adversos graves principalmente en el área obstétrica como por ejemplo mortalidad materna/fetal, shock anafiláctico, olvido de cuerpo extraño post quirúrgico, errores en la medicación o transfusiones, estallidos vaginales.
- Reducir la tasa de suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas.

- Verificar que se cumplan las acciones del programa de implantación de prácticas en cuidados.
- Mejorar la asistencia de la paciente quirúrgica para evitar complicaciones y reducir la morbilidad.
- Realizar una adecuación de los indicaciones del 100% de las cesáreas.
- Mejorar la indicación de los procesos ambulatorios tales como la histeroscopia diagnóstica con el fin de reducir procesos quirúrgicos innecesarios.
- Procurar la atención del 100% del personal sanitario desde salud laboral intentando el bienestar físico y emocional.
- Conseguir la participación de al menos un 98% de la población en los programas de *screening* de cáncer en la población femenina.

Eje 4. Mejora de la organización de la infraestructura y calidad de servicio.

Línea estratégica: Optimización de la infraestructura y reorganización de las consultas.

Objetivos:

- Realizar una reestructuración y reorganización de las consultas externas adecuándolas a la demanda actual (CMI: perspectiva financiera).

Eje 5. Aprendizaje y actualización de formación y docencia.

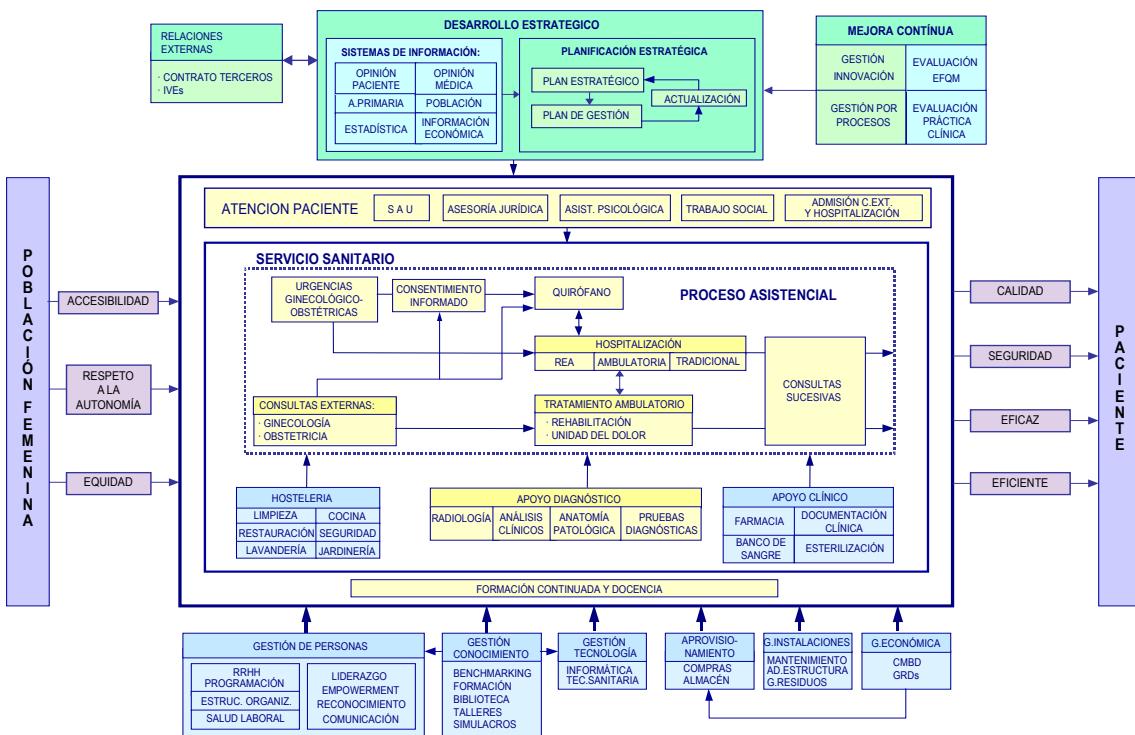
Línea estratégica: Optimizar el desarrollo profesional, Formación continuada y docencia.

Objetivos:

- Actualización y adquisición de Avances tecnológicos.
- Mejorar la formación continuada de los profesionales y favorecer su participación.
- Asegurar la formación y capacitación de todo el personal sanitario, incluidos los residentes.
- Incorporar la investigación en la práctica diaria.
- Adquisición de equipo para mejorar formación y aumentar la calidad.
- Asegurar la actualización anual de todo el personal sanitario tanto asistencia a cursos, congresos, jornadas y su posterior difusión para todo el servicio.
- Creación de simulacros de actualización de patologías obstétricas para todo el personal sanitario implicado(ginecólogos, residentes, enfermeras, matronas, auxiliares, celadores).
- Mantener la acreditación para formación de MIR en el hospital y ser opción para docencia universitaria.

4.3. Mapa estratégico de la unidad

Fig. 15. Ejemplo de Mapa Estratégico para el Servicio de Ginecología y Obstetricia



4.4. Calidad y seguridad del paciente

Nuestro hospital forma parte de uno de los centros comprometidos con la excelencia en cuidados (CCEC) y hemos iniciado con el programa de implantación de buenas prácticas en cuidados(BPSO, de sus siglas en inglés), en España se lleva a cabo desde el 2012, con el respaldo de instituciones comprometidas con la Práctica basada en la evidencia: La unidad de Carlos III (investen_isciii), el centro colaborador Español JBI para los cuidados de salud basados en la evidencia y la asociación de enfermeras de Ontario Candada (RNAO).

En la región de Murcia se ha iniciado el plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia 2016

Dentro de las guías de buenas prácticas que están relacionadas también con mi área:

- Identificación de pacientes a su ingreso y al recibirla en cada planta del servicio si es en paritorio, maternidad o quirófanos.
- Identificación de recién nacido, en presencia de su padres.
- Etiquetado de medicamentos.
- Manejo del dolor post quirúrgico.
- Apego materno, piel con piel.

- Lactancia materna inicio precoz y apoyo a la exclusividad.
- Prevención de caídas y lesiones derivadas.

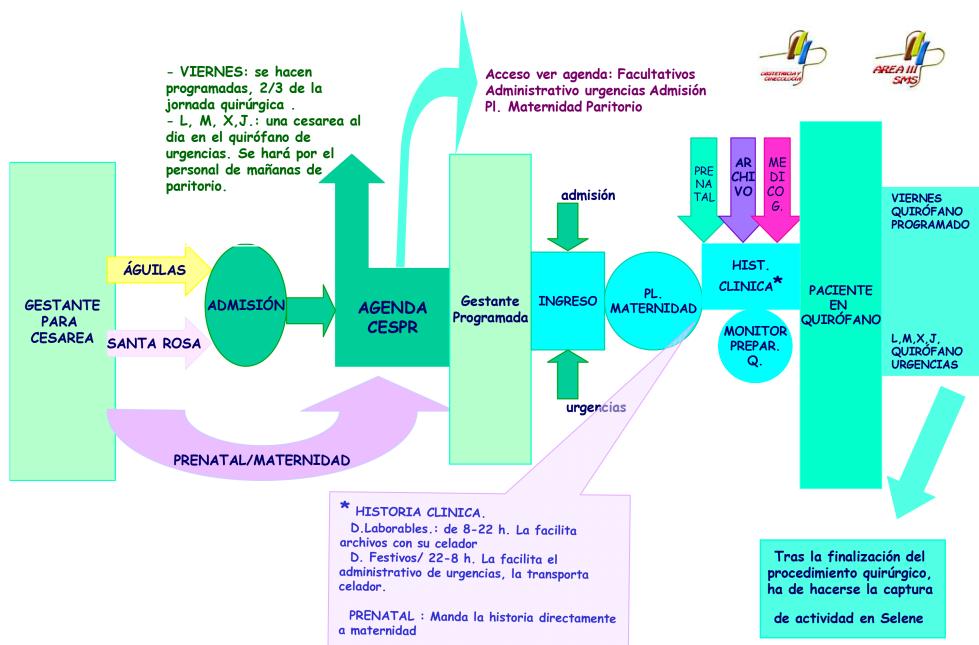
Cuidados de enfermería en pro de la seguridad del paciente:

1. Listas de verificación y listas de comprobación preoperatoria de anestesia para prevenir eventos quirúrgicos y postoperatorios.
2. *Bundles* que incluyen *check-lists* para prevenir la bacteriemia asociada a vía central, vías periféricas de punción.
3. Intervenciones para reducir el uso de catéteres urinarios, incluyendo recordatorios de catéteres, órdenes de parada o protocolos de retirada para enfermeras iniciadas.
4. *Bundles* que incluyen la elevación de la cabecera de la cama, el cese de la sedación, cuidado oral con clorhexidina, y aspiración subglótica de tubos endotraqueales para prevenir la neumonía asociada a ventilación, en muy raras ocasiones.
5. La higiene de manos.
6. No utilizar lista de abreviaturas peligrosas.
7. Intervenciones multicomponentes para reducir las úlceras por presión.
8. Precauciones de barrera para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
9. Las intervenciones para mejorar la profilaxis de tromboembolismo venoso.

4.5. Rutas asistenciales para una atención integrada

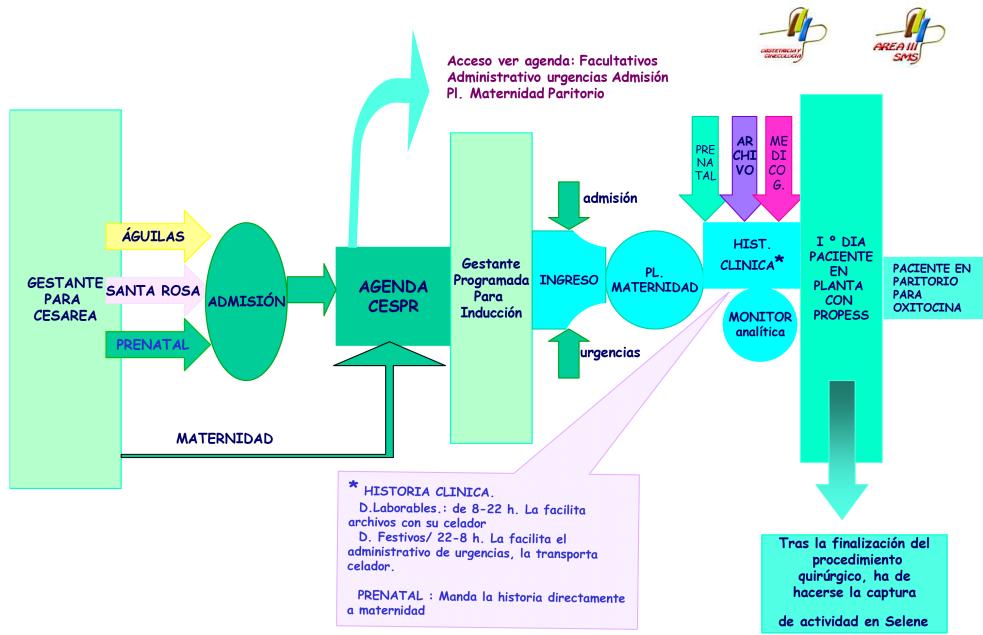
A continuación, se adjuntan las rutas asistenciales más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia del HGURM: cesárea (Fig. 16) e inducción al parto (Fig. 17).

Fig. 16. Ruta Asistencial para cesáreas del Serv. de Ginecología y Obstetricia del HGURM



Fuente: www.murciasalud.com

Fig. 17. Ruta Asistencial para inducción al parto del Serv. de Ginecología y Obstetricia del HGURM



Fuente: www.murciasalud.com

En la sección documentación adjunta se incluyen los consentimientos informados de ambos procesos, adjuntos 2 (págs. 68-69) y 3 (págs. 70-71) respectivamente.

4.6. Programa de Docencia y formación continuada

El Hospital General Universitario Rafael Méndez cuenta con cuatro residentes, uno por año. Inicio del programa desde 2007, hay un tutor asignado por cada 2 residentes.

Requisitos: Licenciatura en Medicina

Duración: 4 años.

Recursos Materiales: Cuenta con una Biblioteca del Hospital, Área de docencia del hospital, Biblioteca virtual de Murciasalud, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS). Programa de formación continuada del hospital, recursos de documentación del hospital, programa estratégico común (PEC).

- Recursos docentes del propio Servicio de Ginecología Obstetricia
- Sesiones clínicas diarias.
- Sesiones clínicas del servicio sobre un tema impartido por residente o adjunto.
- Sesiones clínicas en conjunto con el servicio de Ginecología.
- Sesiones clínicas /cursos en atención primaria.
- Sesiones clínicas/cursos con matronas de atención primaria y especializada.
- Sesiones clínicas/anatomo-patológicas.
- Sesiones de Urgencias.
- Sesiones generales/bibliográficas.
- Proyectos de investigación.
- Congresos, cursos y seminarios.

- Como innovación se plantea talleres de simulaciones de incidentes, eventos adversos, cirugía y sutura. Y de complicaciones graves sobre todo para el área obstétrica.

Así como a los Colaboradores Docentes, en el momento actual estamos a la espera del desarrollo en nuestra comunidad autónoma del Real Decreto 183/2008 , en el cual suponemos se hará mención a los roles y responsabilidades de los colaboradores docentes, nos atenemos a la normativa vigente en la que, por su condición de Hospital Universitario, se consideran como docentes a todos y cada uno de los médicos que en él trabajan, con lo cual no hay distinción entre unos y otros como “colaboradores docentes”.

Cada residente cuenta con una guía/Itinerario formativo tipo (GIFT), que describe, además de mostrar el hospital y su funcionamiento, de como es la docencia en el hospital, en la especialidad y en la Unidad Docente de Ginecología Obstetricia, información logística, detallando la formación de la especialidad y adjunta el calendario de las distintas rotaciones para completar una óptima y eficiente preparación.

4.7. Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando integral

Partiendo de la base que se cuenta con el conocimiento de un plan estratégico a nivel de dirección y que conocemos un cuadro de mando integral (CMI) a nivel de alta dirección, para que el nuestro no se contraponga a la estrategia general, es fundamental la comunicación del CMI de nuestra subunidad a gerencia, para contribuir a una mejor implementación de nuestra estrategia.

El éxito de una organización conlleva:

- La planificación de objetivos y sus medios para alcanzarlos.
- El diseño de una organización e infraestructuras necesarias.
- La medición y el seguimiento de los resultados.
- La revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica.
- Que sea accesible a los usuarios.

Se describe en diversos estudios que la mayor parte de las estrategias que fracasan no fallan por estar mal formuladas o planificadas, sino por estar mal implementadas, por lo que debe ser también nuestro trabajo no solo plantear objetivos, metas y medirlos sino saber transmitirlo e implementarlo.

En España se tiene dos ejemplos de la implementación del CMI tenemos el plan estratégico de Osakidetza 2003-2007, que fijaba como objetivo que todas las organizaciones contaran con un plan estratégico y un CMI. Y en 2005 la Agencia Valenciana de Salut, presento en enero 2006 su primer plan estratégico que incidía en diversos puntos: la participación de los profesionales en su elaboración, la adopción del cmi y el mapa estratégico como instrumento para orientar el plan estratégico a la implantación y el seguimiento del desempeño , y la alineación entre la Agencia Valenciana de Salut y los departamentos de salud mediante un proceso de derivación del plan estratégico a cada uno de los 22 departamentos de salud.

Como realizarlo siempre sale a colación la dicotomía entre el aspecto financiero y el clínico, lo primero es proporcional una visión, identificar objetivos estratégicos, seleccionar indicadores y metas para cada uno de los objetivos. Parece sencillo distribuir en nuestro mapa estratégico el valor a cada uno de los puntos sabemos que es fundamental la sostenibilidad financiera pero no debe ser lo más importante, nuestra base o centro debe ser la seguridad del paciente, asegurarle una adecuada atención oportuna de calidad y que sea eficiente, para que se traduzca en la mayor satisfacción. Claro es obvio que para esto debemos contar con los mejores recursos y que nuestro personal está altamente capacitado y en óptimas condiciones, para poder brindar una atención excelente, cálida y certera.

Parecen hechos relacionados en cadena, por eso es muy difícil la distribución en el mapa estratégico. No podemos depender de los costos para una atención sobre todo en el área de obstetricia en el que tomas decisiones en momentos claves, en las que no tomas en cuenta los costos sino en salvar vidas. Creo que es muy importante siempre tomar el punto de vista del clínico que es el que se encuentra en el campo de batalla a diario y conoce los problemas más que los directivos.

El CMI³² propone establecer objetivos e indicadores para cuatro perspectivas:

- Financiera.
- Clientes o usuarias.
- Procesos internos.
- Aprendizaje y desarrollo de recursos.

Partiendo de la base de que desconocemos la mayoría de resultados de los indicadores propuestos, estableceremos como estándar conseguir un 80%. Por consiguiente:

- Obteniendo un 50%: Se cumple solo con algunas características menores que se proponen para lograr las metas y cumplir objetivos.
- Alcanzando entre 50-80%: Se cumple con algunas de las características relevantes de los objetivos propuestos.
- Logrando un 80% o más: Se cumple con la mayoría las características requeridas más relevantes.

Perspectiva financiera:

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	ESTÁNDAR
Verificar y evaluar el control de los costes asociados a la asistencia (insumos, farmacia, personal sanitario).	Gasto de insumos y farmacia, diagnósticos CMBD más frecuentes y GRD más frecuentes al alta para el área de ginecología y obstetricia.	Publicación trimestral de informes de gastos. Concienciar al personal sanitario del uso racional de insumos y medicamentos 100%. Iniciar el calculo de costes por procesos	No establecido.
Dar a conocer la cartera de servicios al personal y a la población.	Publicaciones anuales de la cartera de servicio del Área III.	Lograr la publicación 100% cada año.	Anual.
Optimizar el tiempo de utilización de los quirófanos.	Nº de cirugías realizadas por turno quirúrgico.	Lograr el tiempo mínimo entre cirugías 15-20 min Cirugías de 1 h (6 al día). Cirugías de 2 h (3 al día).	Tiempo definido: 15-17 minutos.
Mejorar la preparación de los pacientes y formación adecuada a profesionales.	Reingresos por morbilidad post quirúrgica / Total de reingresos. EM de morbilidad post quirúrgica / EM del total de ingresos.	Conseguir que sea menos de 2% anual. Mantener la estancia de 4 días en pacientes post quirúrgicas.	No definido. Estancia media 2,5 días.
Mejorar la satisfacción del personal facultativo mejora su motivación y la calidad de atención.	Nº de contratos de larga duración / Total de contratos.	Lograr un 100% de contratos en condiciones adecuadas , para tener al personal satisfecho que brinde atención de mayor calidad.	No establecido.
Contar con atención en exclusiva por parte de servicios sociales psicología y traductores para facilitar la atención, siempre que las pacientes lo soliciten	Incorporar al servicio atención exclusiva por: Servicios sociales Psicología Traductores	Lograr la atención oportuna.	No establecido.
Reducir el número de pruebas innecesarias (Rx tórax preoperatorios en ASA I).	Número de placas solicitadas para ASA I / Total de ASA I.	Evitar eventos adversos por indicación de pruebas innecesarias em 100% de pacientes ASA I.	Mensual.
Realizar una reestructuración y reorganización de las consultas externas adecuándolas a la demanda actual (Eje 4).	Readecuación estructural para conseguir la reducción de las listas de espera en consultas externas.	85-95% de la optimización de las consultas disminuyendo el absentismo de consultas externas.	100%.

Perspectiva de la paciente:

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	ESTÁNDAR
Mejorar la satisfacción de las pacientes incrementando los niveles de participación, adaptabilidad y comodidad.	Número de reclamaciones del Servicio / Total de reclamaciones. Número de pacientes que se declaran satisfechos con la atención / Total de pacientes atendidos	Disminuir el número de quejas y reclamaciones recibidas en atención al usuario. Menos del 10%. Realización de encuestas de satisfacción del cliente (EMCA). Revisión cada 3 meses.	1 por cada 1000.
Disminuir el tiempo de demora para la asistencia mejorando indicadores de Listas de espera	Tiempos de espera: Derivación de primaria a 1 ^a consulta. Derivación de 1 ^a consulta de realización de pruebas. De inclusión en lista de espera quirúrgica a realización de cirugía.	Mejorar el intervalo de tiempo de espera para lo descrito en indicadores.	1 ^a Consulta: 15-20 días. Pruebas: < 15 días. Prioridad: 1: <30 días 2: <90 días 3: >90 días<1 año.
Mejorar la calidad percibida por la paciente.	Total de intervenciones / Total de revisiones postquirúrgicas (seguimiento).	Asegurar corto intervalo en la atención, <15 días en citas preferentes, <30 días en primera consulta, <3 meses desde indicación de cirugía a cirugía programada, <2 meses para control post quirúrgico.	No establecido.
Conseguir un 100% de controles gestacionales normales y mejora en el diagnóstico de screening.	Screening de primer trimestre / Total de embarazos en trimestre. Nº de ecografías morfológicas / Total de embarazos en trimestre. Dx de patologías médicas sobre agregadas / total de embarazos.	Dx precoz de patologías prevenibles, tratables, mejorar su control para disminuir la morbilidad materno-fetal 95%. 100% de todos los pacientes en control gestacional.	Todos 100%
Mejorar el consejo contraceptivo.	Porcentaje de embarazos adolescentes / Total de embarazos. Porcentaje de IVEs en adolescentes / Total de IVEs.	Disminuir los embarazos no deseados en adolescentes, 95%. Disminuir IVEs, principalmente en adolescentes <2%.	Lo más cercano al 100%.
Asegurar una atención efectiva y sin riesgos para el recién nacido.	% de protocolos de acogida, de identificación, piel con piel, lactancia precoz y cuidados del cordón / Total de partos.	100% de atención para todos los recién nacidos de nuestro centro.	100%.

Se pueden ampliar los objetivos con indicadores de proceso para gestaciones patológicas como, por ejemplo, en pacientes hipertensas, con retardo de crecimiento intrauterino, macrosomas y/o morbilidad puerperal.

Perspectiva interna: productividad, seguridad:

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	ESTÁNDAR
Evitar sucesos centinelas o eventos adversos obstétricos graves en el área III.	Tasa Mortalidad materna ³³ . Tasa Mortalidad neonatal. % estallidos vaginales / Total de partos.	Intentar disminuir e incluso anular la presentación de eventos adversos que desencadene en muerte o morbilidad grave.	Lo más cerca al 0%.
Reducir la tasa de suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas	Nº de intervenciones suspendidas / Total de intervenciones realizadas.	Disminuir las suspensiones quirúrgicas.	Bueno: de 0,1- 3% ³⁴
Verificar que se cumplan las acciones instauradas del programa de buenas prácticas en cuidados.	Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados y la verificación de su cumplimiento.	Mejorar la seguridad de la paciente y aplicación del Plan de Acción para la mejora de la seguridad del paciente de la región ^{35 36} . Utilización del 98% del consentimiento informado.	Lo más cercano al 100%.
Mejorar la asistencia de la paciente quirúrgica para evitar complicaciones y reducir la morbilidad.	Porcentaje de profilaxis quirúrgica antibiótica / Total de cirugías. Porcentaje de profilaxis de tromboembolismo / Total de cirugías y pacientes con riesgo.	Reducir la morbilidad y prolongación de bajas por complicaciones quirúrgicas, <2%.	100%
Realizar una adecuación de los indicaciones de las cesáreas.	% de adecuación de cesáreas / Total de cesáreas.	Intentar asegurar una correcta adecuación quirúrgica.	OMS: 15% SNS: 21,90% SMS: 22,50%
Mejorar la indicación de los procesos ambulatorios tales como la histeroscopia diagnóstica con el fin de reducir procesos quirúrgicos innecesarios.	% de adecuación de indicación de histeroscopias quirúrgicas / Total de histeroscopias.	Optimización de recursos 95% , instaurando reducción de listas de espera histerocopia ambulatoria.	Lo más cercano al 100%.
Procurar la salud laboral del personal sanitario.	% de personal sanitario satisfecho / Total del personal. Apoyo brindado a segundas víctimas / Total de eventos adversos.	Lograr trabajadores satisfechos animados que logren una atención cálida y eficiente. Equilibrio emocional para lograr una atención optima 100%.	Cada 2 años.

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	ESTÁNDAR
Conseguir una participación del 100% de las pacientes de screening de cáncer.	% de citologías / Total de pacientes en edad de cribado. % de mamografías / Total de pacientes en edad de cribado. Biopsias endometriales / Total de pacientes de riesgo de cáncer endometrial. Ecografías pélvicas / Total de pacientes de alto riesgo de cáncer de ovario.	Disminuir la incidencia de cáncer invasor y diagnósticos precoces de cáncer que disminuyan la morbilidad.	100%.

Los estándares descritos fueron extraídos, de OMS, ACOG, SEGO y SMS.

Perspectiva de aprendizaje:

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	ESTÁNDAR
Actualización y adquisición de Avances tecnológicos.	Actualización al menos anualmente del manejo de equipo.	Capacitar y actualizar el manejo de equipos por parte del personal sanitario.	No establecido.
Mejorar la formación continuada de los profesionales y favorecer su participación.	Número de sesiones clínicas realizadas. Número de protocolos adecuados al servicio por año. Participación en cursos y talleres. Continuar la realización de sesiones clínicas diarias con discusión de casos y pases de guardia en conjunto para asegurar una comunicación interna adecuada y accesible.	Realizar sesiones clínicas quincenales. Realización de protocolos adecuando guías clínicas, c/mes. Realización de: cursos anuales, talleres y simulacros en emergencias obstétricas 2 cada año. Sesiones clínicas diarias.	Anual.
Asegurar la formación y capacitación de todo el personal sanitario, incluidos los residentes.	Indicadores del programa de formación. Talleres y simulacros. Sesiones clínicas. Trabajos de investigación. Publicaciones en medios de interés.	Preparación de residentes. Lograr la realización talleres y simulacros al menos una vez al año. Realizar sesiones clínicas semanales y casos clínicos al menos una vez al mes. Realización de trabajos de investigación. Publicaciones al menos una vez al año.	Anual.

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	ESTÁNDAR
Incorporar la investigación en la práctica diaria.	Incentivar la realización de estudios de investigación. Publicación en revistas de impacto.	1 residente - 1 estudio cada 2 años. 1 vez por año.	Anual.
Adquisición de equipo para mejorar formación y aumentar la calidad.	Crear la necesidad, justificar la obtención de Essure, morcelador.	Realización de ligaduras ambulatorias. Realización de hysterectomías/miomectomias laparoscópicas cuando estén indicadas.	Lo más cercano al 100%.
Asegurar la actualización anual de todo el personal sanitario tanto asistencia a cursos, congresos, jornadas y su posterior difusión para todo el servicio.	Realización de sesiones conjuntas entre ginecólogos pediatras, matronas y anestesia para revisión de casos clínicos. Sesiones de actualización con atención primaria. Retransmisión de sesiones clínicas, subirlas a web para ser consultadas.	Sesiones conjuntas cada 3 meses. Cada año. Cada mes, subir el 100% de las sesiones.	Anual
Creación de simulacros de actualización de patologías obstétricas para todo el personal sanitario implicado(ginecólogos, residentes, enfermeras, matronas, auxiliares, celadores).	Capacitación al 100% de los facultativos, residentes y personal sanitario en la realización de simulacros de patologías obstétricas urgentes.	100% de capacitación en el personal implicado.	Lo más cercano al 100%.
Mantener la acreditación para formación de MIR en el hospital y ser opción para docencia universitaria.	Mantener la acreditación dándole la importancia a cada evaluación y auditorías realizadas.	Preparación de las auditorias para lograr mantener la acreditación.	Bianual.

Los estándares descritos fueron extraídos según modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*)³⁷.

5. Currículum del candidato

Datos personales:

Nombre: AGUILAR DUARTE, KAREN LISSETTE

DNI: 49.971.633 Q

Teléfono: 662 453 102

E-mail: karenliaguid@hotmail.com

- COLEGIADA, desde julio 2007, con el nº 30/2861733 por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, trasladada al colegio medico de Murcia con el nº 30/2861733.
- Actualmente en Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca, Murcia (desde agosto 2007).
- Homologación del titulo de Licenciado en Medicina en España (16 mayo de 2007).
- Homologación de estudios de Especialidad de Ginecología y Obstetricia en España (4 de agosto de 2010).
- Miembro de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) nº 5798.
- Miembro de la SESPM (Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria) nº 1333.
- Miembro de la SEC (Sociedad Española de Contracepción).
- Ginecóloga-Obstetra. Experiencia laboral en ADS Pro-familia, Santa Ana, El Salvador (2005-06). Hospital Regional del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social en Santa Ana, El Salvador (2005-06).
- Profesora Colaboradora Honoraria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia desde octubre de 2009.

Formación:

2006-2007	Especialista Universitario en Senología y Patología. Universidad Complutense de Madrid
2002-2004	Residencia en Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana. Universidad Nacional de El Salvador.
2001	Servicio Social, Unidad de Salud de Texistepeque. Universidad Evangélica de El Salvador.
1997-2000	Externado e Internado Rotatorio, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. Universidad Evangélica de El Salvador.
1994-1996	Ciencias Básicas, Universidad Evangélica de El Salvador, Doctorado en Medicina.
1991-1993	Bachillerato Colegio Liceo San Luis Maristas, Santa Ana. El Salvador.
1993	Ruta Quetzal Expedición Argentaria.

Asistencia a talleres:

- 04/2002 Taller en Salud Reproductiva y Consejería Anticoncepción.
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador.
- 09/2001 Capacitación en Manejo de AMEU. El Salvador.
- 11/2005 Entrenamiento para Esterilización por Laparoscopia con sedo-analgesia,
Santa Tecla. El Salvador. ONG Pro familia.
- 07/2015 Taller de simulación en Urgencias Obstétricas. HGURM.
- 06/2016 Taller de Habilidades en Laparoscopia. Área III, Lorca.

Asistencia a seminarios, congresos y jornadas:

- 09/2002 VII Jornada de Ginecología y Obstetricia.
- 11/2003 Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. El Salvador.
- 11/2004 Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia.
- 10/2004 Jornada de Ginecología y Obstetricia de Occidente. El Salvador.
- 09/2004 Jornada de Ginecología y Obstetricia de Oriente. El Salvador.
- 09/2005 Jornada Académica ASOGOES Uro-ginecología y Endocrinología.
Ginecológica. El Salvador.
- 03/2007 II jornada científica sobre pacientes con linfedema en la
Comunidad de Madrid.
- 05/2007 Avances en el Diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Mama.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
- 05/2008 VIII Jornada Controversias en Ginecología Biología molecular y Genética.
Asociación Española contra el Cáncer.
- 12/2009 Seminario sobre Yodo Embarazo y Lactancia y su repercusión
sobre el tiroides, Área III Servicio Murciano de Salud.
- 10/2011 I Jornada de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y
Ginecología del HGURM.
- 06/2011 II Jornada Internacional de Unidades de Patología Mamaria.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.
- 11/2011 XXII Reunión de la Sociedad Ginecológica Murciana.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.
- 11/2012 II Jornada de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y
Ginecología del HGU Rafael Méndez de Lorca.
- 11/2013 III Jornada de Suelo Pélvico, HGURM
- 06/2014 III Jornada de Actualización en Patología Ginecológica.
Manejo Práctico Multidisciplinar de la patología ovárica.
Área de Salud II del SMS (Cartagena).

- 11/2014 IV Jornada de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología, HGURM.
- 10/2015 V Jornada de Suelo Pélvico del servicio de Obstetricia y Ginecología, HGURM.
- 04/2016 Asistencia al XIII Congreso de la Sociedad Española de Contracepción.
- 04/2016 Certificado de asistencia a la actividad “una mirada sobre la anticoncepción. ¿Qué está pasando con la ley de salud sexual y reproductiva?” Congreso SEC.

Charlas impartidas:

- 11/2008 1 hora del Curso Básico de Cuidados a Mujeres.
- 02/2012 Patología mamaria en HGURM.
- 2016 Actualización en métodos anticonceptivos para HGU Rafael Méndez.
- 2016 Actualización en métodos anticonceptivos para médicos de primaria en Lorca Centro.
- 11/2016 Taller práctico de Implanon, en el IV congreso de matronas de la Región de Murcia.

Sesiones clínicas:

- 09/2012 Actualización del suelo pélvico en el HGU Rafael Méndez.
- 09/2012 Sesiones clínicas de Obstetricia sobre Patología del primer trimestre del embarazo.
Protocolo de actuación del tratamiento médico del aborto, protocolo de actuación del tratamiento del embarazo Molar, protocolo de actuación en el tratamiento medico del embarazo ectópico, en el HGURM.
- 10/2016 Sesiones clínicas sobre Higiene de manos en paritorio

Otros estudios y cursos:

- 03/2003 Curso de Reanimación Neonatal. El Salvador.
- 07/2007 Estudios en Ecografía nivel II y III en Hospital Clínico San Carlos Madrid.
- 02/2008 Consenso sobre reconstrucción mamaria.
- 04/2009 La ecografía de las 11-13 semanas y el diagnóstico prenatal de primer trimestre. Aula Clínic, Barcelona (10 horas).
- 10/2009 Eco-Cardiografía fetal. Aula Clínic, Barcelona.
- 03/2009 Curso Básico de cuidados a mujeres.
Área III Salud Servicio Murciano de Salud.

- 11/2009 Curso de Formación VPH y cáncer de cuello uterino. Murcia.
- 03/2010 Curso Clínic de Formación Continuada sobre Endocrinología ginecológica y reproducción humana y patología ginecológica benigna. Barcelona.
- 03/2010 Curso Ecografía Morfológica fetal. Aula Clínic. Barcelona.
- 10/2010 Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales en riesgo biológico en el Ámbito Sanitario. Edición 7. Servicio Murciano de Salud y Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.
- 10/2010 Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario. Edición 7. Servicio Murciano de Salud y Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.
- 11/2010 Curso de Prevención del Cáncer Cervical: Vacunación y Colposcopia. AEPCyC.
- 04/2011 Curso online Comunicación clínica básica para OBSTETRAS.
- 05/2011 Curso de Radiología Básica de la Mama (40 horas). Instituto de Postgrado de Estudios de Medicina y Salud.
- 11/2011 Iniciación al abordaje multi-disciplinario del Cáncer de mama. Hospital Universitario La Paz.
- 12/2011 Curso online de Ecografía Básica de la Mama. UAB.
- 02/2012 XIX Workshop Práctico de Histeroscopia Quirúrgica. H. U. Clínic de Barcelona.
- 02/2012 Curso online sobre Anemia Ferropénica del Embarazo. Área Científica Menarini.
- 03/2012 Curso online sobre Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica. UAB.
- 04/2012 Sesión Monográfica para Residentes sobre “Introducción al tratamiento con opiáceos”. HGU Rafael Méndez de Lorca.
- 04/2012 Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales en Riesgo Biológico en el Ámbito Sanitario. Servicio Murciano de Salud.
- 05/2012 Módulo 1: Embarazo, parto y puerperio normales. Preguntas clave, respuestas concretas en M. materno-fetal. Ferring.
- 07/2012 Curso como escribir un artículo de investigación y conseguir publicarlo.
- 09/2012 Curso Básico de Medicina Fetal: Ecografía Morfológica. H.U. Clínic BCN.
- 10/2012 Curso de Candidiasis vulvovaginal. Univadis.
- 06/2013 III Curso de Cirugía Ecoguiada de Mama. UA de Barcelona y H. Vall d'Ebron.
- 11/2013 Curso online de Formación Médico Continuada: Curso Integral de Anticoncepción. 5 Módulos. semFYC.
- 2013/14 Curso online de Actualización en Menopausia. 3 Módulos. Asoc. Española para el Estudio de la Menopausia.

2013/14	E Medical Curso de Osteoporosis. semFYC.
2013/14	Control online: manejo de la emesis post quimioterapia desde una perspectiva multidisciplinar.
01/2014	Módulo 2: Embarazo, parto y puerperio normales. Preguntas clave, respuestas concretas en M. materno-fetal. Ferring.
04/2014	Curso online de actualización en Cáncer de Mama (Tratamiento). Fundación Dexeus y UA de Barcelona.
04/2014	Curso online de formación medica continuada: Electrocardiografía Clínica.
05/2014	Curso online Experience Patología en el Embarazo. H. Vall d'Ebron.
06/2014	Curso online formación medico continuada: control del asma en España y optimización de herramientas de control.
06/2014	Oncología y Atención Primaria. Programa ONCOL-AP. Curso de F.M.C.
12/2014	Curso online Actualización Patología Cervical.
2014/15	Curso multimedio online de medicina preoperatorio de formación medico continuada. <ul style="list-style-type: none">• Módulo I: Valoración Cardiológica I y II• Módulo II: Transfusión sanguínea. Hemostasia.• Módulo III: Valoración Endócrina.• Módulo IV: Valoración en Obstetricia.
2014/15	Artrosis tipo II: La artrosis de la Mujer Menopáusica.
02/2015	Curso online: Relación Medio-paciente: el medico ante situaciones difíciles.
06/2015	Papel e implicaciones de la Salud Materna en el desarrollo fetal y su efecto en la salud del adulto. Curso online.
10/2015	Curso pre congreso Patología benigna en el 2º Congreso Español de la mama.
10/2015	Asistencia al 2º Congreso Español de la mama.
2015/16	Curso online de salud vaginal atrofia vulvovaginal.
2015/16	Curso de formación continuada online Etiopatogenia y tratamiento de la infección del tracto urinario inferior.
2015/16	Curso online Amenaza de parto pre termino, Inducción al Parto, Prevención de la Hemorragia Post parto.
2015/16	Curso online de Reproducción humana para Médicos de Atención Primaria y Ginecólogos. MSD.
2015	Curso formativo sobre la inserción y extracción de Implanon NXT.
02/2016	Curso online Enfermedad placentaria, crecimiento intrauterino restringido y pre eclampsia. Fundación Medicina Fetal Barcelona.

- 03/2016 Curso online “Patologías del inmigrante: Enfermedades importadas y Localización geográfica”.
- 04/2016 Curso online de Patología vaginal en la menopausia. Saned.
- 04/2016 Curso online de Manejo de las verrugas ano genitales o condilomas acuminados. Saned.
- 04/2016 Curso online Nutrición e hidratación en embarazos especiales, Saned.

Simposios:

- 03/2010 XXIV Symposium Anual sobre Actualización en Ecografía Obstétrico Ginecológica.
- 06/2016 V Simposio SOMUCA “REFORMA SANITARIA: 30 AÑOS DESPUES ”

Otros:

- 02-06/2013 Estancia formativa en la Unidad de Mama del Hosp. Morales Meseguer de Murcia.
- 09/2015 Titulo de Experto en Exploración Ginecológica y Patología Mamaria y vulvar. Formación continua de la Universitat de Barcelona.
- 04/2016 Titulo Experto en Radiología de la mama. Formación continuada de la Universidad de Barcelona.

Trabajos de investigación:

- Esterilizaciones Post-Parto con Anestesia General vs Pseudo analgesia en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. 2002. El Salvador.
- Ventajas y Desventajas del Legrado por AMEU vs LUI en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. 2003. El Salvador.
- Eficacia de Mesygest en usuarias del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. 2004. El Salvador.
- Cáncer de Mama en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. 2001 a 2005. El Salvador.
- Perfil de la usuaria de Implantes subcutáneos en el Área III, del 2008 al 2015.
- Conocimientos de los Métodos LARC del personal Facultativo y Matronas del área III, 2015.

Comunicaciones:

- A propósito de un caso. "Grandes Miomas Uterinos". 2011. HGU Rafael Méndez, Lorca (Murcia).

- Concomitancia de Patologías Mamarias de diferente pronóstico a propósito de un caso. 2012. HGU Rafael Méndez, Lorca (Murcia).
- Carcinoma escamoso de vulva, a propósito de un caso. HGURM, febrero 2016. Co-autora.
- Lesiones precancerosas de vulva. HGURM Febrero 2016. Co-autora.
- Distribución de la patología vulva en el área III según Anatomía Patológica de 2010-2014. HGURM. Febrero 2016. Co-autora.
- Mioma Gigante: S. Anorexia-caquexia. HGURM, febrero 2016. Co-autora.
- Perfil de usuaria de MSG de tipo Implante subcutáneo en el área III, SMS. Primer autor.
- Predilección de Métodos anticonceptivos por los Facultativos especialistas de Ginecología y Matronas del área III, SMS, y su experiencia con métodos de larga duración y MSG. Co-autora.

6. Perfil profesional de un jefe de servicio

6.1. Perfil profesional

Un jefe clínico debe cumplir los siguientes criterios:

1. Ser un líder: capaz de generar confianza en los demás, empática.
2. Conocimientos médicos.
3. Conocimientos jurídicos.
4. Comunicación, saber escuchar todas las partes implicadas cuando surja algún problema.
5. Interés por bienestar por el personal.
6. Resolutivo
7. Que sea objetivo.
8. Valores ético-morales acordes con los de la institución.

La Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud³⁸, da las pautas para la elección de un jefe de departamento.

En principio, tanto la selección como la provisión de plazas del personal estatutario de los servicios de salud están sujetas a una serie de principios y criterios generales.

El Gobierno desarrolló, mediante Real Decreto, las normas contenidas en esta disposición, determinando los requisitos exigibles para participar en los procesos de provisión de este tipo de puestos, la composición de los Tribunales que hayan de juzgarlos, así como los criterios de valoración del currículum profesional y del proyecto técnico. Se regulará así mismo el sistema de evaluación, la composición de las Comisiones Evaluadoras y los criterios para llevar a cabo tal evaluación una vez concluido cada período de cuatro años, atendiendo a los principios de mérito y capacidad. Para todo ello, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Contar con plaza en propiedad, antigüedad y méritos.
2. Renovable cada 4 años.
3. Convocatoria pública en la que se incluyen méritos propios, concurso-oposición donde se toma en cuenta currículum.
4. Destrezas de liderazgo.
5. Conocimiento legal de responsabilidad: penal, civil, disciplinaria, deontológica, patrimonial o de las administraciones públicas.
6. Que cuente con un plan estratégico, con mejoras para el servicio.
7. Habilidades y destrezas.

6.2. Funciones del jefe/a clínico.

Como jefa de Servicio intentare realizar las siguientes funciones, ya descritas en el artículo 46 Real Decreto 75/1990, de 4 de octubre:

- Planificar, dirigir, coordinar, informar y controlar la marcha de su Servicio de acuerdo a los objetivos del mismo y a las normas establecidas.
- Organizar, asesorar e informar de forma permanente al director médico en asuntos relativos a la asistencia en su Servicio.
- Formar parte de la Comisión de Dirección del hospital y de comités de ética de seguridad de la paciente de calidad, de servicios jurídicos, infecciones nosocomiales, de mama, de comisiones quirúrgicas.
- Proponer el plan de objetivos y necesidades anuales al Director Gerente en relación a su Servicio. Las normativas y sistemas de organización de la asistencia médica encaminados a conseguir la máxima eficiencia de los Servicios a su cargo. Disposición de las normativas y sistemas de organización de la asistencia médica encaminados a conseguir la máxima eficiencia de los Servicios a su cargo.
- Coordinar sus actividades con el resto de Jefes de Servicio en aras a mejorar la asistencia.
- Promover la investigación, la docencia y la formación continuada en su Servicio así como la participación de los Médicos de su Servicio en la evaluación de la calidad asistencial del hospital.

Como jefe de Servicio, practicar la responsabilidad de la Organización en general.

Contamos con consultas multifunción lo que modifica el tiempo requerido según la SEGO³⁹:

- Organización ecográfica del control gestacional: De la consulta de primer trimestre y la incorporación del cribado de cromosomopatías, describiendo todo el proceso de captación, información de pacientes, indicación de pruebas invasivas según resultados. Los puntos clave son seguir las recomendaciones de la *Fetal Medicine Foundation* en la medición de la translucencia nucal. El cribado combinado proporciona una oportunidad para adelantar resultados. Ecografía morfológica del segundo trimestre y del tercer trimestre.
- Velar por la actualización del personal en la adquisición de habilidades ecográficas.
- Organización de la ecografía obstétrico ginecológica: Se describen el número de ecografías por evaluador por día y el tiempo destinado a cada exploración, cosa que la mayoría de las veces no se contabiliza, se tienen consultas sobrecargadas. En nuestro servicio se cuenta con ecógrafo en todos los servicios, por lo que la consulta se acompaña de ecografía. Y en el

control obstétrico se realizan como mínimo de tres ecografías por paciente, uno por trimestre.

- Organización de la asistencia Obstétrica: Nuestra consulta cuenta con servicio de urgencia, el paritorio actualmente en obras, pero se habilitara en la zona de hospital de día , un paritorio , con zonas de dilatación, y acceso a quirófano así como la disposición de un quirófano para la atención de partos con riesgo o instrumentales, pruebas de parto, etc. No se cuenta con consulta de patología obstétrica o de controles de riesgo, se tiene que hacer uso de urgencias para realizar muchas veces la consulta de patología del embarazo, controles de beta e incluso controles de mola por carecer de una consulta específica para este tipo de pacientes.
- Recomendaciones para el diagnóstico precoz y el cribado del cáncer de cuello de útero. Se realizan tomas de Citologías cérvico-vaginales desde el inicio de las relaciones sexuales, y ante la presencia de cérvix sospechosos.
- El cribado se rige por criterios de eficiencia y está basado en la asistencia primaria, la edad de inicio del cribado es 30 años y los controles con citología negativa cada 3 años.
- Educación frente a la vacunación contra VPH: El seguimientos y protocolos son los que realiza la unidad de patología cervical y son distribuidos por la Región de Murcia.
- Gestión de lista de espera quirúrgica: Las listas de espera son inherentes a los SNS, están influenciadas por diferentes factores sobre los que se pueden actuar, debe primar la ética profesional por encima de intereses políticos y económicos.
- Uso racional de los quirófanos: Se debe llevar un recuento de las indicaciones, del tiempo estimado quirúrgico programar acorde a las habilidades de cada cirujano o realizar grupos quirúrgicos, llevar un control de programación suspensiones, prolongación por complicaciones, complicaciones, rendimiento así como la lista de espera quirúrgica.
- Manejo de la cirugía mayor ambulatoria: Actualmente no disponemos de quirófano exclusivo para CMA. Cada unidad de cirugía mayor ambulatoria debe establecer sus criterios de inclusión y exclusión en función de sus posibilidades.
- Realización, actualización y continua revisión de la historia clínica informatizada: Realizar mejoras para el uso práctico de las historias y de toda la información; Contamos con el sistema de informatización “Selene”.
- Velar por la calidad y su mantenimiento: Mejorar la información es una de las metas del Plan de calidad. La información es clave para que el paciente pueda valorar su situación y es un medio para mejorar la asistencia sanitaria. El jefe de servicio deberá liderar e introducir prácticas de gestión elementales para crear un marco organizativo en el que se pueda realizar una práctica clínica segura para las pacientes.

- Intentar la acreditación de servicio de Obstetricia y Ginecología: Oportunidad de detectar zonas de mejora en los circuitos y procesos asistenciales, de manera que tras las estrategias adecuadas, se mejore la calidad del producto final.
- Mantener la formación continuada en todo el personal del servicio.
- Realizar docencia e investigación: Aportar ideas en trabajos de investigación, apoyar a Docencia, y realizar continua preparación. Buscar realización de tareas, jornadas en el área.
- Coordinar el servicio del área de atención primaria y facilitar su acceso para resolver dudas y continuidad de manejos, también mejorar la comunicaciones inter áreas dentro del mismo hospital.
- Disposición de personal: Intentar acomodar al personal con una distribución equitativa.
- Petición de innovaciones y nuevos fármacos: Actualización de nuevas técnicas quirúrgicas y transmitir la información a todo el personal del Servicio.

Documentos adjuntos:

Adjunto 1. Consentimiento informado para asistencia al parto vaginal con cesárea previa.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI N°

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI N°

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de que existe la posibilidad de un parto por vía vaginal, a pesar del hecho de haber sido sometida con anterioridad a una cesárea previa:

1. Después de una cesárea, el parto vaginal puede tomarse en consideración en algunos casos, a juicio de mi tocólogo, sobre todo si la causa de la cesárea anterior no persiste actualmente.

En mi caso, la indicación que condicionó la primera cesárea fue

2. **No es aconsejable** un parto por vía vaginal con cesárea previa, en caso de embarazo múltiple, presentación fetal anormal, patología fetal, o persistencia de la circunstancia que indicó la primera cesárea o siempre que haya dudas sobre la condición de la cicatriz de la cesárea anterior.

3. En el caso de una cesárea previa, debido a la cicatriz del útero, existe el **riesgo** de una dehiscencia y/o rotura uterina debido a la presencia de un tejido cicatricial. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 100. Los síntomas de dicha rotura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración y quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones). En otras ocasiones dicha rotura puede ser de presentación aparatosa y muy rápida, con repercusiones muy graves para la madre y el niño.

4. **Anestesia:** El tipo de anestesia si fuera necesaria médicaamente o en caso de administrarse anestesia epidural será valorada por el equipo de anestesia, habiendo sido informada que la analgesia no epidural puede enmascarar los síntomas de rotura uterina.

5. Si se produjese una rotura uterina entre los riesgos que asumo y acepto, se incluyen hasta la muerte del feto y la probable extirpación urgente del útero con sus consecuencias y riesgos propios de la operación, entre ellas la imposibilidad de futuras gestaciones y pérdida de la menstruación, hemorragia interna con shock hipovolémico y trastornos de la coagulación, necesidad urgente de transfusión, infecciones y lesiones de órganos pélvicos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos de la propuesta de asistencia al parto vaginal con cesárea previa.

Adjunto 1. (sigue)

Y en tales condiciones

CONSENTO

En que se intente un parto vaginal aunque se me ha ofrecido la opción de realizar una cesárea programada.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE..... AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)
CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

DON/DÑA: DE..... AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)
CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)
DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

Adjunto 2. Consentimiento informado para inducción al parto.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA PROGRAMADA

Nº Historia:

Doña: (NOMBRE Y DOS APELLIDOS) de años de edad

Con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña: (NOMBRE Y DOS APELLIDOS) de años de edad

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Doña: (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A..... (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN

Me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una CESÁREA PROGRAMADA.

1. La cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la **extracción fetal por vía abdominal**.

2. El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de mi gestación y/ o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre o para el feto, y, por lo tanto, no existen otras alternativas que ofrezcan mayores garantías para mi futuro hijo y para mí.

En mi caso concreto, la indicación es

3. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que de una modalidad de parto se trata), tales como: hemorragia, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada, y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son: fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y/ o eventración posquirúrgica.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

4. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

5. **Anestesia:** La cesárea requiere anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia, y también atención especializada del recién nacido de forma inmediata a su extracción, por personal cualificado.

6. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Adjunto 2. (sigue)

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice una CESÁREA PROGRAMADA

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)
DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

Adjunto 3. Consentimiento informado para inducción al parto.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

Nº Historia:

Doña: (NOMBRE Y DOS APELLIDOS) de años de edad

Con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña: (NOMBRE Y DOS APELLIDOS) de años de edad

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Doña: (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A..... (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una INDUCCIÓN DEL PARTO.

1. La inducción del parto consiste en proceder a la **finalización de la gestación**, bajo vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado, siendo los más frecuentes de forma individual o combinada:

- a. Rotura de la bolsa amniótica.
- b. Administración intracervical de gel de prostaglandinas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
- c. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguna de las anteriores.
- d. Administración de prostaglandinas intramusculares o intravenosas, que sólo se emplean para la inducción de fetos muertos.

2. A pesar de que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus **riesgos** no son elevados, no se puede considerar que los diferentes procedimientos no puedan condicionar complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:

- a. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las veinticuatro horas de la rotura de la bolsa amniótica.
- b. Aparición de un sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, no siendo su riesgo mayor al del parto no inducido.
- c. Fracaso de la inducción.
- d. Rotura uterina, complicación muy infrecuente, cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
- e. Prolapso de cordón, complicación rara que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal, no siendo su incidencia mayor que en el parto no inducido.
- f. La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño.

3. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Adjunto 3. (sigue)

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice una INDUCCIÓN AL PARTO

En

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE..... AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)
CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

DON/DÑA: DE..... AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)
CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)
DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

Bibliografía:

- 1 BOE (Boletín Oficial del Estado) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 1986;102:15207-24 (Ref. BOE-A-1986-10499) [consultado nov 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- 2 BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003;128. (Ref. BOE-A-2003-10715) [consultado nov 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- 3 Jiménez-Martín S, Viola AA. Segundo informe del Observatorio de Sanidad FEDEA. Octubre 2016. [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-30.pdf>
- 4 OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 España en comparación [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ESPANA-2014-in-Spanish.pdf>
- 5 BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. 1990;126:14527-32 (Ref. BOE-A-1990-11733) [consultado nov 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/05/26/pdfs/A14527-14532.pdf>
- 6 BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. 1994;243:31657-65 (Ref. BOE-A-1994-22255) [consultado nov 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1994/10/11/pdfs/A31657-31665.pdf>
- 7 Murcia Salud. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Datos generales del centro [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=6275&idsec=977>
- 8 INE (Instituto Nacional de Estadística). Población por provincias y sexo [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2852&L=0>
- 9 Murcia Salud. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=1055>
- 10 BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se convocan para su provisión mediante el sistema de libre designación, diferentes puestos de dirección de este organismo [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=741077>
- 11 INE (Instituto Nacional de Estadística). Estadísticas del padrón continuo. Datos por municipios [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p05/a2016/l0/&file=00030001.px&L=0>
- 12 Murcia Salud. Área III SMS: Zonas básicas de salud adscritas, centros de salud y consultorios [consultado nov 2016]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=3&idsec=410

- 13 Murcia Salud. Área III SMS: Recursos Humanos [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=213643&idsec=142>
- 14 Murcia Salud. Área III SMS: Recursos Estructurales [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=6275&idsec=977>
- 15 Berna 10 Arquitectos. Reforma interior del Hospital General Universitario Rafael Méndez: Mapa de proyecto [consultado nov 2016]. Disponible en: http://www.berna10.com/hospital_10_rafael.html
- 16 Murcia Salud. Más de 40 neonatos se benefician de la puesta en marcha del centro de atención a la donante de leche materna del hospital Santa Lucía [consultado nov 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=362017>
- 17 Lactando (Grupo de apoyo a la Lactancia Materna de la Región Murcia). ¿Qué es Lactando? [consultado nov 2016]. Disponible en: www.lactando.org
- 18 Fundación Red Madre. ¿Quiénes somos? [consultado nov 2016]. Disponible en: www.redmadre.es
- 19 AECC (Asociación Española Contra el Cáncer). Junta Provincial de Murcia. [consultado nov 2016]. Disponible en: www.aecc.es
- 20 Informe regional. CMBD, 2014. Obstetricia y Ginecología. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1517. Murcia: Consejería Sanidad; 2015. [consultado nov. 2016]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2338&idsec=88
- 21 Obstetricia y Ginecología: Fin del ciclo de retracción de la demanda. 2009-2013, Región de Murcia. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1518. Murcia: Consejería Sanidad; 2015. [consultado nov. 2016]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/332916-1518_Cambio_tendencia_OBG.pdf
- 22 INCLASNS (Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud). Tasa de cesáreas [consultado nov. 2016]. Disponible en: inclasns.mssi.es
- 23 Yepes, A., Sarrias, A., López, P., García, R. Y Costa, M., Evolución de la atención a gestantes con cesárea anterior en HGU Rafael Méndez en los últimos 7 años, Lorca (Murcia), 2015. [consultado nov. 2016]. Disponible en: http://www.ginecologiamurciana.es/files/XXV/Evolucion_de_la_atencion_a_gestantes_con_cesarea.pdf
- 24 BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Tasas a Abonar y precios públicos [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=725195>
- 25 MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) Asistencia especializada en consultas [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/AE-1-EspecializadaConsultas.htm>
- 26 PIN (Portal inteligente de Negocio) SMS, Departamento de Calidad, HGU Rafael Méndez de Lorca [consultado nov. 2016]. No disponible para acceso libre.

- 27 Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención a la Mujer (PIAM). 1^a ed. Murcia: SMS; 2012. [consultado nov. 2016]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/266164-PIAM_2012.pdf
- 28 BOE (Boletín Oficial del Estado). 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. 2002;274:40126-32 (BOE-A-2002-22188) [consultado nov. 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- 29 Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. [consultado nov. 2016]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf
- 30 INE (Instituto Nacional de Estadística). Proyecciones de la población de España: 2014-2064 [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- 31 Área Sanitaria VIII, Gerencia, Unidad de Calidad, Hosp. Valle del Nalón, SS Principado de Asturias, 2012. [consultado nov. 2016]. Disponible en: www.gestionclinica.sespa.es
- 32 Bisbe J, Barrubés J, El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias, Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):919-927. [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/el-cuadro-mando-integral-como/articulo/90154891/>
- 33 SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. [consultado nov 2016]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Indicadores_de_calidad_asistencial_en_Ginecologia_y_Obstetricia.pdf
- 34 Galván A, Flores G. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2006;7(2):59-62. [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg062c.pdf>
- 35 Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente. Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente 2012/16. Ed. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2012. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/247037-PAMSP.pdf>
- 36 Agra Y. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud - Período 2015-2020. Madrid: MSSSI; 2015. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf?cdnv=2

-
- 37 Astier MP, de Val I, Gost J, Silvestre MC, Larrayoz M, Chivite M, Galíndez A. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. Rev Adm Sanit 2004;2(3):485-507. [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/sistema-informacion-ae/sistema-informacion-ae-lectura-2.pdf>
 - 38 BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud. 1999; 239:35681-7 (BOE-A-1999-19853) [consultado nov. 2016]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/06/pdfs/A35681-35687.pdf>
 - 39 Álvarez M, Antolín E, Bajo JM, Bermejo JI, Borrell A, et al. Recomendaciones para la organización de un servicio de ginecología y obstetricia, Documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO, Ed. Madrid: Equium, 2011.