

# COMUNICACIONES ORALES

## MESA 1

### Gestión por procesos

#### RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DAR ASISTENCIA. HOSPITALIZACIÓN, EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

C-002

V. Martínez-Ibáñez, M.A. González-Ibáñez, J. Lloret, J. Regas y P. Pérez-Company

**Palabras clave:** Reingeniería, Implantación, Procesos.

**Objetivos:** Implantar el procedimiento de hospitalización de cirugía pediátrica, proceso dar asistencia, que previamente se había diseñado con un método de reingeniería, para incrementar el valor añadido al cliente, reordenar las actividades de los profesionales para que se realicen fluidamente con el mínimo de errores.

**Métodos:** 1) Creación del grupo de mejora. *Actividades:* Difundir el proyecto. Determinar los aspectos a implantar. Identificar responsabilidades. Seguir la implantación. Corregir desviaciones. 2) Plan de comunicación. Informar a los Directivos. Sesiones informativas a los profesionales implicados. Sesiones de trabajo con responsables de procesos relacionados. 3) Seguimiento. Se realizan dos estudios: a) Percepción de la situación, de carácter subjetivo por los miembros del grupo. Técnica nominal de grupo. Información del grado de implantación en cuatro niveles. b) Estudio de evaluación descriptivo, observacional, concurrente. Técnicas autoevaluación, auditoria. 4) Mejora. a) Se realiza por el grupo conforme se van obteniendo resultados, detectando problemas y buscando soluciones. b) On-line en el momento que se producen por los responsables.

**Resultados:** Estudio de percepción subjetivo. Aspectos que a tres meses de la implantación no se han conseguido o se están implantando con lentitud: Pacientes urgentes sin brazalete de identificación, urgentes sin historia clínica, historias desordenadas al ingreso, no ingresos en horarios previstos, listados incompletos, acogida sin gestora de cuidados, retorno de familiares para confirmación del alta, programación manual de pruebas y consultas. Aspectos completamente implantados: Traslado de pacientes por el celador, horarios del pase de visita, la pre-alta y alta, programación de pruebas y consultas sin desplazamiento del paciente, ordenación de historias clínicas, atención telefónica y sesiones de trabajo. Estudio de evaluación. Con índice bajo: 67% Ingresan en horario previsto, 75% llevan brazalete, 16,85 hay historia preordenada, 66,66 tienen hoja informativa. Mayor índice: 100% valoración y planificación de cuidados, 100% historia ordenada, cerrada y enviada a archivos en 48h, 96,96 notificación de pre-alta.

**Conclusiones:** A tres meses de haber comenzado la implantación la mayoría de los aspectos están conseguidos debido a que los directivos del área están implicados y los profesionales motivados. Las mayores dificultades están en los aspectos relacionados con los procesos proveedores o los tienen relaciones y dependencias directas como el proceso gestionar clientes.

#### GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS EN EL CONSEJO ESTATAL DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, JALISCO, MÉXICO

C-001

A. Martínez, L. Morán, J. Riebeling, I. Córdova, S. Sánchez y F. Preciado

**Palabras clave:** Gestión Por Procesos.

**Objetivos:** Proponer una metodología para la gestión y mejora de los procesos en los servicios sanitarios.

**Métodos:** Con base al ciclo Shewart-Deming se desarrolla la siguiente propuesta metodológica: *Planear:* Procesos a gestionar, a) Diagnóstico situacional: identificar necesidades, demandas y expectativas del usuario, b) Criterios de selección, c) Mapeo de procesos, (tipos de procesos), d) Misión, visión y objetivos del área o servicio. *Hacer:* Diseño y análisis de procesos, a) Diseño de procesos con base a necesidades, demandas y expectativas del usuario, b) Análisis procesal: definición funcional del proceso; límites del proceso; tipificación de actividades sustantivas; responsable (s) de realizar la actividad; elaboración del diagrama de flujo; establecimiento de requisitos de calidad. *Verificar:* Evaluación, medición y monitorización, a) Enfoques de la evaluación: estructura, proceso y resultados, b) Parámetros de medición: indicadores y estándar, c) Construcción de indicadores, d) Sistema de monitorización; de indicadores gráficos de control. *Actuar:* Rediseño y Benchmarking: a) Rediseño (reingeniería) de procesos, b) Benchmarking.

**Resultados:** La propuesta metodológica se desarrolló en el Consejo Estatal de Trasplantes de órganos y tejidos dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco, México. La metodología se aplicó al macroproceso de procuración-donación trasplante de órganos y tejidos con fines terapéuticos, obteniéndose como producto un manual de procesos que fue adoptado por el sistema nacional de trasplantes de órganos y tejidos en México.

**Conclusiones:** 1) La metodología es aplicable a cualquier tipo de procesos. 2) El desarrollo de la metodología en forma participativa mejora la comunicación y el trabajo en equipo. 3) La aplicación del manual de procesos propuesto facilitará la estandarización, el análisis y la mejora de los procesos asistenciales.

#### ¿ES POSIBLE ESTABLECER UN MODELO DE "PROCESO DE BIBLIOTECA" APLICABLE A CUALQUIER BIBLIOTECA HOSPITALARIA?

C-003

R. Valverde, E. Grifol e I. Martínez-Hervas

**Palabras clave:** Tqm, Quality Improvement.

**Objetivos:** Definir y describir el proceso "biblioteca hospitalaria" con el fin de servir como modelo de desarrollo del proceso a cualquier biblioteca hospitalaria.

**Métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica y documental sobre: la gestión por procesos, mejora continua, indicadores, en bibliotecas. *Tormenta de ideas:* para definir la misión e indicadores fundamentalmente y adoptar la metodología IDEF para la representación gráfica. El estudio se ha realizado desde tres bibliotecas (2 de Madrid y 1 de Gipuzkoa) utilizando el correo electrónico para intercambio y estudio de la distinta información obtenida. Para establecer el consenso se hizo una única reunión definiéndose en ella la misión e identificación de clientes, establecimiento de indicadores y representación gráfica del proceso. El hecho de que una de las bibliotecas participantes estuviera certificada según UNE EN ISO 9001:2000 ha favorecido la validación de indicadores.

**Resultados:** Definimos la misión del proceso de biblioteca como: "proporcionar de manera eficiente el acceso a la información especializada para el desarrollo de la actividad asistencial, docente e investigadora, así como la formación sobre los recursos bibliográficos y/o documentales".

*Identificación de clientes:* internos (profesionales del hospital, incluyendo en éstos a MIR, estudiantes en prácticas, investigadores) y externos (otras bibliotecas y/o estudiantes de ciencias de la salud). Se determinan los siguientes indicadores: *De actividad:* número de documentos suministrados, número de búsquedas bibliográficas efectuadas, número de actividades formativas realizadas. *De calidad técnica:* demora en la entrega del documento solicitado, demora en la entrega de la búsqueda bibliográfica, % de solicitudes de documentos no resueltas (especificando el motivo), % de formación realizada / formación planificada. *De calidad percibida:* resultados de encuestas a usuarios, resultados de metodología aplicada para conocer la percepción del cliente, resultados de evaluación de las actividades formativas. *De Coste:* costes de documentos solicitados y suministrados. Se realiza el diagrama del proceso identificando los diferentes subprocesos comunes a cualquier biblioteca hospitalaria (búsqueda de información, formación, gestión del fondo bibliográfico).

**Conclusiones:** Con esta metodología se ha establecido un modelo adaptable a todas las bibliotecas hospitalarias que servirá para aplicar la mejora continua a través de la gestión por procesos.

## DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CÁNCER DE MAMA

C. Rayón, P. Menéndez, R. Cofiño y C. Natal

# C-004

**Palabras clave:** Gestión Por Procesos.

**Objetivos:** La preocupación por la atención al cáncer de mama se refleja en que ha sido identificado como un problema sujeto de intervención en el Proyecto de Plan de Salud, ha sido incluido como un Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) en las Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria y los objetivos de este PCAI han sido recogidos en los contratos programa. Actualmente se dispone de herramientas eficaces para disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen cáncer de mama, hacerlas efectivas depende de los esfuerzos organizativos de las administraciones y de los profesionales sanitarios. El diseño del proceso asistencial de atención al cáncer de mama pretende mejorar su atención en la Comunidad Autónoma.

**Métodos:** 1) Constitución del grupo de trabajo formado por las personas que tienen la responsabilidad de la atención al cáncer de mama en Planificación y Gestión. 2) Revisión bibliográfica de la evidencia científica. 3) Identificación de los problemas prioritarios de la atención. 4) Elaboración de recomendaciones clave. 5) Descripción de procesos asistenciales (objetivo, límite inicial y límite final, resultado, propiedad del proceso, guías, agentes, recursos y procesos de apoyo) y representación gráfica de los mismos siguiendo el método IDEFO. 6) Aprobación por las autoridades sanitarias y por el Comité Asesor del Cáncer de mama.

**Resultados:** En el mapa de procesos se identificaron procesos estratégicos, cuatro procesos clave y procesos de apoyo. Se define el proceso general, se describen los procesos clave: diagnóstico, valoración, tratamiento y seguimiento y sus subprocesos correspondientes. Los procesos han sido diseñados de acuerdo a la evidencia científica disponible y a la solución de los problemas identificados. Los problemas identificados fueron: Demoras diagnósticas y terapéuticas. Identificación del profesional de referencia. Apoyo psicológico. Información a pacientes, familiares y profesionales. Seguimiento orientado a la búsqueda de enfermedad metastásica.

**Conclusiones:** La gestión del proceso asistencial nos ha permitido: 1) Conseguir un consenso en cuanto a como debe realizarse la atención al cáncer de mama en la Comunidad Autónoma 2) Objetivar el modelo de atención al que deben adecuarse los centros de atención sanitaria en la siguiente etapa. 3) Establecer un plan que permita mejorar la eficiencia de los esfuerzos que se realizan en su atención, mediante la racionalización de la utilización de recursos y la disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

## DESPLIEGUE DEL PLAN ESTRATÉGICO: LOS PROCESOS DEL HOSPITAL DE BASURTO

A. Colina, J. Arizabaleta, K. Mezkorta, M. Maeso, P. Regúlez y N. Guerra

# C-006

**Objetivos:** En el año 2003, el Hospital de Basurto elaboró el Plan Estratégico 2003-2007. Este Plan contiene los objetivos a los que el Hospital aspira, las metas y las pautas de actuación que considera necesario llevar a cabo para lograr dichos objetivos. El despliegue de estos objetivos a los Servicios y Unidades se va a realizar a través de los Procesos. El objetivo de este trabajo es mostrar este despliegue, así como los indicadores y metas fijadas para el año 2004.

**Métodos:** 1) *Despliegue de objetivos:* los objetivos del Plan Estratégico, objetivos Macro y Estratégicos, son desplegados a través del Plan de Gestión anual en Objetivos de Procesos. Estos objetivos llevan asignadas unas pautas de actuación que conforman el Plan de Gestión de cada uno de los procesos. 2) *Equipos de procesos:* se ha asignado un responsable y un equipo a cada uno de los procesos. El equipo se reúne trimestralmente para elaborar y llevar a efecto las acciones necesarias para alcanzar las metas previstas. 3) *Clasificación de procesos:* los Procesos se han clasificado en tres grupos: Procesos Estratégicos: se refieren fundamentalmente a procesos de planificación; Procesos Operativos: ligados directamente con la prestación del servicio; y Procesos de Apoyo: dan soporte a los procesos operativos.

**Resultados:** En el momento actual hay cuatro procesos: los Macroprocesos operativos de Hospitalización Médica, Hospitalización Quirúrgica, Urgencias y Consultas Externas- que tienen un equipo que se reúne para conocer el grado de avance de los objetivos planificados y realizar las acciones correctoras que, en su caso, se decidan. Hay otros cuatro procesos: los Estratégicos de Planificación Estratégica, Mejora Continua, Grupos de Interés y Gestión y Desarrollo de las Personas, que están definiendo el proceso y elaborando el Plan de Gestión. Quedan pendientes de abordar los Procesos de Apoyo, Mantenimiento, Aprovisionamiento, Información y Conocimiento.

**Conclusiones:** 1) La elaboración del Plan Estratégico, en el año 2003, con objetivos y metas cuantificados, marcó un hito en el proceso de Planificación Estratégica del Hospital. 2) El despliegue de los objetivos a los Servicios y Unidades a través de los Procesos significa una manera diferente de entender la práctica asistencial, más interdepartamental y consensuada. 3) La participación de los profesionales es dispar. 4) El liderazgo y la constancia en los objetivos marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso de este despliegue.

## APLICACIÓN PROACTIVA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CUADRO DE MANDOS INTEGRAL EN LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICAS

C. Emparan, S. Cuesta, E. Basoco y P. Soriano

# C-005

**Palabras clave:** Cirugía, Gestión, CMI.

**Objetivos:** Evaluar un sistema de gestión proactiva basado en una evaluación integral de indicadores establecidos por un cuadro de mandos integral (CMI) diseñado para la gestión de lista de espera quirúrgica.

**Métodos:** Se han evaluado los resultados derivados de la gestión de una lista de espera quirúrgica durante un periodo de 3 años (Mayo 2001 Mayo 2004) en el que se aplicó un sistema de gestión proactiva (incremento de actividad de consultas o quirúrgica) durante meses de alta actividad, A) Enero-Mayo y Octubre Noviembre) y baja actividad, B) Junio-Septiembre y Diciembre) basado en el análisis de 15 indicadores recogidos del cuadro de mando integral diseñado para una dirección de área quirúrgica (intervenciones quirúrgicas al mes, intervenciones por CMBD, intervenciones ambulatorizables, inclusiones en lista de espera, inclusiones por CMBD, salidas de lista por motivos no quirúrgicos, número de consultas y quirófanos por mes, índices de ocupación e Índices relacionados y derivados). Todas las variables recogidas se incluyeron en sistema de recogida datos importado del sistema informático HIS, procesado con el software informático Clinis y procesado estadísticamente con un modelo multivariante de regresión logística buscando una significación entre grupos con una p inferior a 0,05.

**Resultados:** Durante el periodo de tiempo (Mayo 2001- Marzo 2003) en el que la gestión de lista de espera quirúrgica se realizó con un control "tradicional" no hubo diferencias significativas entre grupos de alta y baja actividad. Sin embargo al aplicar la línea de gestión proactiva basada en las variables seleccionadas de actividad asistencial se consiguió una significación en el test de la Chi-cuadrado de 15,274, con una p entre grupos comparados (alta-baja actividad con o sin gestión por CMI) de 0,004. El grupo A sin CMI tuvo un promedio de intervenciones quirúrgicas de 87 (DS: 9,4), mientras que con CMI fue de 117 (DS: 8,8) y el grupo B de 59 (DS: 10) sin CMI, mientras que el grupo con CMI obtuvo un índice de 112 (DS: 25).

**Conclusiones:** La aplicación de una gestión proactiva en la gestión de listas de espera quirúrgica permite optimizar la actividad quirúrgica y disminuir las demoras de lista de espera quirúrgica aumentando el número anual de intervenciones quirúrgicas, sin diferenciar los clásicos meses de alta y baja producción.

## IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Cañada y J.M. Mena

Unidad de Calidad Área 4 de Atención Primaria de Madrid.

# C-007

**Palabras clave:** Procesos, Gestión.

**Objetivos:** El Área 4 de Atención Primaria de Madrid atiende a 550.000 personas en 30 Equipos de Atención Primaria. Se describe la experiencia de la elaboración e implantación de un modelo de gestión por procesos para todo el Área que evite la variabilidad entre EAP, especialmente en nuestros procesos clave.

**Métodos:** Las fases del proyecto han sido: a) Realización del mapa de procesos común de los EAP en el que se incluyen todos los procesos asistenciales y organizativos, b) Identificación de los procesos clave, c) Para los procesos clínicos se decidió trabajar sobre un modelo de planes personales de Área a través de la historia clínica electrónica OMI-AP, que sistematiza y prioriza las actividades basadas en la evidencia científica que deben realizarse en cada usuario. Estos planes personales se han implantado en todos los EAP en el primer trimestre de 2004 ya que existe una informatización clínica en todos ellos, d) Los grupos de trabajo formados por 30 profesionales (médicos, enfermeros y administrativos) y coordinados por la Unidad de Calidad del Área, rediseñaron los procesos organizativos seleccionados, recogiendo las expectativas de todas las partes implicadas y definiendo para cada uno de ellos su misión, límites, propietarios, especificaciones de calidad e indicadores propuestos para su monitorización, e) Los procesos finalizados fueron revisados por los responsables de calidad de los EAP y se presentaron en todos los Centros para su implantación, f) En alguno de los procesos se realizó un pilotaje previo en varios equipos

**Resultados:** Se han implantado en todos los centros de Salud los siguientes procesos: a) Los procesos clínico-asistenciales a través de los planes personales de Área OMI-AP, b) Gestionar el almacén y el material sanitario, c) Indicar y gestionar las tiras reactivas de glucemia, d) Gestionar la formación y docencia. Se están monitorizando los indicadores de cada EAP, para identificar oportunidades de mejora. Actualmente están implantándose los procesos: a) Derivar entre médicos y enfermeras, b) Realizar extracciones y pruebas analíticas, c) Atender a pacientes sin cita/urgencias, d) Atender a pacientes en el domicilio. Pendientes de implantar: a) Procesos de las unidades administrativas, b) Gestionar quejas y reclamaciones

**Conclusiones:** El desarrollo de un modelo de gestión de procesos para todo el Área ha permitido orientar nuestras actividades hacia las expectativas de todas las partes implicadas. Incluimos la evidencia científica en nuestro trabajo, documentamos lo que hacemos, medimos, mejoramos y aumentamos la implicación de los profesionales.

## MESA 2

# Gestión de procesos

### GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL "COLELITIASIS". MONITORIZACIÓN DE CUATRO INDICADORES DE CALIDAD

**C-009**

J. Gómez-Barbadillo, A.M. García, J. Puente, F.J. Rodríguez,  
J. Granados y A. Uceda

**Palabras clave:** Procesos, Indicadores.

**Objetivos:** Describir los resultados asociados a la implantación del proceso asistencial "Colelitiasis/Colecistitis" en el marco de la estrategia de gestión por procesos del sistema sanitario público andaluz en un hospital comarcal.

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental pre/postintervención. *Intervención analizada:* implementación de un proceso asistencial previamente diseñado. *Población de estudio:* episodios relacionados con colelitiasis en el período de tiempo comprendido entre el 30/09/99 y el 31/12/01. Se excluyeron todos los casos de litiasis biliar complicada con excepción de la colecistitis aguda. *Variables analizadas:* 1) número de visitas a consultas (antes y después de la intervención); 2) cirugía laparoscópica; 3) estancia media y 4) demora para la intervención en situaciones urgentes; Se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo cualitativo mediante la utilización de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

**Resultados:** 185 intervenciones, 45 (24,3%) con carácter urgente. Edad media 57,3 años. Razón H:M 53/134. 1) Promedio de visitas a consulta externa antes de la intervención quirúrgica: 1,36 (después de la implantación 1,12). Promedio de visitas tras la intervención quirúrgica: 2,17 (después de la implantación 1,07). 2) Cirugía laparoscópica: 113 intervenciones electivas (80,8%; 13 intervenciones urgentes (35%). Después de la implantación, las intervenciones urgentes se han elevado al 52%. 3) Estancia media: 3,53 días (después de la implantación 2,96 días). 4) Demora en intervención de pacientes con colecistitis aguda: 18,24 horas (después de la implantación 8,6 horas). Casos con colecistitis aguda o cólico biliar refractario a tratamiento médico intervenidos antes de 72 horas 69% (después de la intervención 78%). En las técnicas cualitativas, los pacientes de este proceso ofrecen una valoración muy positiva acerca de la calidad percibida.

**Conclusiones:** El análisis de indicadores de proceso y resultado previamente definidos permite conocer la calidad de la asistencia prestada y poner en marcha planes de mejora. Esta metodología puede aplicarse con éxito a los procesos quirúrgicos. En nuestro hospital, el análisis del proceso asistencial "Colelitiasis" ha permitido identificar como puntos débiles el número de visitas a la consulta, el tiempo hasta la intervención, la estancia postoperatoria y el bajo índice de cirugía laparoscópica en Urgencias, lo que ha llevado a introducir distintos planes de mejora, aumentando así la capacidad de resolución del proceso y elevando la satisfacción de los pacientes.

### ¿ES POSIBLE UNA BUENA RELACIÓN ENTRE SANITARIOS Y EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS? GESTIÓN DE LOS PROCESOS DEL ALMACÉN

**C-008**

A. Cañada y J.M. Mena

Unidad de Calidad Área 4 de Atención Primaria de Madrid.

**Palabras clave:** Procesos, Gestión, Almacén.

**Objetivos:** Dentro de la estrategia del Área 4 de Atención Primaria de Madrid de gestión de los procesos, se identifican como procesos claves los relacionados con el almacén y la cadena logística. Los objetivos de su gestión eran: 1) Evitar la variabilidad entre los 30 centros del Área, 2) Mejorar la coordinación y satisfacción de los profesionales asistenciales y el Departamento de Suministros, 3) Aumentar la eficiencia.

**Métodos:** El proyecto fue desarrollado por un grupo que incluía profesionales del Departamento de Suministros, Unidad de Calidad, enfermeras y auxiliares de enfermería de los Centros de Salud. Se recogieron las necesidades y expectativas de todas las partes implicadas incluidos Celadores encargados de la gestión del almacén central, Transportista, Usuarios y familiares. Se identificaron cuatro grandes procesos: 1) Pedir material, 2) Preparar y entregar, 3) Recepcionar y almacenar, 4) Utilizar y reponer. Se rediseñaron todos los procesos, simplificándolos, automatizándolos e identificando oportunidades de mejora. Los nuevos procesos se presentaron a todos los responsables de los equipos y posteriormente en cada centro de salud. Los procesos están implantados y se está midiendo actualmente su impacto en la mejora.

**Resultados:** Se identificaron varios procesos ineficientes, que han sido suprimidos, se simplificaron el resto y se implantó un nuevo proceso inicialmente pilotado en tres centros de salud. Actualmente todos los equipos utilizan un programa informático exclusivo de nuestro Área para gestionar automáticamente las entradas y salidas del material que llega a los centros de salud. Los propietarios del proceso en los centros son las auxiliares de enfermería. Desde Octubre de 2003 se monitorizan los indicadores seleccionados en los Equipos, enviándose mensualmente a la Gerencia y corrigiéndose las oportunidades de mejora detectadas. Este proyecto supone también la revisión sistemática de los stock asignados para todos los productos solicitados desde los Centros. La monitorización de los indicadores propios del Departamento de Suministros ha supuesto la modificación de dos de ellos, ya que su medida no recogía fielmente el objetivo del criterio de calidad. Actualmente se miden los indicadores revisados.

**Conclusiones:** La gestión de los procesos de almacén mejora la relación entre el nivel asistencial y los responsables de suministros. La aplicación inicial de estrategias de Rediseño, Simplificación, y Automatización nos hace eficientes y permite posteriormente la mejora continua de los procesos monitorizando mensualmente los indicadores.

### PROTOCOLO DE DEFINICIÓN, CIRCUITO Y REGISTRO DEL PRODUCTO GESTACIONAL. UNA MEJORA EN LA INFORMACIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL

**C-010**

J. Martín, D. Planas, C. Abelló y J. Pérez-Bartolí

**Palabras clave:** Mortalidad Perinatal, Registros.

**Objetivos:** Las definiciones perinatales aceptadas por el Committee of Annual Reports and Definitions of Terms in Human Reproduction, son adoptadas por la OMS y publicadas en 1982. Pero dado el avance de la Neonatología y los cambios de legislación de cada país, ciertas definiciones como Aborto, Parto, Feto se encuentran en controversia, lo que bajo el punto de vista práctico, genera confusión terminológica y desconocimiento del tratamiento adecuado. Es por ello que el Núcleo de calidad del Hospital Valle Hebrón y la dirección asistencial del área materno-infantil, detectan la necesidad de definir diversos conceptos referidos al producto del embarazo, adecuándose a la normativa y disposiciones legales vigentes.

**Métodos:** Se forma un grupo de mejora multidisciplinar formado por obstetras, anátomo-patólogo, médico responsable de la gestión del mortuorio, enfermería y dirección, coordinados por las personas del núcleo de calidad del área materno-infantil. Se realizan diversas reuniones a lo largo de dos meses, analizando las definiciones existentes, los problemas que plantean y las deficiencias a las que conducen, para unificar y adecuar las definiciones, registros y circuitos y modo de actuar más actuales.

**Resultados:** Se define "pérdida gestacional" como la expulsión natural o instrumentada del producto del embarazo, nacido muerto o que ha vivido extrauterinamente menos de 24 horas y "Exitus" como la defunción de una persona o neonato de más de 24 horas de vida extrauterina, ya que a partir de este momento ha de estar registrado en el registro civil y según el artículo 30 del Código Civil, es considerado como persona jurídica. Las pérdidas gestacionales se dividen en varios apartados, analizando las necesidades de documentación para cada uno de ellos y sus circuitos. Así quedan estructuradas como: 1) Menos de 22 semanas de gestación con o sin estructura corporal, 2) Entre 22 y 25 semanas, 3) De 26 semanas hasta las 24 horas de vida extrauterina y 4) Más de 24 horas de vida extrauterina. Se hace también un apartado para las pérdidas gestacionales con notificación judicial y otro para defunción con notificación judicial.

**Conclusiones:** Este nuevo procedimiento ha incrementado la precisión de los registros y la racionalización de los circuitos, lo que se ha traducido en: Disminución del tiempo de espera en mortuorio, mejora de la documentación del producto del embarazo y claridad en los criterios para la solicitud de autopsia clínica.

## PROTOCOLO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS ACCIDENTALES ENTRE LAS PERSONAS MAYORES EN LA REGIÓN SANITARIA CENTRO DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

### C-011

R. Riera, M. Ortega, M. Rodrigo, P. Duocastella, O. Sabartés y T. Martín

**Palabras clave:** Caída Accidental, Protocolo.

**Objetivos:** Realizar un análisis de situación sobre el problema de las caídas accidentales en personas mayores de 74 años en el sector sanitario del Bages. Reducir la accidentalidad de las personas mayores por caída accidental. Elaborar un protocolo de actuación conjunto entre todos los niveles asistenciales del sector: Atención Primaria, Hospital de agudos, Atención Socio sanitaria, PADES y equipo de Rehabilitación Domiciliaria.

**Métodos:** El Pla de Salut de la Región Sanitaria Centro del Servei Català de la Salut plantea como objetivos la reducción en un 10% de la incidencia de caídas accidentales en personas mayores de 65 años y la reducción del 20% de fracturas subcapitales de fémur en personas entre 65 y 84 años. Para conseguir los objetivos las intervenciones prioritarias deben orientarse a reducir la accidentalidad de las personas de estos grupos de edad. Se crea un grupo de trabajo de profesionales del sector sanitario del Bages. Revisión de la documentación bibliográfica existente y de la documentación utilizada en los diferentes ámbitos asistenciales (registros, documentos, plan de actividades, plan de tratamientos). Se realiza un corte de prevalencia para conocer el número de personas mayores de 74 años que sufrieron caída accidental en todos los ámbitos de actuación. Este estudio se complementa con otros resultados recientes de estudios elaborados en los diferentes ámbitos asistenciales. A partir de los resultados de este análisis se propone unificar los protocolos de actuación, trabajar conjuntamente la prevención y la reducción de los factores de riesgo.

**Resultados:** Los resultados muestran que el 32% de las personas mayores sufren caída accidental en el transcurso de un año, con predominio de las mujeres. El 60% se producen en el domicilio, el 30% en la vía pública y un 10% en el medio institucional. Las consecuencias son de lesiones traumáticas en el 10-15% de los casos y de presencia de fractura en un 5-6% de los casos. A partir de los resultados obtenidos el grupo, mediante la metodología de consenso, ha unificado el protocolo para los diferentes ámbitos asistenciales con un nexo de coordinación común: el programa pre-alta. También se han unificado los factores de riesgo, la hoja de registro y el plan de cuidados/tratamiento para cada ámbito asistencial.

**Conclusiones:** La obtención de un documento ágil y dinámico permite detectar, prevenir y tratar homogéneamente desde cualquier ámbito asistencial. El grupo trabajará para incorporar el cumplimiento en los contratos de compra de servicios del Servei Català de la Salut.

## EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES ESTABLES EN ATENCIÓN PRIMARIA

### C-013

M.A. Nuin, A. Alonso, P. Arroyo, C. Calvo, A. Granado y K. Ayerdi

**Palabras clave:** TAO, Cuidados, AP.

**Objetivos:** En el año 2001, se planteó como objetivo la descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral (TAO), de forma que el seguimiento de las personas con este tratamiento en situación estable pudiera ser realizado por profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria (AP), en coordinación con especialistas de Hematología. Se realizó un pilotaje en 8 Zonas Básicas de Salud (ZBS) cuyos resultados se presentaron en el XX Congreso de Calidad y se implantó el programa de forma progresiva en todas las ZBS (54) durante los años 2002-2004.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la atención prestada en relación con el nivel de anticoagulación mantenido y la tasa de complicaciones (hemorragias y trombos).

**Métodos:** *Intervención:* Extensión taller de capacitación a todos los profesionales de medicina y enfermería. Compra de coagulómetros. Instalación del programa informático en todas las ZBS. *Diseño del estudio:* descriptivo transversal. *Periodo evaluación:* 01/01/03-31/12/03. *Ámbito:* Personas > 14 años en TAO controladas en AP. A fecha 31 diciembre 2003, se había implantado el programa en 48 ZBS, aunque 16 ZBS lo hicieron a lo largo del primer semestre del 2003; las 6 restantes lo hicieron en el primer semestre 2004. Se han analizado los datos de 47 ZBS. *Procedencia de los datos:* Programa informático y Registro de Morbilidad.

**Resultados:** Durante el año 2003, se han registrado en el programa ANTICOAGN 32005 visitas, correspondientes a 3225 pacientes > 14 años (9,9 visitas/paciente) Esto supone el 0,78% de la población navarra de esa edad. Se han seleccionado 3215 visitas. *Mediana de edad:* 75 años. *Control clínico:* INR en rango terapéutico: 1993 (62%). Por debajo: 735 (22,9%). Por encima: 487 (15,1%) Por niveles terapéuticos: (INR = 2-3 N = 2857) y (INR = 2,5-3,5 N = 358) INR dentro de rango terapéutico: 62,9% para INR = 2-3 frente a 54,7% para INR = 2,5-3,5 (p < 0,0001). INR dentro de rango terapéutico ± 0,2: 76,2% para INR = 2-3 frente a 67,6% para INR = 2,5-3,5 (p < 0,0001). No hay diferencias de control clínico en relación con la edad. Los varones se controlan mejor que las mujeres (63,7% frente a 59,5%; p = 0,03). Incidencia acumulada de trombos = 43 (1,44%). Incidencia acumulada de ingresos por procesos relacionados con hemorragias: 58 (1,64%).

**Conclusiones:** Los profesionales de Atención Primaria de Navarra han asumido este programa. Los criterios de calidad se mantienen en los rangos aceptados por la bibliografía, aunque detectamos un área de mejora para los pacientes que precisan un rango de anticoagulación entre 2,5 - 3,5.

## EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE LA EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGOS LABORALES EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2

### C-012

D. Edo, M. Castellà, J. Lluís, T. Catalán, J. Sanz y J. Rebull

**Palabras clave:** Implantación, Evaluación, Riesgos.

**Objetivos:** Analizar las fases del sistema de implantación. Detectar los puntos débiles y proponer líneas de mejora.

**Métodos:** *Fases:* 1) Trabajo previo a la visita de campo: Información interactiva a los participantes de la Evaluación de Riesgos Laborales (ERL). 2) Elaboración de la evaluación de riesgos: a) Recapitulación y síntesis de la información del los cuestionarios, b) Visitas de campo a los diferentes servicios planificados, c) Resumen y síntesis de la información de campo. 3) Planificación del equipo de trabajo: a) Entrega del borrador de la Evaluación de riesgos donde se encuentra la identificación de riesgos, propuesta de medidas correctoras, responsables y plazos de ejecución de las medidas, b) Presentación de enmiendas. 4) Creación de la Comisión de Planificación: a) Constituida por el Equipo directivo del centro se encarga del seguimiento y evolución de las mejoras propuestas. 5) Presentación ERL definitiva Comité Seguridad y Salud. 6) Presentación a todo el personal implicado. 7) Reinicio del ciclo con la revisión de la evaluación de riesgos laborales.

**Resultados:** Durante el periodo 2002-2003 se procedió a la evaluación de riesgos de todas las Unidades Productivas del Hospital (50). La participación de los trabajadores fue de 480 (60%) del total de la plantilla. De la evaluación inicial de riesgos se propusieron un total de 2.130 medidas correctoras de las cuales el 8,2% eran de prioridad alta, el 49,6% media-alta, el 30,5% media y el 8,2% baja. En cuanto a los plazos de ejecución de las medidas el 61,6% está previsto finalizarlas antes del 2004, el 32,6% antes del 2005, el 3,7% antes del 2007 y un 1,9% indeterminadas en el tiempo de ejecución por ser dependientes de entes superiores de la administración. En el estado actual se ha detectado una desviación del cronograma de las actuaciones previstas para el 2004 (en el mes de junio menos de un 20% de las medidas previstas).

**Conclusiones:** Puntos fuertes en la metodología utilizada, son la implicación de todos los colectivos de la institución (trabajadores, equipos directivos), permite disponer de una información de gran calidad a la hora de realizar las evaluaciones de riesgos optimizando el tiempo de ejecución. *Puntos débiles:* la frecuencia de los cambios organizativos dificultan la ejecución de las medidas correctoras prioritarias. Esta ralentización conlleva a que el trabajador no vea cumplidas sus expectativas de mejora, creando un escepticismo que puede revertir negativamente en el proceso de implantación de la prevención de riesgos laborales.

## REDISEÑO DE PROCESOS COMO RESULTADO DE AUDITORÍAS EXTERNAS

### C-014

R. Valverde, I. Mate, M.D. Blanco, I. Hernández, M.L. Orts y M.J. Arocena

**Palabras clave:** Process Improvement, Iso 9001:2000.

**Objetivos:** Demostrar el valor añadido que tienen los procesos de certificación externa según UNE EN ISO 9001:2000 para la mejora de los procesos y la implicación de las personas.

**Métodos:** Se ha revisado el informe de auditoría externa relativa a la certificación de los procesos identificados en nuestro Hospital como: almacén, compras y tesorería y que se engloban dentro del macroproceso Gestión Económica así como la documentación que sobre dichos procesos se ha ido realizando con motivo de la implantación del sistema de gestión de calidad según ISO 9001:2000 y su posterior proceso de certificación externa. Se plantea, desde tesorería fundamentalmente, revisar otros procesos pertenecientes a dicho macroproceso y definidos como: facturación y cobro, contabilidad y concursos.

**Resultados:** Una vez realizada la auditoría de certificación y resueltas las no conformidades y como resultado de la misma, la responsable del proceso de tesorería propone revisar la documentación de todos los procesos de Gestión Económica ya que se observa que podrían tener una entidad mayor si se redefinieran. Se realizan una tormenta de ideas en relación a las actividades que se realizan en Gestión Económica. Se relacionan actividades y procesos definidos y se observa que mismas actividades se realizan en diferentes procesos por lo que se decide revisar toda la documentación existente redefiniendo el macroproceso de gestión económica con los procesos de Gestión de contratos (ya definido), Gestión de Aprovisionamiento (almacén y compras; ya certificado), Gestión de mantenimiento (certificado el mantenimiento correctivo), Gestión Contable (facturación, contabilidad, tesorería). El cambio más importante se realiza en la Gestión Contable agrupando en ella tesorería (proceso certificado según ISO 9001:2000), facturación y contabilidad (antes definidos como procesos individuales). Se define la misión del Proceso de Gestión Contable así como de sus subprocesos, se identifican su clientes y las relaciones cliente/proveedor prioritarias, se determinan las características de calidad y se decide que indicadores se van a utilizar, además de la percepción del cliente, para conocer la conformidad tanto del proceso como de los productos.

**Conclusiones:** El proceso de certificación ha supuesto un alto grado de implicación de las personas en la mejora de los procesos no sólo midiéndolos mediante sistemas de información sino rediseñándolos para mejorar su eficacia.

## MESA 3

# Gestión de procesos asistenciales (guías clínicas, vías clínicas, etc.)

### MEJORANDO LA SEGURIDAD DE NUESTROS USUARIOS

A. Díaz, M. Rodríguez, P. Herrera, E. Martínez, M. Robles y T. Dierssen

**C-016**

**Palabras clave:** Seguridad, Eventos-adversos, Riesgo.

**Objetivos:** Mejorar la seguridad clínica de los pacientes mediante la aplicación de dos estrategias, 1) Monitorización de efectos adversos (EA) en el contexto de una unidad de gestión de riesgos clínicos. 2) Puesta en práctica de alertas de seguridad.

**Métodos:** Para la implantación del sistema de vigilancia se han priorizado eventos adversos considerados de especial relevancia bien por su frecuencia o por su repercusión clínica: 1) Úlceras por presión, 2) Infección nosocomial, 3) Caídas durante la hospitalización y 4) Reasistencia hospitalaria urgente. Además en los 7 procesos incluidos en vía clínica se ha establecido la recogida prospectiva de complicaciones. Junto a la monitorización de estos aspectos se han implantado dos de las alertas de seguridad promovidas por la CISCOP, la FAD y Mapfre Medicina: nº 1 La inadecuada identificación de los pacientes y la nº 2 Riesgo del potasio intravenoso. Mediante dichas alertas se recomiendan prácticas seguras basadas en publicaciones y experiencias de efectividad contrastada.

**Resultados:** Desde el año 1995 se inicia un sistema de vigilancia al que han ido incorporando distintos indicadores hasta el momento actual en el que evaluamos de forma periódica la incidencia/prevalencia de los 4 grupos de eventos citado y los problemas asociados a cada una de las 5 vías clínicas implantadas en nuestro centro. En este periodo se observan tendencias positivas para la incidencia de infección de herida quirúrgica y la prevalencia de úlceras por presión (9 años de seguimiento en ambos casos) Se mantiene estable la incidencia de reingreso hospitalario urgente (en torno al 5%) y aumenta la de caídas (0,27% 0 en 2001 vs. 8,3% 0 en 2003). La monitorización de efectos adversos asociados a procesos incluidos en una vía clínica ha permitido la identificación del dolor postquirúrgico como un aspecto de mejora. Paralelamente a este sistema de vigilancia se ha implantado la identificación del paciente que se realiza sobre el total de los ingresos en nuestro hospital y la retirada del potasio en ampollas de todas las unidades de hospitalización convencional, unidad de cuidados intensivos y hospitales de día.

**Conclusiones:** 1) La monitorización de efectos adversos permite a lo largo del tiempo establecer tendencias temporales y umbrales de alerta de incidencia, así como determinar el impacto de las acciones de mejora establecidas. 2) La puesta en marcha de alertas pretende mejorar la seguridad de los pacientes mediante la prevención de accidentes asistenciales.

### EVOLUCIÓN AL AÑO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN 700 PACIENTES TRATADOS SIGUIENDO UNA VÍA CLÍNICA DE FRACTURA DE CADERA

**C-015**

J. Galí, C. Puig, A. Vilá, X. Hernández, G. Rosell y G. Carrasco

**Palabras clave:** Fracturas de Cadera.

**Objetivos:** Analizar la evolución de los indicadores de calidad tras un año de seguimiento de los pacientes incluidos en la vía clínica.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Inclusión de todos los pacientes mayores de 64 años ingresados, desde Junio de 1997 hasta Diciembre de 2001 en el Hospital de Barcelona, por presentar una fractura de cadera. Exclusión por negativa al tratamiento propuesto. Seguimiento periódico de los pacientes con controles mínimos al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año postoperatorios. Registro de datos en una base de datos mediante el programa informático File Maker Pro 2.0. Análisis de datos mediante Excel 97 y File Maker.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 700 pacientes (75,4% mujeres), con una edad media de 81,95 ± 7,42 años. Se realizó un seguimiento clínico durante 1 año a la totalidad de los pacientes. Los principales indicadores evaluados fueron los siguientes: 1) *Durante el ingreso hospitalario:* Estancia media 7,2 días (estándar 24 horas 8,8% (estándar), 24 horas 8,8% (estándar). 2) *Al año del traumatismo:* mortalidad 23,3% (estándar < 25%, publicado 25 a 30%), fracaso de la síntesis 1,5% (estándar < 3%, publicado 5 a 21%), luxación prótesis 4,6% (estándar < 5%, publicado 0,3 a 18%), pseudoartrosis en peritrocantéreas 0,3% (estándar < 1%, publicado 1 a 2%), pseudoartrosis en subtrocantéreas 8,5% (estándar < 12%), necrosis de la cabeza femoral 0,2%, consolidación viciosa 0,7%, infección de la herida quirúrgica 3,4% (estándar < 4%, publicado 2 a 7%), reintervenciones 3,8% (estándar < 6%), reingresos 4,1% (estándar < 7%).

**Conclusiones:** La vía clínica ha demostrado ser un buen instrumento para el tratamiento de las fracturas de cadera, manteniendo indicadores de calidad en valores óptimos, desde el inicio del proceso asistencial hasta el año del seguimiento.

### ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SEGUIMIENTO DE 9 TRAYECTORIAS CLÍNICAS MEDIANTE 11 INDICADORES

**C-017**

J. Vicandi, D. Pintado, B. Caro, R. Rosique y J. Vilarasau H.G. de l'Hospitalet.

**Palabras clave:** Trayectoria Clínica, Indicadores.

**Objetivos:** Evaluar los resultados obtenidos tras la implantación de 9 trayectorias clínicas (TC) en el Hospital General de l'Hospitalet a partir de la realización de un análisis comparativo de resultados de los indicadores obtenidos en los años 2002 y 2003. Analizar la evolución de las TC a partir de los datos comparativos facilitados por los indicadores.

**Métodos:** El análisis se desarrolla a partir del seguimiento post-implantación realizado en la documentación clínica de los pacientes que durante el año 2002 fueron incluidos en alguno de los procedimientos asistenciales médicos y quirúrgicos seleccionados entre los que disponen de TC. Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de una muestra de historias clínicas. Se definieron 11 indicadores comunes a todas las TC a evaluar en cada caso y se creó una escala de puntuación que va del 1 al 5 en función del porcentaje de cumplimentación. En febrero de 2004 se procedió a realizar el segundo seguimiento de los casos atendidos siguiendo las TC en 2003.

**Resultados:** Se obtuvieron los resultados para cada uno de los 11 indicadores analizados en cada una de las 9 TC durante los años 2002 y 2003. Los resultados promedio de las 9 TC obtenidos para cada indicador han sido: (resultado 2002 – resultado 2003). *Estancia media:* 5,31 días – 4,64 días. *Seguimiento de la TC:* 92% - 96%. Presencia de la hoja de validación: 5 puntos – 5 puntos. Cumplimentación de la hoja de validación: 4,33 puntos – 4,56 puntos. Firma de la hoja de validación: 4,22 – 4,31. Registro del dolor (EVA): 5 puntos – 5 puntos. Codificación numérica de los registros: 4,71 puntos – 4,86 puntos. Registro completo de las variaciones: 3,22 – 3,00. Presencia de la hoja de curso clínico unificado: 4,78 puntos – 4,67 puntos. Registro unificado en el curso clínico: 3,89 – 4,11 puntos. Kardex de enfermería: 4,25 – 4,38.

**Conclusiones:** La introducción de este método de seguimiento nos ha ofrecido resultados cuantitativos sobre el estado de las TC clínicas ya implantadas. Además esta metodología nos ha ofrecido datos objetivos sobre la evolución de los procedimientos estandarizados a través de la implantación de TC. Estos resultados muestran tendencias positivas en 9 de los 11 indicadores analizados. Cabe destacar la reducción en el promedio de las estancias de los 9 procedimientos en 0,67 días. Se evidencia la necesidad de mejorar el registro de las variaciones.

## DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EVALUAR LA ADECUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN CENTROS SANITARIOS (G-ITESA)

### C-018

C. Natal, E. Muslera y M.D. Martín

**Palabras clave:** Evaluación Tecnología Sanitaria.

**Objetivos:** La incorporación de tecnología sanitaria en los servicios de salud es un proceso complejo de toma de decisiones encadenadas influidas por un número variado de factores. Los mecanismos actuales de control de la introducción de tecnologías en nuestro entorno no aseguran la incorporación y utilización de aquellas que consiguen un mayor incremento en el estado de salud; incluso aquellas cuya efectividad es desconocida o dudosa y las no eficientes pueden encontrar un espacio. La guía para la introducción de tecnología sanitaria en centros asistenciales pretende dotar a los centros de un instrumento que les permita: Orientar y facilitar el proceso de introducción de tecnologías sanitarias. Facilitar la interlocución entre clínicos y gestores. Mejorar la transparencia en la toma de decisiones.

**Métodos:** Para la elaboración de la guía se constituyó un grupo de trabajo que realizó la revisión bibliográfica y el primer borrador. Posteriormente un panel de expertos revisó el protocolo utilizando para ello el instrumento AGREE. Simultáneamente La Comisión de Adecuación de Tecnologías de un hospital realizó una validación del mismo en una situación real. Una vez introducidas las correcciones se procedió a la implantación de la guía en los centros sanitarios que lo soliciten voluntariamente. Para la utilización de la guía es preciso recibir formación específica y establecer las competencias en materia de compras y unas normas de funcionamiento de las comisiones que vayan a utilizar el protocolo.

**Resultados:** En el momento actual se dispone de la versión definitiva de la guía corregida con las aportaciones del panel de expertos y de la Comisión del Hospital. La guía está siendo implantada en los centros sanitarios que lo solicitan en la Comunidad. Antes de las correcciones el instrumento AGREE aportó las siguientes puntuaciones estandarizadas: Alcance 74,75; participación 57,58; Rigor 64,65; Claridad 76,52 y aplicabilidad 40,15.

**Conclusiones:** Se constata la demanda de los profesionales y gestores de disponer de herramientas que permitan objetivar la toma de decisiones. Las validaciones realizadas sobre la guía propuesta permiten garantizar su adecuación a estos fines.

## ¿EXISTEN INTERVENCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA QUE PUEDAN SALVAR VIDAS?: PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL ÁREA 4 MADRID

### C-020

J.M. Mena y A. Cañada

**Palabras clave:** Calidad Asistencial, Primaria.

**Objetivos:** Existe evidencia de que algunas intervenciones realizadas en Atención Primaria (AP) tienen especial relevancia sobre la salud de la nuestra población. El Área 4 de AP implanta y evalúa de forma adicional a la Cartera de Servicios criterios de calidad con claro impacto sobre la morbimortalidad.

**Métodos:** Selección de los criterios basados en revisiones sistemáticas de la evidencia científica, elaboración de los mismos con sus aclaraciones y excepciones e implantación en todos los Equipos de AP. Para la evaluación, llevada a cabo las Comisiones de calidad de los EAP, se edita un manual de procedimientos y se seleccionan las HC a muestrear mediante sentencias informáticas SQL generadas desde la Gerencia. La Unidad de Calidad del Área verifica al menos uno de los criterios en todos los EAP para asegurar la adecuación al procedimiento de evaluación. La evaluación permite identificar oportunidades de mejora en el proceso de atención, cuyo abordaje aumente el nivel de salud.

**Resultados:** En el año 2003 se han evaluado 5 Criterios: 1) Control de pacientes con Hipertensión Arterial, 2) Control de Hemoglobina Glicosilada en Diabéticos, 3) Prevención secundaria de Cardiopatía isquémica, 4) Prevención con ácido acetilsalicílico en pacientes con alto riesgo cardiovascular, 5) IECAS para tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca. Se han evaluado un total 16.216 de Historias Clínicas alcanzándose un cumplimiento global de los criterios del 57,7% (HTA) 37,4% (Diabetes) 52,4% (Cardiopatía Isquémica) 64,1% (AAS y riesgo vascular) y 59,4% (Insuf. Cardíaca). Estos resultados son mejores que los obtenidos en la mayoría de los estudios similares realizados en nuestro medio. Cada EAP ha analizado sus datos identificando puntos fuertes y oportunidades de mejora y realizado un informe que se remite a la gerencia. Las evaluaciones anuales han permitido desarrollar programas de mejora específicos en varios EAP con impacto en los resultados de las evaluaciones posteriores.

**Conclusiones:** Implantar un Programa de Calidad Asistencial propio permite evaluar criterios de calidad correspondientes a intervenciones con impacto reconocido en la salud de nuestra población. Complementa criterios de calidad incluidos en las Normas Técnicas de la Cartera de Servicios, y satisface la necesidad de muchos profesionales que demandan evaluar objetivos intermedios mas allá del proceso de atención. La aplicación en la población de un Área como la nuestra de todas las actividades realizadas con el nivel óptimo de cumplimiento puede suponer impedir más de 2000 fallecimientos anuales.

## PREVENIR PARA CURAR. VÍA CLÍNICA DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

### C-019

R. Tejido, J. Infante, I. Sampredo, L. Iglesias, A. Ruiz-Ruiz y L. Gómez-Díaz

**Palabras clave:** Clinical Pathways, Stroke.

**Objetivos:** 1) Realización de una vía clínica del accidente isquémico transitorio (AIT) para homogeneizar la asistencia y evitar estancias inadecuadas. 2) Evaluación de los resultados de la vía.

**Métodos:** 1) Realización de una guía de práctica clínica. Posteriormente diseño de una vía clínica de aplicación en la Unidad de Alta Resolución, 2) Implantación de la vía clínica, 3) Valoración de los resultados.

**Resultados:** Unidad de ictus no es lo mismo que fibrinólisis. Una unidad de ictus abarca la atención global de la enfermedad cerebrovascular en todo su espectro, entre otros, del accidente isquémico transitorio (AIT). En nuestra Unidad hemos diseñado un área clínica para la asistencia a paciente con AIT. Esta vía clínica tiene como objetivos fundamentales la homogenización de la asistencia, la utilización adecuada de pruebas diagnósticas de alta tecnología y la mejora de la eficiencia evitando estancias inadecuadas. Participan la Unidad de Alta Resolución, la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, y los Servicios de Neurología, Cardiología y Radiodiagnóstico. La duración de la vía es de 72 horas. *Día 1 (Ingreso):* Se inicia antiagregación (perfil aterotrombótico) o anticoagulación (perfil cardioembólico). Se realiza monitorización (ritmo cardíaco de forma continua, TA) para despistaje de arritmias y crisis hipertensivas. El paciente no precisa de reposo ni de cambios en su dieta habitual. Es recomendable la realización de TAC craneal, aunque se puede diferir al día siguiente. *Día 2:* mismo tratamiento. Se realizan ecocardiograma y ecografía doppler carotídea. Se valora la rentabilidad de ecografía doppler transcraneal. Se da información sobre la enfermedad y anticoagulación. Se oferta encuesta y se valora el alta hospitalaria. *Día 3:* Permanecen en la Unidad aquellos pacientes anticoagulados con heparina endovenosa. Se valora la posibilidad de seguir el tratamiento con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Resultados más relevantes (30 casos/6 meses): media de edad 72 años (15,2), estancia media 2,5 (1,25). Pruebas diagnósticas: TAC craneal y ecografía doppler carotídea (100%), ecografía doppler transcraneal (15%), ecocardiograma (60%). Se anticoaguló al 27% de los pacientes y el 100% de los casos fueron altas a domicilio.

**Conclusiones:** Una vía clínica del AIT es útil para mejorar la asistencia y la adecuación de pruebas diagnósticas. Un porcentaje importante de pacientes precisa anticoagulación, por lo que la duración correcta de la vía se aproxima a 3 días (aunque muchos pacientes puedan ser dados de alta en las primeras 48 horas).

## APLICACIÓN PROACTIVA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CUADRO DE MANDOS INTEGRAL EN MODELOS EFICIENTES DE SUSTITUCIÓN AMBULATORIA

### C-021

C. Empanan, S. Cuesta, E. Basoco y P. Soriano

**Palabras clave:** Gestión, Ambulatorio, Cirugía.

**Objetivos:** Evaluar un sistema de gestión proactiva basado en una evaluación integral de indicadores establecidos por un cuadro de mandos integral (CMI) diseñado para la gestión de un Servicio de Cirugía con un índice de sustitución ambulatoria de un 52% en un medio rural.

**Métodos:** Evaluación de los resultados derivados de la gestión de una lista de espera quirúrgica durante un periodo de 3 años (Mayo 2001 - Mayo 2004) aplicando un sistema de gestión proactiva (incremento de actividad de consultas o quirúrgica con ingreso y ambulatoria) durante meses de alta (A) y baja actividad (B) basado en el análisis de 15 indicadores recogidos del cuadro de mando integral diseñado para la dirección de área quirúrgica. Todas las variables recogidas se incluyeron en sistema de recogida y procesado estadísticamente con un modelo multivariante de regresión logística buscando una significación entre grupos con una p inferior a 0,05.

**Resultados:** Durante el periodo de tiempo en el que la gestión de lista de espera quirúrgica se realizó con un control "tradicional" no hubo diferencias significativas entre grupos de actividad ni en los índices de sustitución ambulatoria. Sin embargo al aplicar la línea de gestión proactiva se consiguió una significación en el test de la Chi-cuadrada de 15,274, con una p entre grupos comparados de 0,004. Al tiempo, el índice de sustitución ha pasado de un 54 a un 66,2% de ambulatorización de procesos.

**Conclusiones:** La aplicación de una gestión proactiva en la gestión de listas de espera quirúrgica permite optimizar la actividad quirúrgica, y los procesos asistenciales de cirugía mayor ambulatoria.

## MESA 4

# Sistemas de información. Historias clínicas y consentimientos informados

### SOPLARÉ Y SOPLARÉ, Y TUS REGISTROS DERRIBARÉ. REFLEXIONES SOBRE LA INFORMATIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**C-023**

J.J. López-Picazo, J.F. Sánchez-Ruiz, M.D. Lázaro, G. Sanz, F. Agullo y M. Villaescusa

**Palabras clave:** Registro, Informatización, Primaria.

**Objetivos:** La informatización en sanidad es un suceso imparable. Sus ventajas a la hora de tratar la información son evidentes. No obstante es posible que la introducción de esta nueva herramienta dificulte el propio registro de las actividades. Queremos conocer si la historia informatizada de Atención Primaria (OMI) conserva registros comparables a los alcanzados en formato papel.

**Métodos:** Emplazamiento. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Elección del registro a investigar. Seleccionamos el registro de realización de la prueba de despistaje de metabopatías en el recién nacido, por ser un dato del que sabemos es tradicionalmente bien registrado en formato papel, de relevancia indiscutible y comprobable en un corto espacio de tiempo. Comprobación del registro en formato papel e informatizado. Equipos de Atención Primaria (EAP) no informatizados (n = 24). Muestreo aleatorio no proporcional de 7 niños por EAP (total, 168) nacidos en 2003 desde base de datos de Tarjeta Sanitaria y comprobación de la existencia del dato en su historia. En EAP informatizados (n = 23) contamos la proporción de niños sobre el total de nacidos en ese mismo periodo (5.592) donde figura el dato en OMI. Análisis y comprobación de factores asociados. Comparamos resultados e investigamos algunos factores relacionados con el registro informatizado.

**Resultados:** En EAP no informatizados existe el registro en 155 casos (92,3 ± 4,0%). En EAP informatizados la proporción es del 56,7%. No encontramos correlación significativa entre el tiempo de implantación de OMI o el número de niños asignados al cupo y el registro de la prueba de metabopatías. Hay discreta correlación positiva con la presión asistencial.

**Conclusiones:** Los EAP que usan OMI registran significativamente menos la prueba de despistaje de metabopatías en el recién nacido que los que usan la historia clínica en formato papel. La existencia de este registro no depende de los meses de experiencia en el uso de OMI. Según estos resultados es posible que el proceso de informatización que vivimos en Atención Primaria no se esté desarrollando de forma adecuada. Corremos el riesgo de implantar potentes herramientas de proceso y análisis de datos y por ello perder el registro de esos datos. Debemos reflexionar sobre la calidad de la herramienta informática que sirve de soporte a la historia clínica y sobre su método de implantación. Es necesario también profundizar el análisis de posibles factores que condicionen el infraregistro en la historia clínica informatizada.

### ¿TODOS LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS SIRVEN? ANÁLISIS Y VALORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**C-022**

J.J. López-Picazo, M.D. Lázaro, C. Santiago, G. Sanz, F. Agullo y M. Villaescusa

**Palabras clave:** Calidad, Consentimiento Informado.

**Objetivos:** La práctica de cirugía menor (Qm) es un hecho frecuente en medicina de familia. Por ello los equipos de atención primaria (EAP) han desarrollado modelos de consentimiento informado (CI). La aparición de la Ley de Autonomía del Paciente (LAP) plantea los requisitos que éstos deben contener y facilita su construcción y evaluación. Pretendemos analizar la situación en los EAP de nuestra Región, construir criterios y evaluar la calidad formal de los modelos de CI utilizados en Qm

**Métodos:** 1) Análisis de situación. Emplazamiento: los 19 EAP del Área de Cartagena. Encuesta telefónica de 12 ítems a los coordinadores de EAP sobre la Qm y su CI. 2) Construcción de criterios. En base a la LAP y mediante consenso, formulamos los criterios de evaluación (formato enunciado-aclaraciones-excepciones) y analizamos su fiabilidad mediante análisis de concordancia e índice kappa, exigiendo concordancia >95% o kappa (IC95%) > 0,4. 3) Análisis de modelos. Evaluamos la totalidad de modelos de CI en Qm en Atención Primaria de la Región de Murcia mediante los criterios construidos.

**Resultados:** 1) Sólo en el 37% existe una sala específica para cirugía menor. Se registra en la historia informatizada (84%) y utiliza CI (95%). Suele ser un modelo genérico adaptado según el procedimiento (92%), es entregado con >24 horas de antelación (73%) y explicado al paciente en 50% de casos (resto, sólo entregado para lectura). Es recogido por el médico (84%) y condición indispensable para realizar la Qm. No queda duplicado para el paciente y se archiva en registro específico (74%). 2) 2 evaluadores revisaron los criterios construidos. Necesitamos modificarlos dos veces hasta obtener 5 relativos a (C1) procedimiento y forma de realización, (C2) consecuencias y riesgos, (C3) identificación del profesional y persona que autoriza, (C4) Rechazo-revocación y (C5) Información suficiente y autorización expresa. 3) Evaluamos los 11 modelos CI de la Región de Murcia. Cumplimientos e IC95%: C1, 63,6 ± 28,4%. C2, 54,5 ± 29,4%. C3, 90,9 ± 17,0%. C4, 36,4 ± 28,4%. C5, 90,9 ± 17,0%.

**Conclusiones:** Aunque el uso de CI en Qm está extendido en la Región de Murcia y se entrega con antelación suficiente (aspecto formal) debe mejorarse la deliberación con el paciente, asegurando su aceptación con elementos de juicio suficientes (escaso diálogo y bajo cumplimiento de C2 y C4). Los criterios construidos representan una herramienta de validez (emana de la Ley vigente) y fiabilidad contrastadas, útil tanto para valorar modelos de CI existentes como para desarrollar otros nuevos.

### CMBDH: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

**C-024**

V. Pérez-Blanco, N. Fernández de Larrea, S. Hernández, I. Cuesta, R. Amo y P. Bravo

**Palabras clave:** Reacciones Adversas Medicamentosas.

**Objetivos:** Las reacciones adversas medicamentosas (RAM) son un problema de salud pública cuya magnitud es difícil de cuantificar debido a su infranotificación. Nuestro objetivo fue identificar y describir las RAM registradas en el CMBD (Conjunto mínimo básico de datos) del Hospital La Paz durante 2003 y comparar nuestros resultados con las notificaciones mediante tarjetas amarillas enviadas al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Estudio transversal. La unidad de estudio fue el episodio de ingreso codificado según el informe de alta o historia clínica en el CMBDH del año 2003. Se seleccionaron los episodios de hospitalización con, al menos, una RAM, como diagnóstico principal o secundario. Dichas reacciones están codificadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Modificación Clínica (CIE-9-MC), con los códigos E930-E949 y con el 995.2. Los datos se obtuvieron mediante el programa HP-HIS y se procesaron con el 3M Estación Clínica analizador CASE-MIX AP-GRD v 4.5. Finalmente se exportaron al SPSS.10 para su análisis estadístico. Además, solicitamos al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid el número de tarjetas amarillas enviadas desde nuestro hospital durante 2003.

**Resultados:** De las 50.929 altas registradas en el CMBD, se detectaron 1092 episodios con al menos una RAM (2,14%). De éstos, 217 (0,4% del total) tuvieron como causa principal del ingreso una RAM. La media de edad de los pacientes fue de 51,94 años (D.E: 26,6) y la mediana de 59. De estos episodios, 556 (50,9%) pertenecía a varones y 536 (49,1%) a mujeres. La estancia media es de 16,21 días (D.E: 20,6) y la mediana 10 días. El tipo de ingreso fue urgente en 807 casos (73,9%) y programado en 285 (26,1%). Respecto a la variable tipo de alta, destaca el resultado de éxito en 99 pacientes (9,1% del total de episodios). Los servicios con mayor número de pacientes ingresados por esta causa fueron Oncología Médica y Medicina Interna. Los fármacos más frecuentemente asociados fueron antineoplásicos e inmunosupresores y esteroides. Hallamos diferencias significativas (P = 0,000) entre la estancia media de pacientes ingresados por una RAM (8,18 días) y aquellos que la presentaron durante su hospitalización (18,20 días). El número de Tarjetas Amarillas enviadas al Centro de Farmacovigilancia fue de 6 durante el 2003.

**Conclusiones:** El CMBD es una herramienta útil para la identificación, cuantificación y análisis de las RAM. Dicha fuente de información es complementaria a la notificación espontánea.

**ACTIVIDADES PREVENTIVAS REFLEJADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO EN UN ÁREA DE SALUD****C-025**

M. García, A. Sánchez, J. Carrasco, N. Vallés, M. Esteban y J. Rodríguez

**Palabras clave:** Actividades Preventivas, Calidad.**Objetivos:** Analizar las actividades preventivas realizadas en población adulta en nuestro Área de Salud, con el fin de identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar su impacto.**Métodos:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2004 con la evaluación retrospectiva de 3.455 historias clínicas. *Unidades del estudio:* personas > de 14 años incluidas en la base de datos de tarjeta sanitaria de nuestro Área de Salud. La población del estudio se dividió en 32 estratos (cada estrato correspondía a un equipo de atención primaria (EAP-) y sobre estos se realizó un muestreo aleatorio simple de la base de datos de tarjeta sanitaria. Los criterios evaluados fueron: registro de tensión arterial (TA) en los últimos 4 años, de glucemia en los últimos 3 años, de colesterol en los últimos 5 años, índice de masa corporal (IMC) en los últimos 4 años, hábito tabáquico y resultados de citología de cérvix en los últimos 5 años (este último ítem se valoró únicamente en mujeres de 40 a 70 años). Actualmente se están llevando a cabo medidas correctoras de tipo educacional (difusión de resultados, sesiones informativas en los EAP), estando prevista la reevaluación para el año 2006.**Resultados:** Del total de personas seleccionadas, tenían historia clínica el 76% con un rango en los 32 EAP que osciló entre 16,0% - 96,1%. No superó el 50% de personas con historia clínica 1 EAP. En las 2626 historias finalmente valoradas y de acuerdo a los periodos establecidos como adecuados, existían datos de TA en el 61,2% de los casos (rango 29,3% - 87,5%), cifra de glucemia en el 57,7% (rango 27,2% - 77,0%), de colesterol en el 58,2% (rango 31,3% - 78,4%), de IMC en el 48,8% (rango 21,0% - 72,2%), de hábito tabáquico en el 76,4% (rango 19,1% - 80,2%) y de citología de cérvix en el 26,0% (rango 0% - 100%), para este ítem la muestra final fue de 450 historias.**Conclusiones:** El despistaje de tabaquismo se muestra como la actividad preventiva más realizada. El cumplimiento del resto de las actividades preventivas relacionadas con el riesgo cardiovascular en nuestra área es aceptable, aunque existe un amplio margen de mejora en algunos equipos. El principal déficit detectado se encuentra en el registro de la citología de cérvix.**¿QUÉ VALOR PODEMOS DAR A LAS MICROAUDITORÍAS DE HISTORIAS CLÍNICAS?****C-027**

A. Collado, E. Morales, M. Vigil y M. Esquius

**Palabras clave:** Auditoria, Fiabilidad.**Objetivos:** Comprobar la relación existente entre los resultados obtenidos por auditorias sobre muestras pequeñas de historias clínicas y los obtenidos mediante explotación informática de la totalidad de las historias de un Centro de Atención Primaria.**Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo. Se recogen los resultados de las auditorias realizadas trimestralmente sobre 30 historias clínicas (periodo: 2002-2003) con la siguiente metodología: extracción al azar de 30 historias clínicas de usuarios visitados el día de la auditoria con edades comprendidas entre 30 y 75 años; exclusión de los usuarios no asignados al centro y de aquellos con menos de 3 visitas no urgentes en los últimos 2 años. Comprobación del correcto registro de: alergias, condicionantes y problemas, antecedentes quirúrgicos, evaluación inicial y riesgo cardiovascular. Se realiza revisión informatizada del total de historias clínicas de usuarios entre 30 y 75 años asignados al centro y con un mínimo de 3 visitas no urgentes en los últimos 2 años, en cortes correspondientes a las fechas de la auditoria. Se comprueban los mismos parámetros que en ella. Tabulación y depuración de los datos. Tratamiento estadístico: estadísticos descriptivos, comparación de medias y regresión lineal.**Resultados:** Se revisaron un total de 249 historias clínicas correspondientes a 4 auditorias, de las cuales se eliminaron 9 por no cumplir los criterios de inclusión. Se revisaron 3935 historias clínicas informáticamente. La frecuentación de los usuarios cuyas historias fueron auditadas manualmente fue superior (40,7 visitas/año) a la media del conjunto de usuarios del centro en el mismo grupo de edad (6,17 visitas/año;  $p < 0,001$ ).

La media de los porcentajes de historias correctamente cumplimentados en cada ítem se recoge en la tabla siguiente:

	Alergias	Antec. quirúrg.	Eval. Inicial	Cond y prob	RCV
Automática	62,74%	56,67%	15,28%	71,73%	13,43%
Manual	8,58%	66,95%	41,68%	79,15%	54,96%

Los datos de las dos auditorias presentan buena correlación ( $R = 0,803$ ;  $p < 0,001$ ), que aumenta si se introducen en el modelo los diferentes ítems evaluados ( $R = 0,955$ ;  $p < 0,001$ ).**Conclusiones:** En nuestro estudio se muestra una clara diferencia entre los porcentajes de correcta cumplimentación de las historias clínicas obtenidos por microauditorias respecto a los obtenidos informáticamente. Los datos de la auditoria manual se correlacionan bien con los de la informática en los diferentes cortes efectuados, por lo que pueden orientar sobre los progresos realizados.**DIAGNÓSTICO REFERIDO POR EL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO MÉDICO AL ALTA: ESTUDIO DE CONCORDANCIA EN CONTINGENCIA COMÚN****C-026**

A. Jové, J. Remacha, Y. González, M. Blanco, O. Martínez y E. García

**Palabras clave:** Information, Patient, Study.**Objetivos:** Estudiar la concordancia entre el diagnóstico referido por el paciente como motivo inicial de su incapacidad temporal por Contingencia Común y el diagnóstico médico al alta, según grupo patológico y duración del proceso.**Métodos:** A partir de la Historia Clínica Informatizada de Mutua universal, y sobre una muestra de 18.396 casos correspondientes al período 2001 - 2003, se analizaron las siguientes variables: duración del proceso, causa expresada por el paciente como motivo de su baja y diagnóstico médico realizado por el facultativo al alta (CIE-9-MC a tres dígitos). Se realizó un estudio descriptivo sobre la concordancia diagnóstica para el total de la muestra, por tramos de duración (de 1 a 60 días, de 61 a 180 días, y más de 180 días) y por grupos diagnósticos principales (18 grupos) y se estudió la relación entre las variables mediante el t-test y la prueba Ji-Cuadrado. Para la explotación y tratamiento de los datos se utilizó el programa informático SPSS Versión 11.**Resultados:** El 59,27% del total de los casos muestran concordancia entre el diagnóstico referido y el final y una duración media significativamente inferior ( $p = 0,0000$ ) que el resto de casos. La concordancia por tramos de duración muestra diferencia significativa entre los mismos, siendo del 67,79% para el primero, 58,84% para el segundo y 50,33% para el tercero. El estudio entre duración y concordancia, para cada tramo, muestra diferencias para el segundo ( $p = 0,0000$ ) y tercero ( $p = 0,0079$ ), siendo menor la duración para los casos concordantes. El estudio por grupos patológicos muestra una variabilidad significativa ( $p = 0,0000$ ) respecto a la concordancia. Asimismo en 10 de los 18 grupos, se hallaron diferencias significativas en la duración según concordancia.**Conclusiones:** Los resultados de este estudio evidencian el alto grado de conocimiento de los pacientes sobre su patología, indirectamente sobre la calidad de la información recibida, siendo por tanto la información que aporta el paciente clave para la gestión del proceso en nuestro ámbito. El nivel de concordancia hallada para determinados grupos patológicos y duraciones, invitan a profundizar en el estudio de otras variables que pueden influir en los resultados obtenidos: edad, zona geográfica, gravedad del proceso.**GESTIÓN DEL RIESGO TRANSFUSIONAL PERIOPERATORIO. IMPACTO DE UN RECURSO DE INFORMACIÓN****C-028**

S. Silva-Borrego y M. Vila-Sánchez, como portavoces del Grupo G.E.A.S.

**Palabras clave:** Riesgo Transfusional, Alternativas.**Objetivos:** Minimización del riesgo transfusional en cirugía programada. Optimización consumos de sangre y hemoderivados en cirugía programada. Educación sanitaria de la población (pacientes y familiares) hacia la concienciación del riesgo transfusional y facilitarles el conocimiento del estado actual en cuanto a alternativas a la transfusión. Personalización de la estrategia de ahorro de sangre en cirugía programada adaptada a sus personales condiciones. Promocionar una nueva cultura de "autoabastecimiento" para la población en el escenario perioperatorio.**Métodos:** Elaboración por parte de un colectivo de expertos en ahorro de sangre (G.E.A.S. Grupo de Estudio para el Ahorro de Sangre) de una herramienta potente de mejora de la comunicación entre el clínico y el paciente mediante la cual facilitarle la información más relevante y actualizada como "lex artis ad hoc" para poder conocer las alternativas a la transfusión de la Medicina Contemporánea en el escenario perioperatorio. Validación de la redacción definitiva en una muestra amplia (N.100) de posibles lectores potenciales (25 personal sanitario y 75 de público general) con vistas a confirmar su carácter divulgativo de fácil entendimiento.**Resultados:** Desde las consultas de Anestesiología (preoperatorios) hemos facilitado la difusión de los primeros 5.000 ejemplares gratuitos de nuestro folleto "La transfusión de sangre en cirugía programada. Un riesgo evitable".**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la incorporación sistemática de nuestro folleto para la información del paciente y familiares, estimula un gran interés por la adopción de planes terapéuticos personalizados con vistas a minimizar ó anular el riesgo transfusional. Produce un incremento de la demanda en relación a la posibilidad de autohemodonación preoperatoria, genera sosiego (ante el temor a la transfusión) y confianza con el Sistema Sanitario (velan por mi seguridad, adoptan medidas de prevención) y en definitiva corresponsabiliza al paciente en el de ahorro de sangre en cirugía programada, de la misma manera, los pacientes previamente anémicos comprenden mejor la necesidad de cumplimentar las recomendaciones de la O.M.S y ser estudiados y tratados preoperatoriamente disminuyendo el consumo de sangre y la morbilidad. Proponemos su disponibilidad en todas las consultas de preoperatorios y su difusión antes de ser atendidos por el clínico con lo cual se alivia la espera y se comprenden más fácilmente los planteamientos del facultativo para la necesaria y solidaria estrategia de ahorro de sangre en cirugía programada.

## MESA 5

# Sistemas de monitorización de indicadores (I)

### UNA SERIE DE INDICADORES DEFINIDOS POR LOS PROFESIONALES HAN CONSTITUIDO LA MAYORÍA DE LOS RESULTADOS CLAVE DEL HOSPITAL

C-030

A. Sainz-Rojo, J.R. Martínez-Alonso, C. Caamaño-Vaz y J. Carro-González

**Palabras clave:** Gestión-clínica; Indicadores-calidad.

**Objetivos:** Iniciado en el año 2000, ha consistido en definir progresivamente una serie de indicadores que permitieran establecer valoraciones de distintos aspectos claves de la atención sanitaria útiles para la gestión de la calidad y la evaluación por el EFQM.

**Métodos:** Definición de indicadores de estructura, proceso y resultado, de ámbito hospitalario o por Unidades de Enfermería/Servicios, con la participación de los profesionales a través de Comisiones Clínicas o grupos de trabajo específicos, en sus respectivas áreas de interés. Los procedimientos utilizados se engloban en cuatro grupos: 1) *Indicadores generales.* Las fuentes de información utilizadas son CMBD, GRD's, Sistema de información de AE la Comunidad de Madrid, base de datos de prescripción farmacéutica FARMADRID, Evaluaciones del Plan de Calidad, Sistema de Vigilancia de la Infección y HIS. 2) *Indicadores de cuidados enfermeros.* Se obtienen a partir de la información recogida en la auditoria semestral en todas las plantas de hospitalización. 3) *Indicadores procedentes de las bases de datos de notificación voluntaria de sucesos adversos.* 4) *Indicadores procedentes del cuestionario SERVQHOS.*

**Resultados:** Se dispone actualmente de los valores de 73 indicadores hospitalarios (28 generales, 23 de enfermería y 22 de opinión de pacientes) correspondientes a los 3 últimos años y 16 con resultados de los años 2002 y 2003. Se citan como muestra los valores obtenidos en algunos indicadores:

% Altas codificadas a los 20 días: 47%, 58%, 69%

% Reingresos urgentes = CDM en

% Prescripción de genéricos en receta: 4%, 3,0%, 4,1%

Ahorro potencial por uso genéricos en receta: -, -, 523.347 euros

Mortalidad infarto agudo de miocardio como diagnóstico principal: 33 (11,74%), 39 (10,74%), 47 (12,60%)

Tasa incidencia pacientes de riesgo que desarrollan U.P.P. de grado >1: 10,0%, 9%, 10,8%

Número de caídas registradas: -, 101, 152

Tasa de caídas con lesión grave: -, 4%, 2%

Tasa de pacientes con Informe de Enfermería al Alta: -, -, 59%

% pacientes identificados con el brazalete con nombre y dos apellidos: -, -, 23%

**Conclusiones:** El hecho de mantener una evaluación sistemática de los aspectos de la asistencia más relevante permite detectar problemas para solucionarlos. La característica de estos indicadores, definidos desde la base, por los profesionales del hospital, evita las discusiones sobre su idoneidad. Es importante destacar su planteamiento como un proceso continuo que irá abarcando cada vez más áreas.

### CUADRO DE MANDOS PARA LA GESTIÓN CLÍNICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

C-029

J.R. Martínez, J. Ortiz-Berrocal, M. Alonso, B. Ayuso, A. Saínz y J. Carro

**Palabras clave:** Indicadores; Calidad; Gestión.

**Objetivos:** Elaborar un documento que contenga una serie de indicadores del funcionamiento del Servicio de Medicina Nuclear que facilite la gestión clínica, permita una capacidad de dirección más completa, sirva para realizar comparaciones pertinentes y documente la adopción de medidas de mejora en la atención a los pacientes.

**Métodos:** Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar (Medicina Nuclear, Bioestadística y Calidad), que basándose en la filosofía del uso de indicadores y en el análisis de la gestión adaptada a este servicio hospitalario fijó una serie de indicadores a determinar. Elaboración de procedimientos de cálculo (programación personalizada en FORTRAN) precisos para obtener con carácter retroactivo los valores de los indicadores contenidos en el sistema de información del servicio. Implantación de procedimientos para recoger información pertinente para la obtención de nuevos indicadores.

**Resultados:** Se ha conseguido un cuadro de mandos que contiene 56 indicadores clasificados en 7 grupos correspondientes a actividad asistencial (18), control de dosis radiactiva (8), gestión clínica (12), gestión de riesgo (3), gestión de personal (9), control del sistema de información (4) y docencia e investigación (2). En el momento actual han sido fijados los valores de 31 indicadores en los últimos 5 años lo que permite seguir la evolución del funcionamiento del servicio. Se destaca una mejor distribución de la actividad con valores de relación pacientes mes máximo/media que disminuye paulatinamente de 1,34 en 1999 a 1,17 en el año 2003, hecho que de alguna manera está explicado con la disminución del número de pacientes atendidos de 12.166 a 10.700.

**Conclusiones:** La implantación de este cuadro de mandos supone un paso adelante en la política de calidad del servicio. Una simple ojeada refleja instantáneamente la evolución, dentro de una continuidad, que destaca una disminución del número de pacientes procedentes de Atención Primaria y un aumento de estudios de patología ósea. También se aprecia una tendencia en el incremento de uso de monodosis así como un ligero aunque perceptible incremento de dosis desperdiciadas, cuya explicación se está investigando. El cuadro de mandos no incluye en esta primera fase datos económicos o administrativos hecho previsto en un futuro próximo con el uso de datos aportados por la contabilidad analítica. El estudio ha puesto de manifiesto la necesidad de incluir nuevos indicadores de gestión de riesgo.

### CALIDAD EN ONCOLOGÍA: EL REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES MALIGNOS DEL HOSPITAL DE BASURTO

C-031

J.M. Toledo, B. Madurga y M. Latorre

**Objetivos:** El 1 de enero de 1.995 comienzan a registrarse los casos tipificados como enfermos de tumores malignos, de acuerdo a unas normas establecidas por Osakidetza para sus propios centros. El objetivo de este trabajo es mostrar la incidencia, supervivencia y prevalencia de los pacientes recogidos en el registro en el primer quinquenio de vida del registro de tumores del Hospital de Basurto.

**Métodos:** 1. *Ámbito del registro:* el hospital atiende a una población de 353.567 habitantes (167.520 hombres y 186.047 mujeres). 2. *Caso registrable:* cualquier paciente con un tumor clasificable con el CIE-O 2ª ed. cuyo código de comportamiento sea igual a 2 o cualquier tumor del SNC. 3. *Fuentes de información:* listados informatizados del CMBD, de los Servicios de Anatomía Patológica, Oncología y Hematología y del Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma Vasca. 4. *Ficha de recogida de datos:* contiene los datos de identificación del paciente y datos relativos al tumor (diagnóstico, tratamiento y evolución). 5. *Estimadores de supervivencia:* curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank para comparar curvas.

**Resultados:** *Incidencia:* se han registrado 7.286 nuevos casos, 4.107 (56%) en hombres y 3.179 (44%) en mujeres. El quinquenio de edad con más incidencia es, en ambos sexos, el de 65 a 69 años. Por extensión, son localizados 3.269 (48%), regionales 1.762 (26%) y diseminados 1.732 (26%). Los casos in situ y desconocidos representan un 3% y un 4%, respectivamente. El cáncer de colon-recto ocupa el primer lugar, con 1.069 casos (15%). El cáncer de mama supone, con 1.020 casos, un 14% del total. El cáncer de pulmón, con 703 casos, representa un 10% de los casos registrados. *Supervivencia:* la supervivencia global a los cinco años es del 50%. La de los casos localizados es del 68%. La de los casos regionales es del 39% y la de los diseminados, del 16%. La supervivencia global en 1.999 es mayor que la de 1.995 (p

*Prevalencia:* hay un incremento anual: 1.329 casos en 1.995, 2.363 casos en 1.996, 3.296 casos en 1.997, 4.164 casos en 1.998 y 4.946 casos en 1.999.

**Conclusiones:** 1) En nuestro medio, el cáncer colo-rectal es el más incidente, si bien se constata un infraregistro del cáncer de próstata. 2) La supervivencia va aumentando paulatinamente, si bien hay grandes diferencias cuando se analiza por localización. El cáncer de mama presenta una supervivencia global a los cinco años mayor del 90%, el de colon-recto, de un 45%, y el cáncer de pulmón presenta una supervivencia menor del 10%.

## ANÁLISIS DE CAUSAS DE ACCIDENTE DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL

### C-032

M. Zapirain, J. Orbegozo, L. Olazabal, L. Marquet y A. Hernando

**Palabras clave:** Accidente, Paciente, Medicación.

**Objetivos:** Desde hace más de diez años los accidentes, o más bien las caídas de pacientes están consideradas dentro del grupo de "efectos adversos en pacientes hospitalizados". Clásicamente, está considerado como un indicador indirecto de la calidad de la atención que presta el personal de enfermería. Sin embargo se ha comprobado que existen otros factores asociados a los accidentes. Un estudio multicéntrico realizado en Italia demostró que la utilización de determinados fármacos como inductores del sueño aumentaba el riesgo de sufrir accidentes en unas seis veces con respecto a la utilización de otros fármacos. En nuestro Hospital más de 200 pacientes al cabo de cada año sufren un accidente, lo que supone alrededor de un 0,5% de los ingresos de pacientes. Posteriormente, alguno de estos pacientes ha fallecido, pero desconocemos si el accidente ha influido o no en el fallecimiento. Por otra parte, hasta el momento, el sistema que se sigue para conocer los accidentes no permite realizar una investigación más exhaustiva del mismo. El objetivo del estudio cuyos resultados se presentan aquí era conocer "al momento" los accidentes de pacientes que se producen en el hospital, averiguar las causas y poner soluciones en la medida de lo posible.

**Métodos:** Se realizará estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes accidentados en el hospital durante el año 2003. El estudio se realizó según los siguientes pasos establecidos: Diseño de una hoja de "investigación del accidente" Diseño de base de datos para la automatización y tratamiento estadístico de los datos. El trabajo consistió en acudir al lugar donde se había producido el accidente o bien completar la información necesaria telefónicamente y cumplimentar la hoja de investigación con los datos aportados por el equipo que atiende al paciente, recogiendo los datos referentes a la medicación recibida por el paciente en las 12 horas previas al accidente y determinando en el mismo lugar las medidas preventivas necesarias a aplicar desde ese momento.

**Resultados:** El total de pacientes que sufrieron al menos un accidente durante su estancia en el hospital fue de 297; 63 (21,2%) habían tomado algún tipo de medicación como inductor del sueño, hipnótica, antidepresiva o ansiolítica. No se ha encontrado relación entre el tipo de fármaco utilizado y la ocurrencia de accidente. En 1/3 de los casos tenían colocadas barras laterales de protección como medida preventiva.

**Conclusiones:** No se ha confirmado la hipótesis de la influencia de determinados fármacos en el riesgo de accidente de pacientes hospitalizados.

## MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL BASADA EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

### C-034

B. Carrasco

**Objetivos:** 1) Diseñar e implementar un modelo de gestión de calidad, basado en el modelo de gestión por procesos. 2) Generar información objetiva para la toma de decisiones (local e institucional) que contribuya al mejoramiento de la calidad.

**Métodos:** El sistema implementado por el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se diseñó teniendo como base el modelo de gestión por procesos. La información fue organizada de acuerdo a las 6 áreas claves. En primer lugar, se consideraron los 3 procesos claves de la organización: Atención Hospitalizada, Actividad Quirúrgica y Atención Ambulatoria. En un cuarto apartado la información referente a Satisfacción Usuaría. En un quinto grupo se reunieron los Indicadores de Calidad Técnica. Finalmente en un sexto grupo se incluyeron los indicadores de Cliente Interno. La primera fase contempló la definición y seguimiento de los indicadores de procesos y de satisfacción. En el establecimiento de estándares, se optó por una modalidad mixta: estándares nacionales y metas institucionales. En una segunda fase, se construyeron los indicadores técnicos y de cliente interno, los cuales permitieron definir compromisos de calidad, basados en objetivos y metas institucionales que fueron traducidos a nivel de centros de responsabilidad.

**Resultados:** Los resultados se han reportado en cuatro semestres consecutivos a los servicios clínicos, administrativos como a la Dirección, para el diseño de las intervenciones pertinentes. A partir del último reporte emitido, se destacan los siguientes resultados: Porcentaje de Egresados Mejorados: 95%; Satisfacción Usuaría 82%-95%; Suspensión Operativa: 14%; Completitud Protocolo Quirúrgico: 93%; Completitud Epicrisis: 75%. La publicación interna de resultados y su acceso a través de Intranet ha generado importantes efectos: la discusión local al interior de los centros de responsabilidad, y el efecto de "control social" entre servicios comparables. El sistema permitió además la formalización de compromisos locales de calidad que se están monitorizando desde el año 2003.

**Conclusiones:** El enfoque de gestión por procesos ha permitido: generar información de apoyo a la toma de decisiones, evaluar el avance del plan de calidad de la organización, en base a un conjunto finito y concentrado de indicadores; siendo parte además del cuadro de mando gerencial de la institución. Las proyecciones futuras del sistema prevén que dicho sistema pueda ser accedido y consultado en forma remota, descentralizando progresivamente tanto los ingresos de información como los resultados y reportes de gestión.

## COMPARTIR EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA ENTRE NIVELES

### C-033

M.A. Moleiro, A. Tantiñá, A. Iruela, A. Ballarin, R. Vilatimó y R. Carrera

**Palabras clave:** Analysis, Mortality, Continuity.

**Objetivos:** Compartir la metodología de revisión de la mortalidad entre el Hospital General de Vic (HGV) y el Equipo de Atención primaria (EAP) Osona sud-Alt conlost. Análisis de los Exitus Secundarios a Problemas Hospitalarios (ESPH) y Exitus Secundarios a Problemas de Atención Primaria (ESPAP).

**Métodos:** La detección sistemática de los errores hospitalarios, su análisis, propuestas de mejora y seguimiento de las mismas, suponen una mejora de la asistencia sanitaria. El HGV analiza sistemáticamente desde 1991 todos los exitus (n = 4033), buscando los ESPH. La bibliografía demuestra que el 30% de las altas tienen efectos adversos y relacionados con la mortalidad, un 0,5%. El estudio de concordancia del HGV en 1991, detectó ESPH en el 22% de los exitus, correspondiendo al 0,55% de las altas. Los ESPH están clasificados en 5 categorías (infección nosocomial, técnica diagnóstico-terapéutica, insuficiente valoración o demora de tratamiento/profilaxis, incidente nocivo, problema organizativo/estructural). En la revisión bibliográfica no se han encontrado referencias del ESPAP. En el año 2003 se iniciaron reuniones entre el técnico responsable del grupo de mortalidad del HGV y el EAP, para analizar de forma sistemática los exitus que tenían, buscar los ESPAP y aspectos de calidad de muerte, con el objetivo de establecer acciones de mejora.

**Resultados:** Se ha establecido la comisión de mortalidad del EAP, sus funciones, el circuito de análisis, los parámetros y resultados a valorar, y se ha elaborado la hoja informatizada de recogida de datos. Se analizan los ESPAP, con parámetros mediante consenso por parte de la comisión. Se analizan los criterios de Rutstein y se ha previsto elaborar informes inmediatos. El técnico del grupo de mortalidad del HGV realiza funciones iniciales de soporte metodológico. Se han analizado todos los exitus del área del EAP de 2004. El 100% de los médicos con "cupó" forman parte de la comisión. Se han establecido el conjunto mínimo de datos a registrar en caso de exitus. Se analizan y discuten los exitus en el hospital que pertenecen al área básica.

**Conclusiones:** La colaboración entre el HGV y el EAP permite aumentar la relación entre niveles. La dinámica establecida permite el análisis conjunto de los exitus del hospital y residentes en el área de actuación del EAP. La actitud positiva ante los ESPH y ESPAP da a los profesionales seguridad e interés por la autoevaluación. Esta metodología permite detectar los errores asistenciales, de forma sistemática y ha permitido realizar acciones de mejora organizativas.

## MONITORIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES A PARTIR DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ALTA EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET

### C-035

J. Vilarasau y C. Gimeno

**Palabras clave:** Complicaciones, Diagnósticos, Grd.

**Objetivos:** Obtención de un sistema que permita la medición y análisis de los diagnósticos de complicaciones en los informes de alta hospitalaria en el Hospital General de l'Hospitalet.

**Métodos:** Se elaboró un primer listado (diccionario) de diagnósticos de complicación a partir de una revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIM-9-MC) que lo largo de los últimos tres años se ha ido ajustando con la colaboración de los distintos servicios, tanto médicos como quirúrgicos, para decidir qué diagnósticos faltaban o cuales no correspondían a una complicación. Se diseñó un aplicativo informático que permitiera obtener resultados de complicaciones globales para todo el hospital, por servicios, por GRD y por diagnóstico de complicación. En todas las explotaciones se puede identificar el enfermo, así como el episodio asistencial con diagnóstico de complicación, lo que permite la comprobación o revisión, si se precisa. A partir de los primeros resultados provisionales obtenidos se realizó un seguimiento específico y validación de: a) GRD o servicios con mayor número de complicaciones, mediante reuniones con los servicios implicados, b) diagnósticos que tienen un tratamiento interdisciplinar (flebitis, infecciones de orina, infecciones de herida quirúrgica), con los responsables del proceso de control de infecciones.

**Resultados:** Diccionario de complicaciones según ICD-9-MC consensuado con los servicios. Aplicativo informático, de fácil manejo, para monitorizar las complicaciones reflejadas en los informes de alta de nuestro centro, que nos proporciona: a) Incidencia global, por servicio, por GRD y por diagnóstico de complicación, durante el período que se quiera estudiar. b) Listado de las complicaciones más prevalentes en nuestro centro (1).

(1) En los últimos 4 años (2000-03) se han mantenido como complicaciones más prevalentes (aunque en orden distinto) los mismos diagnósticos, que son: Oliguria postoperatoria (997,5), Insuficiencia pulmonar Postoperatoria (518,5), Flebitis (999,2), Hemorragia que complica procedimiento (998,11), Seroma postoperatorio (998,51), Envenenamiento por cardiotoxicos (972,1).

**Conclusiones:** Es un instrumento efectivo para que cada servicio pueda realizar un seguimiento de las complicaciones que presentan sus pacientes. Permite conocer las complicaciones más prevalentes en el hospital así como su evolución, y aplicar medidas en aquellos casos que se requiera. Permite revisar los criterios de codificación empleados en los informes de alta.

## MESA 6

# Sistemas de monitorización de indicadores (II)

### APORTES DE FACTORES AJENOS A LA CALIDAD TÉCNICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS AL COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE RETORNOS

**C-037**

S. Núñez, A. Martín, A. Álvarez y A. Aguirre-Jaime

**Palabras clave:** Emergency, Readmission, Quality.**Objetivos:** Valorar si la tasa de retornos puede estar influenciada por factores distintos a la calidad técnica de un servicio de urgencias hospitalario.**Métodos:** Estudio prospectivo donde la unidad de análisis es el retorno inesperado a las 72 horas del alta de urgencias. Se obtiene una muestra de 500 resultados divididos en mitad de retornos y mitad de no-retornos. Como factores propios de la calidad técnica del servicio se consideran los errores de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, información, y del sistema, el mantenimiento en observación, indicación de pruebas complementarias, categoría del médico, y cumplimentación de la historia clínica y como factores ajenos a la calidad técnica la edad, el género, motivo de consulta, accesibilidad, nivel de estudio y económico de los pacientes. Primero se estiman las significaciones estadísticas de las diferencias de la presencia de estos factores entre retornados y no retornados y se realiza un análisis multivariante con los factores significativos para valorar el riesgo asociado a cada uno de ellos. Después se estiman las significaciones estadísticas de las correlaciones (tb) entre los factores y el desenlace de los retornos y se realiza un análisis multivariante con los factores significativos para valorar su influencia sobre el desenlace.**Resultados:** Además del riesgo asociado a los errores de pronóstico, tratamiento, de información y del sistema, la accesibilidad presenta un riesgo relativo de 1,2 (IC95%: 1,04-1,49) veces más a retornar de manera inesperada por cada 20 minutos menos en de tiempo a invertir para acceder a Urgencias. Por otro lado, entre los factores no relacionados con la calidad técnica, la disnea como motivo de consulta ( $b = 0,7$ , IC95%: 0,3-1,1) y la edad por cada año más ( $b = 0,010$ , IC95%: 0,003-0,016), influyen en los diferentes desenlaces de los retornos.**Conclusiones:** La tasa de retornos a urgencias puede estar influenciada, además de por los factores propios de la calidad técnica, por factores ajenos a la misma, como la accesibilidad, el motivo de consulta, los antecedentes patológicos, la edad, el nivel de estudios y el status socioeconómico del paciente. Para aumentar la validez de este indicador de modo que exprese mejor la afectación que como consecuencia de un retorno sufre el paciente, debería considerarse, además, el destino al alta de urgencias del mismo, porque, a diferencia del retorno, que posee un interés de gestión de la calidad pero no considera el impacto de la readmisión sobre el paciente, éste último centra en ello su atención.

(Financiado por FUNCIS)

### PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. ESTUDIO PROSPECTIVO

**C-036**

A. Aloy, D. Pellejà, E. García, E. Avendaño, R. Terrada y M. Viñas

**Palabras clave:** Protocolo, Adecuación, Urgencias.**Objetivos:** Conocer el porcentaje y características de las visitas inadecuadas en nuestros dos SUH con inclusión de las siguientes novedades: recogida prospectiva de datos por los propios médicos, pacientes de todas las edades y especialidades, multicéntrico, y aplicación simultánea y comparativa en un día festivo y en un otro laborable, utilizando el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) de Cantero Hinojosa.**Métodos:** Recogida prospectiva de pacientes consecutivos en nuestros dos Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 542 pacientes, con una media de edad de  $36,31 \pm 25,63$  años. La mayoría (88,7%) acudieron de forma espontánea y por especialidades correspondían sobre todo a traumatología, medicina interna y pediatría. Los criterios de adecuación fueron de intensidad diagnóstica en 49%. Se detectaron 220 (40,6%) visitas inadecuadas. El estudio univariado de cada variable demostró: ausencia de diferencias significativas entre el día festivo y el laborable; el 43,5% de las que acudieron espontáneamente fueron visitas inadecuadas respecto al 16,4% de las derivadas ( $P = 0,0001$ ); un porcentaje similar (90%) de inadecuadas en día festivo y en laborable; por especialidades las visitas inadecuadas correspondieron a pediatría (11,6% del total), traumatología (9,4%), medicina interna (8,5%) y cirugía (3,7%) ( $P = 0,01$ ); respecto al sexo se registraron un número parecido de consultas inapropiadas ( $P$ : NS); de los pacientes menores de 15 años realizaron una consulta inapropiada el 50%, de entre 15 y 65 años el 42,8% y en los mayores de 65 el 21% ( $P < 0,0001$ ); y la procedencia desde áreas donde el centro de AP está integrado en el hospital (Caella ciudad) también fue significativa la inadecuación ( $P < 0,042$ ). Por último, el análisis multivariante reafirma la inadecuación en todas las variables univariadas, excepto la procedencia.**Conclusiones:** La inadecuación de las visitas fue del 40%, más alto que en tres estudios anteriores, por la inclusión de pacientes pediátricos y traumatológicos. El perfil de usuario que realiza una visita inadecuada a nuestros SUH correspondería a un paciente en edad pediátrica que consulta espontáneamente. Los PAUH existentes son un instrumento útil para analizar la inadecuación de las visitas a los SUH entre diferentes hospitales como dentro del mismo centro, para evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a reducirlas, valorar la posible sobreutilización diagnóstica por los propios SUH y establecer estrategias de mejora en la asistencia y racionalización de recursos.

### MONITORIZACIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

**C-038**

E. Ramiro, J.A. Martínez, E. Martínez, F.C. Sánchez, J. Leal y J. Alcaraz

**Palabras clave:** Tiempos Espera, Urgencias.**Objetivos:** Monitorizar el tiempo de espera de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalarias desde que registran los datos en admisión hasta que son recepcionados por el facultativo y por el personal de enfermería**Métodos:** *Diseño:* estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.*Ámbito:* Servicio de urgencias del hospital Morales Meseguer de Murcia. *Periodo de estudio:* 31 de mayo al 6 de junio de 2004. *Población (criterios de inclusión):* pacientes que acuden al servicio de urgencias entre las 8 horas y 2 horas del día siguiente. *Población (criterios de exclusión):* pacientes que acuden con urgencia vital o que presentan dolor torácico y pacientes que no tiene registrados los horarios de recepción.*Mecanismo de selección de casos:* se ha realizado un muestreo sistemático escogiendo el primer paciente que acude a urgencias cada hora.*Mecanismo de sustitución de casos:* se pasaba al siguiente si el elegido cumplía criterios de exclusión. *Fuente de datos:* Registro de control asistencial. *Instrumento de recogida de datos:* se ha diseñado un registro de elaboración propia con el objetivo de recoger el tiempo que transcurre desde que el paciente facilita los datos en admisión de urgencias hasta que es recepcionado por el facultativo de triage y el tiempo de espera hasta que es recepcionado por el personal de enfermería. *Análisis estadístico:* SPSS 11.0.**Resultados:** El tiempo de espera medio hasta la recepción del facultativo de triage es de 18,8 minutos, presentando los valores máximos de espera entre las 12-13 y 22-23 horas con 26,5 y 26 minutos respectivamente. El tiempo de espera menor se presenta entre las franjas horarias de las 8-9 y 1-2 horas con 12 y 8,6 minutos respectivamente. Respecto al tiempo de espera medio de la recepción de enfermería es de 12,9 minutos, presentando valores máximos entre las 10-11 y 11-12 horas con tiempos de espera de 20,7 y 36,1 respectivamente. Los tiempos de espera menores se producen entre las 8-9 y las 20-21 horas con 0,8 y 4,7 minutos respectivamente.**Conclusiones:** La monitorización mediante el control estadístico de la calidad nos permite detectar la estabilidad de los procesos y las situaciones fuera de control, con la finalidad de poder mantener una optima calidad asistencial.

**INDICADORES DE CALIDAD AUTOMÁTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FRACTURA DE CADERA****C-039**

J. Guajardo, J. Yetano, A. Álvarez-González, M. García-Urbaneja y G. López-Arbeloa

**Palabras clave:** Indicadores, Fractura Cadera.**Objetivos:** Definir indicadores de calidad de la cirugía de la Fractura de cadera que sean fácilmente obtenibles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Analizar la casuística de la cirugía de la Fractura de cadera de los hospitales de Osakidetza de 1999 a 2003 con los indicadores definidos.**Métodos:** Creación de un grupo de trabajo de expertos en: a) Traumatología, b) Gestión sanitaria, c) Manejo de bases de datos, d) Documentación clínica. Definición de indicadores de calidad automáticos de la cirugía de cadera mediante consenso. Conversión de los indicadores definidos a los códigos de la CIE-9-MC. Desarrollo de una herramienta para la obtención automática a partir de las altas codificadas (CMBD) de los indicadores definidos.**Resultados:** El grupo de expertos definió los indicadores automáticos de la Fractura de cadera: a) % de Mortalidad, b) Estancia media y Estancia media preoperatorio, c) % de reingresos, d) % de neumonía antes del alta, e) % de embolia pulmonar antes del alta, f) % de infección de herida antes del alta. Se han diseñado las búsquedas con códigos CIE-9-MC de la fractura de cadera y de los indicadores de neumonía, embolia pulmonar e infección de herida. Se ha desarrollado una herramienta informática para la obtención de dichos indicadores. Se han obtenido los indicadores mencionados de los hospitales de Osakidetza de los años 1999 a 2003 por hospitales que se exponen en la siguiente tabla.

	Altas	Edad	E.M.	E.M.P.	% Mort.	% Reing.	% Emb. pul.	% Neumon	% Comp. her.
Hospital 1	814	77	21,8	4,2	6,4	4,5	0,6	1,5	2,9
Hospital 2	1.816	81	14,3	3,85	4,9	6,0	0,4	1,1	1,1
Hospital 3	308	80	15,0	3,6	6,2	4,5	0,6	0,6	2,6
Hospital 4	1.741	79	14,9	3,1	6,7	3,7	0,3	1,9	2,1
Hospital 5	1.145	80	14,8	3,1	5,8	7,9	0,2	0,5	1,2
Hospital 6	339	80	14,3	3,0	2,9	6,1	0,9	2,65	5,0
Hospital 7	265	80	11,9	2,9	1,1	7,1	0,4	1,9	1,1
Hospital 8	340	81	12,6	2,4	5,3	7,3	0,6	0,6	2,5
Hospital 9	617	78	15,3	2,2	4,0	9,0	0,3	1,1	2,6
Hospital 10	353	80	18,0	2,0	6,2	4,5	0,6	0,6	2,6
Hospital 11	599	81	12,7	1,27	5,3	8,7	0,7	1,67	4,5
Total	8.353	79	15,2	3,1	5,4	6,1	0,4	1,3	2,3

**Conclusiones:** 1) La herramienta presentada, que obtiene indicadores de calidad automáticos, es útil para comparar los resultados de los hospitales de un servicio regional de salud. 2) Se observan importantes diferencias en la Estancia media preoperatoria entre los diferentes hospitales que expresa una práctica diferente ante los pacientes con una Fractura de cadera y que condiciona sus resultados.**PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA. EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE CALIDAD****C-041**

P. Gómez, D. Morán y P. González

**Palabras clave:** Preparación Prequirúrgica.**Objetivos:** Conocer el nivel de aplicación del Procedimiento de preparación prequirúrgica. Mejorar la preparación prequirúrgica del paciente.**Métodos:** El H.U. Marqués de Valdecilla dispone de un procedimiento de preparación prequirúrgica, elaborado por enfermeras asistenciales, cuenta con las instrucciones médicas y el S. de Medicina Preventiva. Se mantiene actualizado, las modificaciones precisas se realizan por medio de la coordinación de los servicios implicados. La preparación se registra en el documento de Tratamiento y Cuidados del paciente, perteneciente al H. Clínica. Periódicamente las enfermeras de cada unidad, realizan una autoevaluación y las enfermeras del área quirúrgica evalúan el resultado de la preparación del paciente a su llegada a quirófano, por medio de un estudio descriptivo, de acuerdo a siete criterios de evaluación. Los pacientes evaluados corresponden a Cirugía Programada y el Estándar de cumplimiento de criterios es del 100%. Comunicación permanente entre unidades de hospitalización, área quirúrgica y Medicina Preventiva, con información de resultados, oportunidades y acciones de mejora.**Resultados:** El número de pacientes evaluados se corresponde con el 50% de los pacientes intervenidos (C. Programada) en un periodo de tiempo previamente establecido (7 días). En el último estudio se evaluaron 152 pacientes. Los criterios de evaluación y su cumplimiento se indican a continuación: El 96,62% de los pacientes refiere estar informado, el 92,19% tiene el preoperatorio completo (según protocolo), el 98,68% está en ayunas, el 94,91% está rasurado (según protocolo), el 96,66% tiene la higiene quirúrgica realizada, al 97,12% se le han retirado prótesis, joyas, etc. y el 91,39% ha recibido la medicación prescrita para ser administrada antes de su llegada a quirófano. El índice de cumplimentación global fue del 95,36%, mientras que el índice obtenido en la evaluación anterior fue del 93%. En ambos casos el criterio menos cumplido se corresponde con la medicación.**Conclusiones:** La preparación prequirúrgica del paciente es un procedimiento asociado al proceso quirúrgico. Establecido como un Indicador de Calidad, está sometido al ciclo de la evaluación. La evaluación favorece el conocimiento y aplicación del procedimiento y la coordinación entre unidades y servicios que intervienen en el mismo proceso. Las acciones de mejora pueden modificar el procedimiento y en consecuencia los criterios de evaluación. Para la próxima evaluación se incorpora un criterio relativo al Consentimiento Informado y otro correspondiente a la medicación.**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA****C-040**

I. Agüero, P. Gómez, D. Morán y P. González

**Palabras clave:** Medicamentos Seguridad Evaluación.**Objetivos:** Conocer el nivel de calidad de transcripción de medicación prescrita. Detectar errores en la administración de medicamentos. Mejorar la seguridad en el proceso de medicación.**Métodos:** El H.U. Marqués de Valdecilla dispone de las Normas correspondientes al Proceso de Medicación, elaboradas, actualizadas y difundidas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del centro, así como del Manual de Procedimientos de Enfermería de Administración de Medicamentos, entendido como Instrucciones Técnicas que deben cumplir las enfermeras. La evaluación se realiza anualmente, utilizando seis criterios obtenidos de las Normas del Proceso de Medicación. El estudio se realiza en todas las unidades de hospitalización por medio de un muestreo a criterio, del 20% de los pacientes ingresados en el momento del estudio. La fuente de datos es la Historia Clínica: hoja de Órdenes Médicas y hoja de Enfermería de Administración de Tratamientos. La recogida de datos se realiza conjuntamente entre una enfermera de la Unidad de Calidad y una enfermera de la unidad de hospitalización correspondiente, para lo cual se utiliza una hoja previamente diseñada. El estudio se realiza en todas las unidades de hospitalización. Cada Unidad de hospitalización conoce sus propios resultados y los globales de todo el centro.**Resultados:** En el año 2003 se estudiaron 168 pacientes. Criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento: Cada medicamento registrado en la hoja de Enfermería de Administración de Tratamiento coincide con la prescripción médica en el 97,61% de los casos. Este mismo porcentaje se obtiene en los siguientes criterios: en cada fármaco se expresa la dosis, en cada fármaco se expresa la vía y en cada fármaco se expresa la frecuencia. El criterio correspondiente a la administración firmada en fecha y hora se cumple en el 97% de los casos. El porcentaje global del cumplimiento de estos cinco criterios fue de 97,49%, mientras que en el año 2002 fue de 93%. La cumplimentación del apartado de Alergias fue de 87,65%, mientras que en el año 2002 fue de 77,43%.**Conclusiones:** Esta evaluación hace referencia a una de las fases del complejo proceso de medicación, en el que intervienen diversos profesionales y servicios. Hace referencia a los errores que tienen su origen en la transcripción, a su vez relacionados con la condición artesanal de este proceso. Los avances tecnológicos que ofrezcan la eliminación de la fase de transcripción, pueden limitar esta posibilidad de error humano.**SONDA VESICAL. EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO COMO ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD****C-042**

P. González, P. Morán y P. Gómez

**Palabras clave:** Sondaje Vesical Evaluación.**Objetivos:** Conocer el nivel de aplicación del procedimiento. Aplicar sistemáticamente el ciclo de la evaluación.**Métodos:** El H.U. Marqués de Valdecilla dispone de un procedimiento de inserción y cuidados de la sonda vesical, actualizado permanentemente por el Servicio de Medicina Preventiva, en coordinación con los profesionales implicados. Las unidades y servicios que intervienen en el procedimiento realizan periódicamente la evaluación de su cumplimiento. Anualmente y con fechas establecidas, se realiza una evaluación por medio de una serie de criterios establecidos, recogidos en una hoja para este fin. La evaluación se realiza en dos fases, en relación a las unidades o servicios implicados: La inserción corresponde a servicios especiales (Quirófanos, Urgencias, Partos, Radiodiagnóstico y Unidad de Alta Resolución), y los cuidados afectan a las unidades de hospitalización.**Resultados:** De la inserción: se estudiaron 117 pacientes, de los cuales el 84% recibieron información previa. Al 97% se les aplicó el lavado según protocolo. El 80% de los profesionales se lavaron las manos según protocolo y el 100% utilizaron el equipo y guantes estériles. En el 83% se utilizó el lubricante estéril. En el 95% se colocó el sistema de drenaje cerrado y al 55% se le aplicó el sistema de fijación a piel. De los cuidados de mantenimiento: se estudiaron 194 pacientes, de los cuales el 98% recibieron información antes de la manipulación o retirada de la sonda, en el 100% se utilizó sistema de drenaje cerrado y se fijó la sonda a nivel más bajo de la vejiga. En el 97% se realizó el lavado según protocolo y en el mismo porcentaje se pinza la sonda cada vez que se cambia la bolsa. El 94% de las enfermeras se lavan las manos antes de manipular la sonda y en el 99% de los casos, la fecha de cambio de sonda y bolsa está programada y registrada en la historia clínica. En relación a la evaluación anterior, mejoraron los criterios de información al paciente antes de la inserción (70%) y el lavado de manos pre-sondaje (65%).**Conclusiones:** El sondaje vesical es una actividad frecuente en el medio hospitalario. La infección urinaria es el mayor riesgo asociado, evaluado sistemáticamente por el servicio de Medicina Preventiva. El procedimiento de inserción y cuidados define la práctica correcta y ha de ser trasladado a la práctica habitual, para lo cual es necesario el conocimiento, la aceptación y la participación de los profesionales, tanto en su desarrollo, como en la evaluación, que supone el aseguramiento de la calidad del mismo.

## MESA 7

# Registros de enfermería

### ESTUDIO PRELIMINAR PARA UNIFICAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL POR ÁREAS ASISTENCIALES

**C-044**

M. Martínez-Muñoz, P. Pérez-Company, M.V. García-Aparicio, M.A. Pajin y D. Planas

**Palabras clave:** Documentación, Cuidados, Evaluación.

**Objetivos:** Conocer la situación actual de la documentación clínica de enfermería antes de poner en marcha un proyecto de unificación en un hospital organizado por áreas asistenciales.

**Métodos:** Se diseñan dos tipos de estudios: 1) Detección de problemas, para conocer el grado de aceptación actual. 2) Variabilidad, para conocer cuantas formas diferentes se tiene para recoger la misma información. 1. Estudio descriptivo, concurrente, cuya fuente de información son los profesionales de enfermería, la técnica de recogida de información es un cuestionario semi abierto con tres tipos de preguntas relacionadas con el diseño, contenido y utilización, la población/muestra es el total de los cargos directivos, el 30% de los intermedios, 5% de enfermeras, en total 119 escogidas al azar, de las cuales han contestado 90. Se realiza enviando en sobre cerrado el cuestionario y se recoge en sobre cerrado en un lugar independiente. 2. Estudio de variabilidad del contenido y formato de los documentos. La fuente de información y la población son toda la documentación existente. Para establecer la comparación se elabora un prototipo a modo de perfil con variables que contienen valoración, detección de problemas/diagnósticos, planificación de cuidados, evaluación y alta. La revisión la realiza un grupo de expertos en documentación con técnica de consenso.

**Resultados:** Estudio detección de problemas: Se detectan 310 problemas que se agrupan en 28 por similitud repartidos en 7 diseños, 9 contenido y 8 utilización, más 4 que han sido inclasificables. Los más relevantes del diseño son: Falta de espacio para las anotaciones, Falta de espacio para la información general, Falta de orden lógico. Los del contenido: La duplicidad de información. La dispersión de la información. La falta de información. Los de la utilización: No facilita el trabajo. Incomodidad en el manejo. Hay muchas hojas. Estudio variabilidad: Valoración: al ingreso tanto en urgencias como en hospitalización tiene 7 posibilidades de recogerse diferente, las constantes vitales 21, los parámetros específicos 48. Detección de problemas/diagnóstico 37. Planificación de cuidados: actividades rol colaborador 3 con 18 variantes, rol colaborador críticos 11, rol colaborador quirúrgico 4 con 2 variantes, rol autónomo 3 con 26 variantes. Evaluación: seguimiento 18, incidencias 24. Alta: 5

**Conclusiones:** Los resultados nos muestran un abanico de problemas para mejorar la secuencia lógica de la información y la facilidad para utilizarla y una alta variabilidad, que justifica el desarrollo de estrategias de unificación.

### PROYECTO PARA ESTABLECER EL MODELO, METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE LA INFORMACIÓN PARA LOS CUIDADOS

**C-043**

P. Pérez-Company, M. Martínez-Muñoz, A. Junoy y C. Abelló

**Palabras clave:** Documentación, Cuidados, Modelos.

**Objetivos:** Conseguir una documentación clínica, relacionada con el modelo de cuidados, que unifique la actual y sea capaz de contener toda la información que las enfermeras y los pacientes necesitan para la atención y continuidad de cuidados Definir el modelo de documentación clínica. Unificar los registros para las áreas del hospital. Hacer registros específicos para áreas concretas. Elaborar un manual de normas de utilización. Establecer indicadores para evaluar la efectividad de la documentación. Implantar la nueva documentación.

**Métodos:** Para desarrollar el proyecto se ha empleado la metodología REDER. **Resultados:** Disponer de un documento que conste la documentación general y específica. Las normas legales y de modelo/método para su utilización. La evaluación de la eficacia. **Enfoque:** Basado en el modelo de suplencia y ayuda. Enfoque cliente como centro de la información. Continuidad de la atención. Normas legales. Facilidad de recogida, manejo y utilización. **Despliegue:** 1ª Estrategia. Conocer la situación concreta de la documentación actual: Estudio de detección de problemas. Estudio de variabilidad. 2ª Estrategia. Conocer los requerimientos de los clientes en relación a la información que consideran adecuada para su atención: Estudio de requerimientos. Detección de reclamaciones, sugerencias, peticiones legales. 3ª Estrategia. Sensibilización y participación de profesionales: Talleres de casos. Estudio Delphi para concretar características. 4ª Estrategia. Elaboración de la documentación: Búsquedas en bases de datos. Prototipo. Normas. Validación. 5ª Estrategia. **Implantación:** Plan de comunicación. Fases. **Evaluación:** Con criterios de calidad para contenido y formal. Indicadores de grado de implantación y grado de utilización. **Redireccionamiento:** Cambio de estrategias en relación con los resultados.

**Resultados:** El proyecto ha sido aprobado por las direcciones de las áreas asistenciales, en la actualidad se ha realizado la primera estrategia. El estudio de detección de problemas da un monto de 310 problemas, los prioritarios están relacionados con la falta de facilidad para el trabajo, el déficit y la dispersión de la información, y el de variabilidad entre 7 y 48 formas diferente de recoger la misma información.

**Conclusiones:** Unificar modelos, métodos e instrumentos de áreas asistenciales que estuvieron descentralizadas con crecimiento distinto no es un planteamiento fácil debido al alto grado de pertenencia que los profesionales tienen en cada una, parece que un proyecto que tenga un planteamiento que acerque posiciones lo hará seguramente mas viable.

### PROTOCOLIZACIÓN POR ENFERMERÍA DEL LAVADO DE MANOS COMO ELEMENTO DE GESTIÓN DEL RIESGO (CLINICAL RISK MANAGEMENT)

**C-045**

M.D. Menéndez, A. Cueva, T. García, M.J. Sandoval, A.I. Fernández y F. Vázquez

**Palabras clave:** Gestión de Riesgo.

**Objetivos:** La prevención y control de la infección, y el lavado de manos en particular, es una parte de la estrategia de la Gestión del Riesgo para la mejora de la calidad del hospital. Nuestro objetivo fue mejorar e implementar el lavado de manos a través de la Gestión del Riesgo ("Risk Management").

**Métodos:** Mediante consenso de la Comisión de Infecciones y la Dirección de Enfermería se creó un equipo de trabajo con el Presidente de la Comisión de Infecciones y las supervisoras de plantas con una serie de reuniones conjuntas mediante un cronograma de trabajo. **Marco de calidad:** EFQM, certificación ISO de los cuidados de enfermería, estándares de la Joint Commission e indicadores de Gestión de Riesgo Clínico del "National Health Service" inglés, y los protocolos y guías del lavado de manos de la CDC Americana y Canadiense.

**Resultados:** Se elaboró un documento de trabajo para la formación del personal donde se incluía aspectos generales, estrategias y recomendaciones del lavado de manos en formato procedimiento. El entrenamiento se dirigió al personal nuevo (dentro del plan de acogida del hospital), realización de talleres del lavado de manos para el personal médico, enfermería (100%) y auxiliares (100%). Elaboración de un póster y una política de promoción del lavado de manos y papeles de rol. Auditorias de puntos de lavado y observacionales (adherencia del 30% al lavado de manos), y finalmente uso de indicadores como elemento de evaluación de la mejora de la calidad (100% de no uso de uñas artificiales).

**Conclusiones:** El lavado de manos es una oportunidad básica de mejora de la calidad y de evitar riesgos en el control de la infección que exige un esfuerzo multidisciplinar y sostenido para su implantación. La utilización de indicadores permite una objetivación de la mejora del programa y la Gestión del riesgo permite una implantación multidisciplinar.

### ¿INFLUYE LA CARGA DE TRABAJO DE LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA EN SUS RESULTADOS DE CALIDAD?

**C-046**

C. Caamaño-Vaz, J.R. Artínez, M. Alonso, J. Gastón, A. Sáinz y J. Carro

**Palabras clave:** Traslados-internos; Cuidados-enfermeros.

**Objetivos:** Contrastar la hipótesis de partida, argumentada frecuentemente, de que resultados bajos en calidad están de alguna manera justificadas por una mayor carga de trabajo y por incidencias desfavorables en el período previo a la evaluación de la calidad.

**Métodos:** La calidad de las unidades de Enfermería se ha medido con los resultados obtenidos con auditorias periódicas de objetivos de calidad, la carga de trabajo se ha valorado en función de los traslados internos con el uso de indicadores y las incidencias ocurridas por la sustitución de enfermeras y la reorganización de grupos de pacientes. El conjunto de datos constituido para 15 unidades y 42 variables medidas ha sido procesado con el programa estadístico SPSS para realizar un análisis cuantitativo de datos valorando la correlación entre variables. Todas las variables han sido posteriormente categorizadas en tres niveles (mucho, regular y poco) para valorar las frecuencias cruzadas y buscar la significatividad de las variables de evaluación con las de traslados y las de diferencias entre las dos evaluaciones con las de incidencias.

**Resultados:** El estudio de correlación entre variables sólo relacionó significativamente los conocimientos de enfermería evaluados con las sustituciones de personal sin experiencia ( $r = 0,678$ ). El efecto traslado interno en las 15 unidades de enfermería oscila entre 1,73% y 29,04% habiéndose distribuido en tres niveles, con 5 unidades cada uno, considerados como alto > 25%, medio 15%-25% y bajo < 15%. Existen 3 unidades que han empeorado en su valoración de calidad en ambas evaluaciones de una forma considerable (incremento superior a un 10% en la tasa global de fallos en las cuestiones evaluadas). De las tres, sólo 1 ha sido afectada en un nivel máximo por las suplencias realizadas en noviembre, ya que las otras dos sólo están en un nivel mínimo y ninguna de ellas ha sufrido cambio de asignación de camas.

**Conclusiones:** Es evidente que la mayor carga de trabajo no se corresponde biunívocamente con resultados en la calidad, aunque la sustitución de enfermeras influye en la valoración de calidad de conocimientos en el apartado relacionado con uso de protocolos. En cualquier caso está demostrado que estas circunstancias negativas pueden y deben ser controladas y en ningún caso servirá de disculpa para justificar resultados mediocres en las evaluaciones de calidad.

### PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVALENCIA Y EVALUACIÓN DE CUIDADOS DE PREVENCIÓN

**C-048**

R. Sarabia, D. Morán, P. González y P. Gómez

**Palabras clave:** Úlceras. Prevalencia. Prevención.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de pacientes que desarrollan úlceras por presión (UPP) durante la hospitalización. Conocer la prevalencia de pacientes de riesgo. Mejorar la Calidad de los cuidados de prevención.

**Métodos:** Los estudios de prevalencia de pacientes que desarrollan UPP durante la hospitalización, se realizan en el H. U. Marqués de Valdecilla desde el año 1992. Estudios descriptivos prospectivos, de cortes de prevalencia (media 3 anuales), realizados en las unidades de riesgo. *Población estudiada:* nº total de pacientes ingresados en las unidades de riesgo en el momento de cada corte. Se dispone de un registro con datos correspondientes a Unidad y Servicio, nº de pacientes ingresados, nº de pacientes de riesgo, nº de pacientes con UPP (intra y extrahospitalarias) y nº de UPP. La recogida de datos en cada unidad es llevada a cabo por una enfermera de la U. de Calidad y una enfermera de la propia unidad. En el año 2000 se estableció un indicador de proceso, correspondiente a los cuidados de prevención. La población estudiada se corresponde con el nº de pacientes de riesgo y los criterios de evaluación (7) se obtienen del procedimiento de prevención de UPP del centro.

**Resultados:** La media de pacientes ingresados en las unidades de estudio en cada corte es de 780. La prevalencia de pacientes con UPP es de 3,08% (DT 0,74). La prevalencia media de pacientes de riesgo es de 21,95% (DT 3,9) y la prevalencia de pacientes con UPP sobre pacientes de riesgo es de 14,05% (DT 2,5). Evaluación de cuidados de prevención. Se exponen los resultados obtenidos en el año 2000 y en el año 2003 respectivamente y de acuerdo a los criterios utilizados: Se realizan cambios posturales al 94% y 100%. Se protegen las zonas de riesgo al 88% y 99%. Se realiza la higiene diaria al 100% en ambos estudios. Se hidrata la piel al 92% y 97%. La ingesta de líquidos es igual o mayor a 1.500 cc. en el 58% y 89%. La dieta incluye suplemento nutricional en el 24% y 62%. Se proporciona al paciente/familia enseñanza sobremovilización en 62% y 87% de los casos.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en los cortes de prevalencia son bastante estáticos, informándonos del problema en un momento puntual, pero son semejantes a los obtenidos en otros centros. La evaluación de cuidados de prevención, ha incorporado directamente a los profesionales en la mejora de la Calidad, favoreciendo el conocimiento del procedimiento y su traslado a la práctica habitual. En la actualidad, un grupo de trabajo formado por enfermeras expertas, son responsables del desarrollo del Ciclo de Evaluación.

### ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA PRESIÓN ASISTENCIAL Y LA REALIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA EN AP?

**C-047**

M.A. López, F.J. Pérez, M. Beamud, M.J. Gil de Pareja, J. Ferrándiz y C. Carrera

**Palabras clave:** Cuidados, frecuentación, enfermería.

**Objetivos:** A lo largo de los últimos años se han desarrollado en el Área diversas estrategias para sistematizar la utilización del proceso de enfermería, iniciando en el año 2001 un Programa de Mejora de la Calidad en la prestación de cuidados que ha permitido monitorizar una serie de indicadores claves para el seguimiento del proceso. Este Programa ha permitido detectar la gran variabilidad existente en cuanto a la frecuencia de planes de cuidados realizados en los distintos Equipos del Área de Salud.

**Objeto:** Conocer si la presión asistencial de las unidades condiciona la realización de planes de cuidados.

**Métodos:** *Ámbito y Período estudio:* Área 11 de AP de Madrid (2003). *Tipo de estudio:* Análisis descriptivo transversal del número de pacientes atendidos por enfermera/día (presión asistencial) y el número de planes de cuidados realizados mensualmente por enfermera. *Proceso:* Analizar la relación existente entre la presión asistencial y el número de planes de cuidados realizados en cada Unidad funcional y en el conjunto del Área. *Análisis estadístico:* Programa SPSS 11.6 (distribución de frecuencias y coeficiente de correlación de Pearson).

**Resultados:** La presión asistencial media anual ha sido de 22,2 pacientes por enfermera/día. La frecuencia media de planes de cuidados realizados mensualmente por cada enfermera ha sido de 3,66. Insertar en este espacio tabla remitida por correo electrónico En el análisis estadístico de los datos, obtenemos un coeficiente de correlación de Pearson de 0,14 ( $p = 0,024$ ).

**Conclusiones:** La presión asistencial en las consultas de enfermería no afecta al indicador de realización de planes de cuidados, mostrando una tendencia independiente. La variabilidad entre Unidades Funcionales sobre la ejecución de planes de cuidados, puede justificarse por diferentes condicionantes de la prestación asistencial, formación, conocimientos en metodología enfermera, gestión y sistemas de información. Es necesario elaborar líneas de investigación que nos permitan ponderar que factores están influyendo en la realización de planes de cuidados.

### MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS

**C-049**

M.C. Guirao, M. Muñoz, M.D. Saura, M.J. García, E. Guillamón y M.I. Martínez

**Palabras clave:** Protocolo. Calidad-registro.

**Objetivos:** Detectar los aspectos susceptibles de mejora en el cumplimiento del protocolo de canalización de vías periféricas (v.p.). Sensibilizar al profesional de Enfermería de la importancia de los registros, como instrumento de evaluación y mejora de la calidad asistencial, y para la gestión de riesgos sanitarios.

**Métodos:** Se han revisado los registros de Enfermería, y la Historia Clínica de todos los pacientes ingresados en el Hospital, portadores de vías periféricas en el momento del estudio. Para ello hemos hecho un corte transversal durante 2 semanas, estudiando la primera de ellas los pacientes ingresados con vía periférica lunes, miércoles y viernes, y la segunda semana martes y jueves. Los datos evaluados fueron: tipo de apósito utilizado en la canalización, y si en el registro de enfermería había constancia de: antiséptico empleado, nº de calibre del catéter, zona de punción y fecha de colocación, tal y como especifica el protocolo.

**Resultados:** El estudio se llevó a cabo en abril de este año, de la totalidad de los pacientes ingresados en los días del estudio, 216 eran portadores de vía periférica, y los resultados obtenidos son los siguientes: 179 llevaban apósito estéril en su fijación (82,8%), el antiséptico usado sólo queda registrado en 19 casos (8,8%), el nº de catéter consta en 112 casos (51,2%), la zona de inserción se refleja en 146 (67,6%), y la fecha consta en 197 de los 216 casos estudiados (91,2%).

**Conclusiones:** A través de este estudio, hemos detectado la necesidad de mejorar la calidad de los registros de Enfermería, ya que es imposible verificar el cumplimiento del protocolo, si no existen los registros oportunos. Esto nos ha llevado a planificar unas medidas correctoras con el objetivo de sensibilizar al personal de Enfermería en la importancia de registrar el trabajo realizado, (siendo el dato con peor resultado en nuestro estudio, el antiséptico empleado, que no consta en el 91,2% de los registros). Parte de las medidas adoptadas son la realización de carteles informativos, charlas por todos los Servicios, y evaluaciones internas periódicas sobre el mismo tema.

## MESA 8

# Desarrollo de alianzas entre diferentes servicios y organizaciones

### COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS DE URGENCIAS. UN MODELO EFICAZ EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

**C-051**

J.A. Oliva, J. Monmany, P. Madrid, R. Teixell, J.M. Guardiola y F. Ferrer

**Palabras clave:** Urgencias, coordinación, proceso.

**Objetivos:** Mejorar la calidad asistencial en base a optimizar el traslado de pacientes desde el servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad (Centro Emisor-CE) a un hospital de menor complejidad (Centro Receptor-CR), entre el 27/11/00 y el 20/3/01 (periodo invernal), con el fin de prevenir el colapso del CE sin mermar la calidad asistencial del paciente.

**Métodos:** Se diseñó una intervención para mejorar el proceso asistencial basada en el establecimiento de los siguientes dispositivos: a) La figura del médico responsable del programa. b) Criterios de selección del traslado de los pacientes. c) Sistema exclusivo de comunicación entre centros. d) Designación de ambulancias convenidas y franja horaria para efectuar los traslados. e) Obtención de resultados de exploraciones complementarias efectuadas en el CE, pendientes en el momento del traslado. f) Delimitación de una unidad de hospitalización específica, con recursos propios en el CR g) Circuito asistencial con un horario de altas y circuito de prealtas en el CR. h) Normas de coordinación entre médicos e enfermeras, con la Unidad de Trabajo Social y el Servicio de Farmacia Hospitalaria del CR. i) Hoja de acogida a los pacientes trasladados y familiares. j) información diaria a los familiares y a las residencias sanitarias. Se realizó una comparación de índices funcionales estandarizados (IFE), entre los pacientes objeto de la intervención y un grupo control formado por los pacientes trasladados el año anterior, los cuales no habían recibido la intervención.

**Resultados:** Fueron trasladados 247 pacientes. Su patología se correspondió a los criterios de selección en un 77,7% de los casos. El traslado se produjo en la franja horaria establecida en un 96,3% de los casos. En todos los casos se entregó la hoja de acogida. Los pacientes del CR fueron dados de alta antes de las 10:00 h AM en un 86,6% de los casos. El cumplimiento del circuito de prealtas fue del 100%. Las prescripciones terapéuticas se hallaban dentro de la Guía Terapéutica del CR en un 99,9% de los casos. Se recuperaron el 100% de las exploraciones complementarias pendientes. La estancia media en el centro receptor fue de 5,63 días. Respecto a IFE: índice funcional fue de 0,6; razón de funcionamiento estándar, 0,6; diferencia atribuible al funcionamiento, -4,0 y el impacto, -706.

**Conclusiones:** La intervención en el traslado de pacientes desde centros de diferente complejidad permite evitar el colapso del primero y mejorar la calidad asistencial en los pacientes trasladados.

### EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE LA AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS

**C-050**

G. Genís, C. Humet y A. Pallarés

**Palabras clave:** Cirugía Ambulatoria.

**Objetivos:** Evaluar la eficiencia y la seguridad de la implantación un programa de cirugía ambulatoria

**Métodos:** *Diseño:* prospectivo, controlado y comparativo con muestreo aleatorio de casos. Se compararon los resultados clínicos y económicos obtenidos durante 2001 (cirugía con ingreso) con los de 2002 (después de la ambulatorización) en los tres procesos quirúrgicos ambulatorizables más frecuentes. *Tamaño de la muestra:* programa C4 Design Pack que determinó la muestra aleatoria de los casos intervenidos de forma tradicional de cataractomía (n = 150), túnel carpiano (n = 80) y varicetomía (n = 60), que se compararon con una muestra de intervenciones ambulatorias. *Cálculo de costes:* se realizó mediante el programa ADB plus analizando los costes directos "caso a caso" junto a los costes indirectos y estructurales imputables que incluyeron los costes de amortización de instalaciones y equipos. Los datos se transfirieron desde el ordenador central a una aplicación de diseño propio (HB costing 2.0) que realizó los cálculos en euros constantes. *Análisis estadístico:* para las variables categóricas se realizó mediante el test de la chi<sup>2</sup> de hipótesis o significación. Para la comparación de medias entre dos grupos cuando la distribución era normal se usó la prueba de la t de Student. En el caso de medias de distribución no normal, se usó el test de Mann-Withney. Los resultados se expresaron como media aritmética ± desviación estándar junto a los intervalos de confianza (CI95%). Se consideró un nivel de significación estadística de p < 0,05.

**Resultados:** Las variables demográficas y de comorbilidad fueron similares en ambos grupos. No se detectaron complicaciones ni reintervenciones relacionadas con el proceso quirúrgico primario. La ambulatorización comportó un ahorro estadísticamente significativo del 38,5% (IC95% 29,3-40,1%) en la cataractomía, del 28,5% (IC95% 21,2-33,5%) en la cirugía del túnel carpiano y del 32,5% (IC95% 30,3-35,2%) en la varicetomía. La disminución del coste global del programa de cirugía ambulatoria fue del 30,3% (IC95% 27,5-36,7%) alcanzando un ahorro neto de 8340 euros anuales.

**Conclusiones:** La ambulatorización de procesos quirúrgicos es una estrategia segura que ahorra más del 30% de los costes totales.

### FACTORES QUE CONDICIONAN LA INASISTENCIA A CONSULTAS

**C-052**

E. Martínez-Ochoa, T. Dierssen-Sotos, E. Pariente-Rodrigo y P.D. Herrera-Carral

**Palabras clave:** Inasistencias, Accesibilidad, Consultas.

**Objetivos:** Identificar factores asociados a la inasistencia a consultas externas de atención especializada.

**Métodos:** *Diseño:* estudio retrospectivo de cohortes sobre las citas a consultas programadas en atención especializada durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2003. *Población de estudio:* consultas programadas. *Muestra:* selección por muestreo aleatorio simple. *Variables analizadas:* variable dependiente es la inasistencia por falta de comparecencia del paciente Variables independientes características del paciente (nº de consultas, nº de inasistencias previas, etc), uso hospitalario previo, características asistenciales (servicio consultado, médico asignado, etc.), accesibilidad. *Análisis estadístico:* Para la comparación de proporciones se ha utilizado el test de  $\chi^2$ ; como medida de asociación se ha utilizado el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

**Resultados:** Se registraron 468 inasistencias (incidencia acumulada: 11,2% [10,3%-12,2%]). Respecto al perfil del paciente que no acude a consulta se observa una asociación significativa con la edad, presentando la mayor incidencia el grupo  $\leq 34$  años (Q1) con un 13,9% frente al 9% en los de edades entre 51 y 67 años. La asistencia sanitaria urgente en los 15 días previos duplicó el riesgo de inasistencia (RR = 1,84 IC 95% [1,36-2,49]) y el ingreso hospitalario durante los 15 días previos lo duplicó (RR = 2,07 IC 95% [1,02-4,20]). Agrupando los servicios en 3 categorías (médicos, quirúrgicos y psiquiatría) la consulta a psiquiatría aumentó un 87% el riesgo de inasistencia respecto a los s. médicos (RR = 1,87 IC 95% [1,34-2,61]). Por último los pacientes atendidos entre 21 y 40 días después de la fecha programada presentaron un 87% más de riesgo de inasistencia que los atendidos dentro de los 9 días post-cita (RR = 1,87 IC 95% [1,45-2,42]).

**Conclusiones:** El uso de servicios hospitalarios en los 15 días previos a la cita y la accesibilidad son los dos factores más fuertemente asociados a la inasistencia. Para reducir la influencia del primero proponemos mejorar los sistemas de información para permitir identificar pacientes que permanezcan ingresados la semana de la cita. Respecto a la accesibilidad geográfica habrá que incidir en la mejora de las comunicaciones o potenciar otras formas de acceso a la asistencia especializada como la aplicación de nuevas tecnologías en las áreas más alejadas.

**IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE LA CONSULTA DE ANTICOAGULACIÓN EN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD (ABS). ¿CUMPLIMOS LOS CRITERIOS?**

**C-053**

E. Albalat, M. Cots, J. Valero, T. Roca y M.C. Zafra

**Palabras clave:** Primaria, Inr, Acenocumarol.

**Objetivos:** Nuestros usuarios tratados con acenocumarol se desplazaban para su control al Hospital de referencia. Esto creó la necesidad de crear una consulta específica en ABS. Formar un equipo responsable de consulta. Captar 100% pacientes en tratamiento. Informar a usuarios y familiares y evaluar nivel de control INR y comparar con el teórico deseable (60-70%, media = 65%).

**Métodos:** Contacto con servicio Hematología: formación personal implicado. Creación protocolo/circuito captación. Validación protocolo con servicio Hematología. Creación de: programa informático de registro/seguimiento y triptico. Captación pacientes en consulta diaria/servicio de Hematología. Tras un año de consulta, selección determinaciones de todos los usuarios en tres meses (1-6-03/31-8-03, n = 70). Estudio descriptivo del porcentaje (%) de valores INR dentro de márgenes aceptables y comparativos con el valor medio teórico aceptable (65,0%).

**Resultados:** *Cronograma:* Noviembre-02: 1ª reunión; Enero-03: presentación protocolo/tríptico, captación 100% usuarios (n = 31); Febrero-03: inicio consulta. El protocolo facilita el trabajo y consensua criterios control y tratamiento. Un personal de referencia, el triptico y la accesibilidad a la consulta, establecen un vínculo de confianza, con alta adherencia al tratamiento y satisfacción de los usuarios por la mayor información sobre su patología. El % de valores INR en rango aceptable en los tres meses fue 62,0% (IC 95%: 50,6%-73,4%) resultado dentro del intervalo 60-70%. El valor 62% no resultó inferior estadísticamente, por contraste estadístico unilateral (alfa 5%), al valor teórico medio 65%, ni incluso al valor máximo 70%, del intervalo de buen control.

**Conclusiones:** La consulta disminuye la presión asistencial de Hematología; creamos, da mejor calidad de vida al usuario al evitar el desplazamiento y disminuir la masificación de las consultas hospitalarias. La implicación del personal logró una rápida puesta en marcha del programa (4 meses). El 62,0% de determinaciones aceptables confirma el buen funcionamiento del programa y nos insta a seguir buscando puntos de mejora para una mayor calidad asistencial.

**MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST CON FIBRINOLISIS PREHOSPITALARIA**

**C-055**

L. Requena, P.M. Hernández, F. Celdrán, R. Horn, y G.T. Cuidad  
*Cardiología 061 Murcia.*

**Palabras clave:** Myocardial-infarction, Thrombolysis, EMS.

**Objetivos:** Reducir el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCAEST) por parte de un Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalario y la administración de un fármaco fibrinolítico, mediante la puesta en marcha de un Programa de Fibrinólisis Prehospitalaria.

**Métodos:** Se diseñó un Plan de Asistencia por el que los pacientes con SCAEST en los que estaba indicada la fibrinólisis podían recibir el fármaco correspondiente antes de ser trasladados a su hospital de referencia. Para ello se impartió un curso de formación específico a los médicos y enfermeros implicados, y se coordinaron las actuaciones con los Servicios de Urgencias y de Medicina Intensiva de los hospitales de referencia.

**Resultados:** Durante 25 meses, 65 pacientes con SCAEST recibieron tratamiento fibrinolítico antes de su traslado al hospital, con lo que los tiempos de traslado y de gestión intrahospitalaria del paciente se eliminaron como retrasos hasta la fibrinólisis. La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas isquémicos hasta la administración del fibrinolítico fue de 90 minutos.

**Conclusiones:** Un Programa de Fibrinólisis Prehospitalaria mejora la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con SCAEST al disminuir el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta la administración del fármaco fibrinolítico, especialmente en las primeras dos horas de evolución de los síntomas, en las que el beneficio clínico en términos de mortalidad y morbilidad son máximos.

**PROGRAMA PRE-ALT: UNA HERRAMIENTA ORIENTADA A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

**C-054**

M. Claret, M. Garreta, M. López, P. Torre y C. Iniesta

**Palabras clave:** Coordinación, Continuidad Asistencial.

**Objetivos:** Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes dados de alta desde el hospital de agudos y que requieren atención domiciliar y/o curas específicas por parte del equipo de atención primaria. Conseguir la implicación de la dirección como objetivo estratégico.

**Métodos:** 1) Definición de la población diana (criterios de inclusión / exclusión de pacientes). 2) Selección de servicios piloto intrahospitalarios. 3) Diseño del circuito de planificación del alta. 4) Estrategia de difusión del programa en el hospital y en atención primaria. 5) Implementación del programa en los servicios piloto. 6) Presentación de resultados y del programa en el hospital y A. Primaria en el período 2003.

**Resultados:** Se han coordinado 151 pacientes, de los cuales 134 son geriátricos y 17 paliativos. Las características de los pacientes geriátricos son: edad media 74,3 años, 51% hombres y 49% mujeres, 69% disponen de cuidador al alta, alteración del estado cognitivo en el 22% de los pacientes, I. Barthel al alta 49,8/100 y E. Norton 15,5. Los enfermos paliativos tienen una edad media de 71,2 años, el 94% son hombres y el 6% mujeres. Los servicios del hospital donde han ingresado son: C. Vascular 22,5%, M. Interna 21%, Urgencias 16%, C. General 12,6%, Paliativos 11%, Neumología 2% y otros 14,5%. El 83,5% de los pacientes pertenecen a nuestras áreas de referencia, pero en el 16,5% restante de los casos la coordinación se ha llevado a cabo con otras áreas de Barcelona.

**Conclusiones:** 1) El programa de coordinación está funcionando de forma satisfactoria para los profesionales implicados tanto del hospital como de la Atención Primaria. La valoración de los pacientes incluidos en el programa es positiva. 2) Es imprescindible la implicación de los equipos directivos. 3) La experiencia piloto de coordinación con A.P. nos ha permitido identificar las siguientes líneas de mejora: a) trabajar en otros perfiles de pacientes como CMA, corta estancia de patología mamaria y cirugía abdominal, b) mejorar el conocimiento del programa por parte de los profesionales del centro, c) es conveniente una mayor implicación del equipo asistencial para mejorar la detección de pacientes (existe la percepción de que no se detectan todos los enfermos en el hospital).

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNA**

**C-056**

P. Cuenca, G. Anduaga, I. Samaniego, M. Múgica, A. Hernando y M.A. Pons

**Palabras clave:** Evaluación, Lactancia, Materna.

**Objetivos:** El Hospital se encuentra desde hace varios años inmerso en un proceso para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, impulsado desde la dirección a través de la Comisión de Lactancia Materna en la que participan médicos, enfermeras y matronas tanto del Hospital como de Atención Primaria. Desde 1988 existe un Programa de Preparación Maternal en la Atención Primaria, como guía para que las matronas den educación sanitaria a las gestantes. Una parte importante del programa está dedicado a la educación en lactancia materna que además tiene establecido una serie de objetivos de cumplimiento. El objetivo del estudio cuyos resultados ahora se presentan es valorar la eficacia del Programa de Preparación Maternal en su apartado de Lactancia Materna, evaluando el grado de conocimientos de las mujeres al respecto en el puerperio así como el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa de Preparación Maternal.

**Métodos:** a) Se diseñó un cuestionario sobre los aspectos a evaluar y se confeccionó una base de datos para la automatización y tratamiento estadístico de los datos, b) Se pasó dicho cuestionario a una muestra representativa de mujeres puérperas a lo largo del año 2003. Los cuestionarios fueron distribuidos y recogidos en las 24 primeras horas del puerperio por el personal de enfermería de las Unidades de Puérperas, c) Se informatizaron los datos y se realizó análisis estadístico adecuado a cada tipo de variable, d) Se detectaron áreas de mejora y se propusieron soluciones a la Comisión de Lactancia Materna.

**Resultados:** Algunos de los resultados obtenidos son: Total de cuestionarios recogidos: 390; puérperas distribuidas en 56,7% primíparas, 37,7% de 2º parto, 5,1% de 3er parto, 0,3% de 4º y otros 0,3% de 5º parto; edad media de 32 años, siendo la más joven de 18 y la mayor de 44 años; 338 habían acudido al Programa de Preparación Maternal y 322 (82,6%) eligieron lactancia materna; alrededor del 90% respondieron correctamente a preguntas sobre la influencia o no de la lactancia materna en las infecciones del recién nacido, alergias, estreñimiento o sobre el mayor o menor aumento de peso de la madre y del lactante.

**Conclusiones:** Se constata la eficacia del Programa de Preparación Maternal, así como su influencia en la elección de uno u otro tipo de lactancia. Se desconoce la prevalencia de la Lactancia a los 2, 4 o 6 meses, por lo que se ha propuesto desde la Subdirección de Atención Especializada y la Comisión de Lactancia realizar en breve una encuesta en las Consultas de Pediatría de la Atención Primaria.

MESA 9

## Binomio ética-calidad. Responsabilidad social. Ética y gestión asistencial

**¿RESIDUO?: SI, ME PUEDES LLAMAR ASÍ, PERO AQUÍ SOY  
O.M.**

**C-058**

P. Herrera, T. Dierssen, E. Martínez, A.R. Díaz y M. Rodríguez

**Palabras clave:** Mejora. Residuos. Desarrollo.

**Objetivos:** Mejorar la Gestión de Residuos.

**Métodos:** En la línea de Mejora Continua de la Calidad emprendida por el Hospital Sierrallana, y tras un estudio preliminar desde la perspectiva de higiene hospitalaria, en el año 2002, se constituyó el Grupo de Trabajo de Gestión de Residuos. Este estructuró su actividad en las fases siguientes: elegir al Coordinador, fijar objetivos generales, formarse, buscar el compromiso de la dirección, evaluar la situación, analizar la misma, estudiar la táctica para implantar medidas correctoras y difundir todo lo anterior.

**Resultados:** Se detectaron 46 tipos de residuos. Cada Residuo lo hemos clasificado según la normativa vigente, y tiene una ficha específica, en la que figuran tanto aspectos de, normativa reguladora, mapa de producción, medidas de seguridad y urgencia, política de minimización, gestión intracentro, con sus apartados de eliminación/segregación, transporte interno y almacenamiento, gestión extracentro que incluye transporte, almacenamiento, tratamiento y eliminación. Se han detectado 32 oportunidades de mejora, de las que después de su priorización y análisis, han surgido otros tantos proyectos de mejora, definiendo para cada una de ellas el correspondiente plan de acción. Todo ello se ha recogido en un documento, Programa de Gestión de Residuos, que se integrará en el futuro Plan Medioambiental. En este tiempo el Hospital en su compromiso ético con la comunidad, ha adoptado el modelo de desarrollo sostenible, y en este contexto, con la segregación de algunos residuos, por ejemplo, tóner y cartuchos de tinta de impresoras, y botes de bebidas, se les ha dado un valor añadido, ya que los beneficios económicos obtenidos por el reciclado de los mismos, se destinan a Programas de Desarrollo y Salud. Para mejorar la implicación de las personas de nuestra organización, se han celebrado, aprovechando el Día Mundial del Medioambiente, las 1 Jornadas de Desarrollo Sostenible, cuyos objetivos a su vez, han cubierto varias de las acciones de mejora anteriormente referidas.

**Conclusiones:** Los Centros sanitarios con su oferta de Servicios, generan residuos que afectan al medioambiente y a la salud de las personas. El correcto tratamiento de los mismos, es un problema que hay que afrontar con una buena gestión ambiental. El modelo de mejora continua permite el abordaje del problema mediante su evaluación y seguimiento. Esta sistemática de trabajo nos da la oportunidad de establecer alianzas con agentes sociales y repercutir positivamente en nuestro entorno.

**EXPERIENCIA PILOTO EN GESTIÓN DE RIESGOS EN LA  
UNIDAD DE AGUDOS GERIÁTRICOS DEL HOSPITAL MONTE  
NARANCO**

**C-057**

M.D. Menéndez, L. Álvarez, G. Cossio, N. Castaño, V. Herranz y F. Vázquez

**Palabras clave:** Gestión Del Riesgo.

**Objetivos:** La asistencia sanitaria es un sistema compuesto de miles de procesos interrelacionados en el que las cosas pueden hacerse de forma equivocada. La gestión del riesgo es una estrategia de calidad para la mejora y prevención de los sucesos adversos/casi perdidas en el ambiente hospitalario. Nuestro objetivo fue implantar y desarrollar un sistema de gestión de riesgos clínicos en la Unidad de Agudos Geriátricos del Hospital Monte Naranco de Oviedo.

**Métodos:** Se utilizó el sistema de gestión de riesgos del "National Health Service" inglés que cuantifica el riesgo mediante un sistema de códigos (verde, amarillo y rojo) y que define el riesgo como el producto del impacto real del incidente por la probabilidad de recurrencias con un formulario de recogida de datos. Se cuantificó los incidentes/ casi pérdidas, las causas raíz y las acciones de mejora implantadas y/o en estudio.

**Resultados:** *Incidentes/casi pérdidas:* Problemas de comunicación (32%), errores de medicación (28%), pérdida de pacientes (12%), caídas (8%), accidentes laborales (8%), casi perdidas (8%), otros (4%). *Causas raíz:* Ambiente de trabajo (28,6%), paciente (26,5%), equipo de trabajo (20,4%), personal (18,4%), tareas (6,1%). *Oportunidades de mejora:* Guías y protocolos (28%), registros (16%), comunicación (12%), formación (12%) y otros (28%).

**Conclusiones:** La gestión del riesgo permite cuantificar y priorizar los incidentes/casi pérdidas en la Unidad de Agudos Geriátricos del Hospital Monte Naranco. El 32% de los incidentes/ casi perdidas fueron debidos a problemas de comunicación y el 28% a errores de medicación, siendo las causas raíz mas importantes el ambiente de trabajo (28,6%) y el paciente (26,5%) y las oportunidades de mejora las guías y protocolos (28%) y los registros (16%). El análisis de incidentes/casi pérdidas permite establecer y solucionar los problemas estructurales y organizativos del hospital.

**LA OPINIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE EL CONSENTI-  
MIENTO INFORMADO EN UCI**

**C-059**

J.F. Solsona, D. Ruiz y V. Thenard

**Palabras clave:** Consentimiento informado, UCI.

**Objetivos:** La Sociedad Española de Medicina Intensiva y Crítica y Unidades Coronarias, elaboró un documento sobre el Consentimiento Informado (CI) en UCI, en el que aconsejaba la no realización de CI en las técnicas habituales en UCI (Ventilación Mecánica, líneas arteriales y venosas). Pero si el realizarlo en procedimientos específicos como la traqueotomía. El objetivo de este trabajo es evaluar la opinión de los familiares sobre la petición o no de CI en UCI.

**Métodos:** Se entrevistó a los familiares directos del paciente a los que se había informado directamente en UCI sobre su evolución, entre cinco y diez días después del alta. Se excluyó a los pacientes que habían fallecido. Previamente se entrevistaron a 10 familias para utilizar en el cuestionario las mismas palabras con las que designaban las técnicas de UCI. Se evaluó su opinión sobre la necesidad de CI en el ingreso en UCI, CI general en UCI, CI en líneas arteriales o venosas, sonda urinaria, ventilación mecánica, análisis de sangre y procedimientos como traqueostomía, fibroscopia e intervención quirúrgica urgente. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Entre Octubre 03 y Abril 04 se entrevistaron a 50 familias de pacientes que habían ingresado en UCI. El tiempo medio consumido en ella fue de  $13 \pm 3,31$  min. El 100% de los encuestados opinó que no era preciso CI para ingresar en la UCI, ni para ningún tipo de técnicas. El 50% (IC 95% 0,31-0,68) pensaba por lo contrario que si era necesario en procedimientos como la traqueostomía, el 74% (IC 95% 0,59-0,85) en una intervención quirúrgica urgente, y el 100% opinó que no era preciso pedir CI en una fibroscopia. No se preguntó directamente a ningún paciente ya que ninguno de ellos era competentes para la toma de decisiones durante su estancia en UCI.

**Conclusiones:** Para poder dar respuesta a lo que la Sociedad nos exige moralmente y en particular para la toma de decisiones en UCI, es preciso evaluar la opinión de los pacientes o sus representantes. Sin embargo este trabajo presenta el sesgo que se ha excluido a los familiares de los pacientes fallecidos.

## EL PAPEL DE LAS FAMILIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

J.F. Solsona, D. Ruiz y V. Thenard

### C-060

**Palabras clave:** Familias UCI.

**Objetivos:** Los derechos de las familias de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un tema en continuo debate. No existen documentos aprobados por las Sociedades Científicas que regulen estos derechos y existen grandes diferencias entre Hospitales públicos y privados. El objetivo de este trabajo es evaluar la opinión de las familias sobre su papel en la UCI.

**Métodos:** El trabajo se realizó en una UCI Médico-Quirúrgica, perteneciente al Sistema Público de Salud. Se entrevistó a los familiares directos del paciente a los que se había informado directamente sobre su evolución, entre cinco y diez días después del alta. Se excluyó a los pacientes que habían fallecido. Se evaluó su opinión con respecto a horarios, restricciones, y colaboración con el estamento de enfermería. También se evaluó la necesidad de apoyo psicológico por parte de profesionales cualificados. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se entrevistaron a 50 familias. Solamente un 12% (IC95% 0,04-0,24) opinaba que el horario debía ser libre, mientras que un 80% (IC95% 0,66-0,99) les parecía suficiente 2 horas mañana/tarde/noche. El 100% estaba de acuerdo en que era preciso restringir las visitas a como máximo dos familiares a la vez. Por otro lado el 12% (IC95% 0,04-0,24) quería colaborar en las tareas de enfermería como la movilización, la higiene o la dieta. Un 50% (IC95% 0,35-0,64) pensaba que era preciso ayuda psicológica a los familiares ya desde el primer día de ingreso.

**Conclusiones:** Es preciso elaborar documentos que regulen el papel de las familias en el entorno de las UCI. Para ello debemos buscar un equilibrio entre las prioridades asistenciales y los derechos de las familias, basándonos en sus opiniones. Sólo así daremos respuesta a lo que la Sociedad nos exige moralmente.

## LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

R. Ortiz, S. Muñoz, G. Nava, H. Veras y E. Torres

### C-062

**Palabras clave:** Calidad, Satisfacción, Usuario.

**Objetivos:** Identificar la asociación entre la satisfacción y la calidad de los servicios de consulta externa del sector público de salud, a través de la opinión del paciente.

**Métodos:** Se trata de una encuesta de prevalencia, que se llevó a cabo en hospitales del sector salud en el estado de Hidalgo, México. Se utilizó un muestreo probabilístico polietápico y aleatorio simple. Se diseñó una encuesta confidencial y anónima que se aplicó a los usuarios de consulta externa de siete hospitales de la seguridad social, y siete hospitales sin ella. Se determina un tamaño muestral de 8109, una beta de 80%, alfa del 95%. Se analiza la calidad según escala tipo Likert, se utiliza la  $\chi^2$  y la prueba de t, el método de los valores extremos, y el método de Dixon, antes del análisis. Se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con un nivel de confianza del 95%. Se efectuó modelaje a través de regresión logística no condicional y la estimación de sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** La prevalencia de satisfacción fue del 84,94%, las proporciones de insatisfacción fueron significativamente mayores en la seguridad social con relación a aquellos hospitales sin ella (53,18 vs. 14,8%,  $P = 0,000$ ). La percepción de mala calidad de la atención se encontró en un 29,84% con intervalos de confianza al 95% (IC) 28,84-30,84, y la asociada con la insatisfacción fue de 37,78% (IC 35,85-39,75). El 52% de la población de estudio manifestó expectativas de mejor atención, de éstos, el 27,6% se encontró asociada significativamente a insatisfacción ( $P = 0,00$ ). En el 21,59% del total de los usuarios refirió que no regresaría a solicitar atención al mismo hospital, de éstos el 45,8% se asoció con la mala calidad de la atención, ( $P = 0,00$ ). El 50,54% de insatisfacción se relacionó con la falta de capacidad resolutoria de la institución ( $P = 0,00$ ). La insatisfacción se predice con omisiones en las acciones de revisión y diagnóstico; sin exploración, razón de momios para la prevalencia (RMP) 1,65 (IC al 95% de 1,21-2,20), sin información sobre su padecimiento (RMP 1,51 IC 1,15-1,97), sin explicación del tratamiento (RMP 2,02 IC 1,52-2,7), actitud poco amable del médico (RM 2,44 IC 1,88-3,1), y percepción de mala calidad de la atención (RMP 15,3 IC 13,18-17,94).

**Conclusiones:** La insatisfacción del paciente está directamente relacionada con el deseo de regresar a solicitar servicios al mismo hospital, con el trato poco amable del médico, y con las omisiones en proceso de revisión- diagnóstico- tratamiento y con la percepción de mala calidad.

## VÍNCULO PADRE/HIJO DURANTE EL PARTO POR CESÁREA

E. Blarduni, L. Arranz, F. Rodríguez, C. Álvarez, A. Urcelay y O. Moracho

### C-061

**Palabras clave:** Bonding, Newborn, Cesarean.

**Objetivos:** Hay un periodo sensible dentro de los primeros minutos u horas de vida durante el cual es necesario que los padres estén en contacto íntimo con el niño para que su desarrollo ulterior sea óptimo. Se llama Método Canguro a la práctica de dejar al recién nacido en contacto directo piel a piel con la madre o el padre. El objetivo es aportar nuestra experiencia acerca del método canguro, realizado con los padres de niños nacidos por cesárea en nuestra Unidad.

**Métodos:** Muestra de 80 cesáreas con recién nacidos sanos, a término, durante el periodo Diciembre'02 a Diciembre'03. Estudio analítico de diferentes parámetros: paridad, edad de los padres, lactancia materna, factores socio-culturales maternos y paternos; así como el nivel de satisfacción de los padres que realizaron el método canguro. Formación del personal en dicha técnica. Diseño de pósters y folletos informativos. Encuestas previamente diseñadas y realizadas telefónicamente para valoración de la calidad percibida por el usuario.

**Resultados:** Más del 80% de los padres de niños nacidos por cesárea realizaron el método canguro. Prácticamente el 100% mostró satisfacción en relación a su experiencia y al beneficio de establecer el vínculo padre-niño en estas circunstancias. El resto de los resultados son provisionales y están en explotación.

**Conclusiones:** Fomentar el vínculo de apego entre el recién nacido y su padre en los partos por cesárea es valorado positivamente por los usuarios. El apoyo institucional a la implantación del método canguro ha contribuido a su puesta en práctica.

## LA BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA MEDIOAMBIENTAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO

E. Camino, A. Diéguez y M. Blanco

### C-063

**Palabras clave:** Medioambiente, sostenibilidad.

**Objetivos:** En la comunicación propuesta se pretende básicamente: 1) Dar a conocer las motivaciones que llevaron a Hospital Da Costa a la búsqueda de la excelencia medioambiental, 2) Exponer la metodología seguida para la implantación del Sistema de Gestión Medioambiental, 3) Reflejar las ventajas e inconvenientes que ello conlleva para la organización, 4) Presentar las conclusiones que desde el punto de vista del equipo impulsor del proyecto se extraen de todo el proceso, tanto desde un punto de vista medioambiental como desde el punto de vista de la gestión diaria del centro.

**Métodos:** Hospital Da Costa ha obtenido con fecha 22/03/2004 el Certificado de Gestión Medioambiental que evidencia la conformidad de su sistema de Gestión Medioambiental con la norma UNE-EN ISO 14001:1996.

**Resultados:** De este modo se ha evidenciado que Hospital da Costa, ha implantado una estrategia que garantiza el cumplimiento, no sólo de la legislación vigente, sino la aplicación del principio de sostenibilidad.

**Conclusiones:** Para ello ha sido preciso definir el adecuado desarrollo de los procesos, la utilización racional de materias primas y energías, así como la asignación de los recursos humanos e infraestructuras, dando como resultado una mejora indiscutible del comportamiento medioambiental del centro. Se han establecido prácticas que garantizan una correcta gestión de todos los residuos generados, se realizan análisis periódicos de los vertidos de aguas residuales a la red de saneamiento, se controlan los niveles de emisión de calderas por entidades de inspección independientes y se han promovido prácticas de reducción de los consumos en todas las actividades (agua, energía, papel). Con este compromiso se garantiza a los trabajadores, a los proveedores, en general al entorno del centro y sobre todo a su población usuaria, que dentro de su cultura de gestión, se incluye una sólida ética medioambiental, que permite controlar y reducir al mínimo los impactos derivados de las actividades desarrolladas sobre el medio ambiente.

## MESA 10

# Errores en la práctica clínica y prescripción farmacéutica

### INFLUENCIA DE LOS ERRORES ASISTENCIALES EN EL RETORNO INESPERADO AL SERVICIO DE URGENCIAS

**C-065**

S. Núñez, A. Martín, A. Álvarez y A. Aguirre-Jaime

**Palabras clave:** Emergency, Readmission, Quality.**Objetivos:** El propósito de este estudio es identificar factores de riesgo para el retorno inesperado.**Métodos:** Se diseñó un estudio prospectivo donde la unidad de análisis es el retorno inesperado. Se considera caso al paciente que, después de ser dado de alta en el Servicio de Urgencias es readmitido antes de las 72 horas por el mismo motivo, y control al paciente atendido y dado de alta a continuación del caso en su primera visita con la confirmación de que no regresa a urgencias. Se obtiene una muestra de 250 casos y 250 controles. Los principales factores con potencialidad predictiva sobre el retorno son los errores de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, información y los del sistema extra-hospitalario. Como factores secundarios se consideran otras 20 variables con probable influencia sobre el retorno. Se estiman las significaciones estadísticas de las diferencias de manifestación de los factores entre casos y controles a un nivel de significación del 5% y mediante análisis de regresión múltiple se estima el riesgo relativo a retornar asociado a cada uno de los factores.**Resultados:** Los distintos tipos de error mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, siendo más frecuentes en los pacientes que retornaron. Otros factores fueron también significativamente diferentes: la gravedad del motivo de consulta, la edad y la proximidad geográfica del domicilio fueron superiores en los casos; mientras que el nivel de estudios y el status socioeconómico fueron inferiores al grupo control. El riesgo al retorno se asoció al error de pronóstico (RR = 1,8; IC95%: 0,6-3,6), error de tratamiento (RR = 4,7; IC95%: 2,5-8,7), error del sistema extra-hospitalario (RR = 3,95; IC95%: 1,8-8,5) y error de información (RR = 1,5; IC95%: 1,3-1,9). Además de estos factores este riesgo se asoció a la no permanencia en observación (RR: 3,4; IC95%: 1,7-9) accesibilidad al servicio de urgencias (RR = 1,24; IC95: 1,04-1,49), al motivo de consulta (R = 1,08; IC95: 1,01-1,1).**Conclusiones:** De los errores asistenciales, el error de pronóstico se presenta como el factor de riesgo más importante para el retorno. Entre los factores no considerados inicialmente como de riesgo para el retorno, si lo parecen ser el no mantener al paciente en observación, una cercanía al servicio y la gravedad del motivo de consulta. Por tanto, el retorno inesperado al Servicio de Urgencias constituye un indicador de resultado que puede identificar errores asistenciales proporcionando oportunidades de mejora de la calidad asistencial. (Este trabajo ha sido financiado por FUNCIS y no existe conflicto de intereses).

### UTILIDAD DE LAS SESIONES DE MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**C-064**

A. de Luis, J. Salvador, J. Calzada y A. Martos

**Palabras clave:** Mortalidad, Calidad Asistencial.**Objetivos:** Evaluar la utilidad de realizar sesiones mensuales para analizar la mortalidad hospitalaria, estudiando ingresos hospitalarios cuyo desenlace fue fatal.**Métodos:** Tres médicos internistas valoraron las historias clínicas de un grupo de pacientes, seleccionados al azar, que fallecieron durante su ingreso hospitalario en un servicio de medicina interna durante un periodo de cuatro años y medio. En todos los casos se intentó determinar si las medidas terapéuticas fueron adecuadas. Se consensuaron, con los médicos del servicio, los criterios de selección para presentar el caso en sesión que debían valorarse en todos los casos. En caso de que alguno de ellos fuese positivo, el caso clínico se presentaba en sesión clínica con toda la plantilla de facultativos, manteniendo siempre el anonimato de los participantes. La influencia de las sesiones de mortalidad sobre la calidad asistencial se valoró en base a la evolución de los indicadores en el tiempo y a una encuesta de percepción de utilidad.**Resultados:** Durante el periodo de estudio se dieron 14653 altas en el servicio de las cuales 1222 fueron éxitos (mortalidad hospitalaria del 8,3%). Se revisó un total de 864 historias clínicas (70% de los pacientes que fallecieron) y se seleccionaron 69 casos para presentar en sesiones clínicas (8% de las historias revisadas). Los motivos de selección para presentar en sesión fueron: medidas terapéuticas inadecuadas (27 casos), medidas paliativas inadecuadas (3 casos), medidas diagnósticas inadecuadas (7 casos), enfermedades poco frecuentes (20 casos), muerte súbita (18 casos), causa poco clara (12 casos), reclamación familiar (1 caso), procesos nosocomiales (2 casos). Se consideró que no se habían optimizado los recursos disponibles en 31 casos. El resultado final mostró que la atención había sido correcta en el 96% de los casos. De la evolución en el tiempo destaca que cada vez se detectan menos casos con medidas terapéuticas inadecuadas y se presentan más casos clínicos relevantes. En la encuesta de percepción de utilidad, los participantes consideraron que las sesiones de mortalidad son muy útiles y nadie consideró que debían dejar de hacerse.**Conclusiones:** Las sesiones de mortalidad, aunque ciertamente incómodas, son útiles para conseguir unificar criterios en el tratamiento médico o medidas de abstención terapéutica y para revisar procesos clínicos infrecuentes o de presentación atípica. Constituyen un importante instrumento de control de calidad.

### MEJORA GLOBAL DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE CALIDAD

**C-066**J.M. Mena, A. Cañada, J.J. Calvo, M. Villamor y E. Molina  
Gerencia Área 4 Ap Madrid.**Palabras clave:** Prescripción, Calidad, Atención Primaria.**Objetivos:** El incremento del gasto farmacéutico y la ineficiencia en la prescripción en el año 2003 nos impulsó a diseñar e implantar un plan de mejora global de la prescripción farmacéutica.**Métodos:** Se ha realizado, por el Servicio de Farmacia y la Unidad de Calidad del Área, un programa de mejora basado en la metodología de la mejora continua y estructurado en las siguientes fases: 1) Identificación de oportunidades de mejora relacionadas con grupos de medicamentos, Equipos de Atención Primaria (EAP) y profesionales prescriptores. 2) Constitución de grupos de discusión formados por facultativos que representaban la variabilidad del área para contribuir al análisis de las causas que influyen en la prescripción y definir las acciones correctivas. 3) Priorización de líneas de actuación para los 6 primeros meses de 2004: -Revisión y difusión de la evidencia científica, -Estrategias de información a profesionales, -Promoción de la prescripción por principio activo -Potenciación de la figura del Responsable de Uso Racional del Medicamento -Implantación de programas de mejora específicos para algunos EAP, -Actuación individual frente a facultativos según su perfil de prescripción -Coordinación con Atención Especializada. 4) Medida de la implantación del programa. 5) Impacto en la prescripción.**Resultados:** Se identificaron áreas de mejora relacionadas con: -Grupos de medicamentos con mayor impacto en la desviación: estatinas, inhibidores de la bomba de protones, ARA II y medicamentos nuevos de limitada aportación terapéutica -EAP y profesionales con mayor desviación en sus indicadores El plan de acción ha supuesto la implantación de más de 30 acciones correctoras en el primer semestre de 2004 Se han realizado programas de mejora específicos en 5 EAP. La medida de los indicadores muestra una variación positiva en la tendencia de los resultados ajustándose progresivamente a los objetivos. Los resultados han sido muy favorables en los equipos que específicamente han desarrollado programas de mejora El impacto real continuará midiéndose en el segundo semestre del año.**Conclusiones:** La metodología de los ciclos de mejora continua permite identificar de forma precisa áreas prioritarias relacionadas con la calidad de la prescripción. El enfoque global, la coordinación entre farmacéuticos y responsables de calidad y la participación de los profesionales para analizar las causas y definir acciones correctivas han supuesto modificar la tendencia negativa de la mayoría de los indicadores seleccionados de forma más selectiva y eficiente.

## GESTIÓN DE RIESGO EN LA ADMINISTRACIÓN DE RADIOFÁRMACOS

C-067

J. Ortiz-Berrocal, J.R. Martínez, M. Alonso, A. Saínz, C. Caamaño y J. Carro

**Palabras clave:** Sucesos-adversos; radiofármaco; prevención.

**Objetivos:** Analizar los incidentes relacionados con la administración de la dosis radiactiva como estudio previo a su incorporación al sistema de información del servicio de Medicina Nuclear. Este módulo de información facilitará datos para definir indicadores, especificar causas y decidir las medidas preventivas oportunas.

**Métodos:** Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar (Medicina Nuclear, Bioestadística y Calidad). Análisis de la información referente a la detección de errores en la administración de dosis (indicación, prescripción, transcripción, dispensación y administración). Auditoria de historias del año 2003 seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple para analizar la información recogida en la hoja de incidencias del servicio. Tratamiento estadístico con el programa SPSS.

**Resultados:** En el año 2003 recibieron dosis 8.334 pacientes. No se presentó ninguna reacción adversa, ni tampoco se detectó ningún error en la administración de dosis que tuviera consecuencias (lesión o necesidad de tratamiento) para el paciente. La primera auditoria realizada sobre 500 historias (se tiene prevista otra del mismo tamaño) ofrece ya resultados preliminares, señalando al 23,4% de pacientes en los que se detectó alguna incidencia. Los indicadores de error más altos ponen de manifiesto causas ajenas al funcionamiento del servicio en la indicación con la omisión de diagnóstico previo (9,2%) y defectos en la prescripción que no fue realizada (8,6%) o que se hizo con protocolo inadecuado (9,2%). Los pacientes afectados por la administración de dosis (3,6%) se refieren fundamentalmente a problemas con inyección paravenosa (3%) y en ningún caso hubo consecuencias.

**Conclusiones:** Los indicadores estimados señalan la ausencia de problemas relevantes pero han puesto en evidencia problemas de calidad subsanables que han sido inmediatamente monitorizados con el uso de gráficos de control. Se ha confirmado la conveniencia de que la puesta en marcha de este procedimiento se realice dentro del sistema de información del servicio, incluyendo el proceso de datos referido a la presentación de las posibles incidencias previstas. No se descarta que la información recogida actualmente pueda estar infravalorada por lo que se precisa una insistente difusión dirigida a los profesionales que resalte la importancia de la notificación de incidencias.

## FIABILIDAD Y UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA PARA LA MONITORIZACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO

C-069

P.J. Saturno, J.J. Gascón, L. Lorente, L. Menéndez, M.J. Blázquez y R. Gómis

**Palabras clave:** Efectos Adversos, Monitorización.

**Objetivos:** El "Institute for Healthcare Improvement" (IHI) desarrolló una herramienta, basada en el concepto de indicadores de alerta (triggers), para detectar efectos adversos relacionados con la medicación, y una metodología para su monitorización. El presente estudio describe los resultados de la adaptación de esta herramienta, valorando su fiabilidad, validez y uso rutinario en el contexto español.

**Métodos:** La herramienta original incluye 24 indicadores agrupados en tres categorías: 1) Uso de medicamentos específicos; 2) Determinadas pruebas analíticas y 3) Situaciones clínicas específicas. En la adaptación a nuestro contexto participaron profesionales de servicios clínicos y de farmacia, añadiéndose 6 indicadores. Para poder valorar adecuadamente la fiabilidad se utilizó una muestra a propósito de 90 episodios, 50 con código de efectos adversos, y el resto seleccionados al azar. 3 profesionales de farmacia evaluaron, de forma independiente entre sí, primero la presencia de "triggers", después, si había alguno, la de acontecimiento adverso, y finalmente (no incluido en la herramienta original) si fue evitable. La fiabilidad de estas decisiones se estima con el índice Kappa. Tras asegurar la fiabilidad, se calculó la sensibilidad y especificidad para la detección de reacciones adversas, utilizando como patrón oro su constancia en el CMBD. Las estimaciones se ofrecen con intervalo de confianza de 95%.

**Resultados:** La herramienta presenta una fiabilidad aceptable ( $\kappa = 0,64 \pm 18$ ) en la identificación de algún trigger, y en la de acontecimiento adverso ( $\kappa = 0,73 \pm 0,16$ ). Sin embargo, la consistencia del juicio sobre la evitabilidad ha sido discreta ( $\kappa = 0,53 \pm 18$ ). Individualmente, la mayoría de los triggers presentan una fiabilidad excelente ( $\kappa > 0,7$ ) y sólo en uno de los treinta ("suspensión brusca de la medicación") podría haber problemas de consistencia ( $\kappa$  con límite inferior del IC95%  $< 0,4$ ). La sensibilidad fue de 85,1 y la especificidad de 86,5%. Se comprobó asimismo la factibilidad del método de monitorización (control estadístico con una muestra de 10 episodios semanales) propuesto por el IHI.

**Conclusiones:** La herramienta adaptada es fiable y válida. Permite detectar la mayoría de los efectos adversos que serán codificados como tales en el CMBD, y algunos más que, al menos en el hospital donde se hizo el pilotaje, no serían consignados en el CMBD. Su aplicación rutinaria con el método propuesto permitiría sin gran esfuerzo una adecuada monitorización continua de los efectos adversos.

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: CULTURA, ERRORES Y EVALUACIÓN

C-068

M.T. Díaz y E. Beortegui

**Palabras clave:** Administración Medicación, errores.

**Objetivos:** Estimar la incidencia de errores de medicación en la práctica. Identificar problemas en la administración de medicación. Estudiar creencias, actitudes y práctica de las enfermeras sobre la administración de medicación. Crear un registro informático para comunicar errores.

**Métodos:** 1. *Diseño:* Estudio observacional 2. *Muestra:* Enfermeras ( $n = 310$ ) de un hospital de Navarra 3. *Instrumentos:* Observación directa: Metodología "motion case studies". Se definen los parámetros a observar. Se escogen al azar 17 horas de administración de medicación, servicios y enfermeras. Cuestionario: Se elaboró un cuestionario con un total de 20 ítems para conocer creencias, actitudes y conocimientos de enfermería sobre errores de medicación. Registro informático: Se elaboró un registro informático. Se impartió formación a las enfermeras sobre la importancia de la notificación de errores. 4. *Análisis estadístico:* Observación directa: Mediante estudio descriptivo basal. Frecuencia y distribución de los errores de medicación observados mediante media, mediana, moda y percentiles. Estudio analítico: de los factores de riesgo para la ocurrencia de errores mediante regresión logística multivariante. Cuestionario: Mediante análisis descriptivo transversal Estudio analítico basal: Mediante regresión logística se analizará los errores cometidos frente a la edad, años de trabajo, especialidad. Notificación de errores: Nº de errores de medicación notificados por las enfermeras. Porcentaje de errores que se deben a la prescripción, dispensación y administración.

**Resultados:** Se va a proceder al análisis de los datos de la observación y de los cuestionarios. Se presentan datos preliminares: Un 64,8% de las enfermeras ha cometido alguna vez un error de medicación y un 68% ha evitado que se produzcan errores (near miss) durante su vida profesional. El 73% de las enfermeras tiene un conocimiento parcial de las causas, mecanismos y circunstancias por los cuales se cometen errores y demandan formación. El 98,3% de las enfermeras ha notificado siempre los errores cometidos al médico responsable y al farmacéutico. La media de notificación de errores es de 1,3 al día.

**Conclusiones:** El porcentaje de errores cometidos y evitables sugieren la revisión del procedimiento de administración de medicación. La formación en administración de medicación se detecta como una necesidad. Una cultura de notificación de errores y la implantación de un sistema anónimo de notificación evidencia fallos en el sistema, los evalúa y favorece la mejora.

## PROTOCOLO CONSENSUADO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FRACTURAS COSTALES

C-070

S. Quevedo, M. Sepúlveda, D. Pérez, A. Pérez, J. Ceballos y L. López

**Palabras clave:** Fractura Costal Tratamiento.

**Objetivos:** Se detectaron problemas en el manejo de los pacientes con fracturas costales, como demora excesiva en su valoración hospitalaria o complicaciones por tratamientos ambulatorios insuficientes, en pacientes que debían haber ingresado. Decidimos por ello realizar un enfoque protocolizado consensuado entre los profesionales implicados. Comunicar nuestra experiencia y resultados es el motivo del presente trabajo.

**Métodos:** En octubre de 2003 se realizó la primera fase del proyecto, que consistió en la realización de reuniones entre los Servicios de Urgencias y de Cirugía Torácica del HUIGC, en las que, tras una revisión bibliográfica y conociendo las realidades de nuestro medio y hospital, se consensuaron criterios de ingreso y seguimiento ambulatorio de los pacientes con fracturas costales. A continuación y de forma coordinada con la Dirección de Atención Primaria realizamos reuniones con los profesionales en cada uno de los centros de Salud del ámbito de atención de nuestro Complejo Hospitalario. En ellas se comentaba el protocolo, abierto a sugerencias y modificaciones, y se solicitaban soluciones a los problemas detectados. Revisamos, a partir de la implantación del protocolo, desde octubre de 2003 a abril de 2004, el número de ingresos secundarios a complicaciones de fracturas costales y el tiempo de demora de atención en consultas externas del hospital de los pacientes no ingresados, y los comparamos con los datos de abril a octubre de 2003.

**Resultados:** Los criterios de ingreso incluían: Edad mayor de 65 años y/o 3 ó más fracturas costales y/o patología pulmonar severa y/o complicaciones pleuro-parenquimatosas. El resto de los pacientes se controlaban de forma ambulatoria con controles clínico radiológicos a las 24 horas y a la semana. Se facilitó la comunicación directa de los profesionales de Atención Primaria y el Servicio de Cirugía Torácica mediante fax se prestó atención inmediata a los pacientes para los que se nos solicitó valoración. Se detectaron durante el periodo de estudio 3 ingresos por complicaciones, 2 por neumotórax y uno por neumonía, lo que supone el 20% de los detectados durante el mismo periodo el año anterior. El tiempo de demora de atención como primera consulta de los pacientes con fracturas costales disminuyó de una media de 12,5 días a una media de 3 días.

**Conclusiones:** La realización de este protocolo conjunto entre atención primaria y hospitalaria ha disminuido en nuestro medio las complicaciones diferidas de los pacientes con fracturas costales y ha mejorado el seguimiento ambulatorio de los mismos.

## MESA 11

# Infecciones nosocomiales

### DISMINUCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES MEDIANTE UN PROTOCOLO DE SONDAJE: EFECTIVIDAD A UN AÑO

**C-072**

J. Molina, J.R. Hernández, R. Monzón, T. Hernández, M.J. Cortés y O. Delissau

**Palabras clave:** Infección; Nosocomial; Urinaria.

**Objetivos:** A pesar de la mejora de la calidad asistencial en los centros sanitarios, las infecciones nosocomiales siguen siendo un gran reto para los hospitales. Cada Centro debe conocer sus datos propios sobre infecciones nosocomiales para poder establecer medidas preventivas y valorar su efectividad. Se presentan los resultados de la incidencia de infección urinaria nosocomial (IUN) en un hospital materno de tercer nivel, antes y después de implantar un protocolo de sondaje vesical.

**Métodos:** Se realizó una vigilancia prospectiva de las infecciones urinarias aparecidas durante la estancia hospitalaria de mujeres sometidas a Cesárea o a Histerectomía (vaginal o abdominal) en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Materno Insular en el período 2000-03. Se constituyó un grupo de trabajo, que mediante la metodología del Análisis Causal identificó los sondajes vesicales como causa más probable de IUN. Se elaboró, difundió e implantó un protocolo de sondaje vesical intermitente y permanente consensuado con todas las unidades implicadas, con seguimiento de su cumplimiento en una muestra aleatoria. Se dividió el período de seguimiento en dos: "Basal" (previo a la implantación del protocolo) y "posterior".

**Resultados:** *Cesáreas:* se siguieron a 908 mujeres sometidas a cesáreas durante los años 2000-03. En el período basal (450 cesáreas) la incidencia de IUN fue del 4,4%. En el período posterior (458 cesáreas) la incidencia de IUN había descendido significativamente hasta el 1,7% (p (296 histerectomías) la incidencia de IUN fue del 11,8%. En el período posterior (399 histerectomías) fue de 11,27% (diferencia no significativa). Al analizar cada tipo de histerectomía por separado, se observó que en las histerectomías abdominales la incidencia de IUN había aumentado de manera no significativa (desde 7,72% basal hasta 11,56% posterior) mientras que en histerectomías vaginales la incidencia de IUN disminuyó desde 21,34% (basal) hasta 10,47% (posterior) de manera significativa (p < 0,05).

**Conclusiones:** La puesta en marcha de protocolos de sondajes vesicales y su correcta utilización puede haber disminuido la incidencia de infecciones urinarias ginecológicas entre las mujeres intervenidas. Este protocolo parece tener mayor efecto en cesáreas e histerectomías vaginales que en histerectomías abdominales.

### IMPORTANCIA DEL INFORME DE ALTA EN LA EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE AISLAMIENTO

**C-071**

J. García, M. Lizán, A. Ferrer, C. Gallego y J. Cano

**Palabras clave:** Multirresistente, Gérmen, Alta.

**Objetivos:** Los informes de alta de los pacientes que sufren una infección – colonización por gérmenes resistentes a antibióticos (GMR) deben reflejar este hecho en el informe de alta, para que si estos pacientes reingresaran en el Hospital, pudieran tomarse las medidas de aislamiento oportunas. El objetivo del estudio es averiguar la frecuencia de citación en el informe de alta de la presencia de infección – colonización por gérmenes multirresistentes.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo en el que seleccionamos del total de pacientes que han sufrido una infección – colonización por GMR en el año 2003 una muestra de pacientes con criterios de normalidad para averiguar la frecuencia de citación en el informe de alta y la distribución por Servicios. Estos datos se comparan con los obtenidos por un estudio similar realizado entre los pacientes con infección – colonización por GMR del año 2000.

**Resultados:** Hemos seleccionado 85 casos de pacientes con infección – colonización por GMR. La frecuencia de citación en el informe de alta ha sido del 68,2% en el global del Hospital, encontrándose en los Servicios Pediátricos el mayor número de incumplimientos (frecuencia de citación 25%). Si consideramos el global del Hospital sin los Servicios Pediátricos tenemos una frecuencia de citación del 81,5%. En el estudio realizado en el año 2000 la frecuencia de citación en el informe de alta fue del 72,31%, si excluimos los Servicios Pediátricos es del 85,71%, y en los Servicios Pediátricos es del 47,82%. Las diferencias con los resultados del año 2003 no son estadísticamente significativas, salvo en el caso de la frecuencia de citación en los Servicios Pediátricos en que sí son significativas.

**Conclusiones:** La frecuencia de citación en el informe de alta se ha mantenido en unos niveles similares en los dos últimos años, por lo que es necesario tomar medidas para mejorarla, sobre todo en los Servicios Pediátricos.

### MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE PREQUIRÚRGICO MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ACOGIDA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

**C-074**

E. Altarribas, A. Deito, M. Félix, T. Largaarta, M. Rueda y A. Vecino

**Palabras clave:** Quimioprofilaxis Y Adecuación.

**Objetivos:** La monitorización a través de protocolos, opinión de los profesionales e indicadores de morbilidad infecciosa post-quirúrgica permitió detectar la falta de adecuación de la práctica asistencial de cuidados al último protocolo (mayo 2003) de quimioprofilaxis de infección de la herida quirúrgica, así como, la variabilidad de criterios de cuidados en las diferentes unidades asistenciales que realizan actividad quirúrgica. Todo esto, hizo considerar necesario, al equipo de mejora, la implantación de una Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico que facilitase la adecuación del protocolo de quimioprofilaxis y de cuidados a la práctica asistencial y favoreciese la acogida del paciente al bloque quirúrgico (B.Q.)

**Métodos:** Se constituyó un equipo de mejora formado por profesionales de las unidades asistenciales, bloque quirúrgico (quirófanos, anestesia), medicina preventiva y coordinación de cuidados y calidad. Este equipo se reunió durante la planificación y difusión de la Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico una vez al mes durante seis meses

**Resultados:** a) Implantación de la Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico. b) Difusión del objeto de la implantación de la Unidad de Acogida a las 17 unidades que realizan actividad quirúrgica. c) Elaboración de un borrador del Plan de cuidados prequirúrgico consensuado entre las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y la Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico. d) 83% pacientes atendidos en la Unidad de Acogida al B.Q del total de pacientes programados intervenidos (1017 pacientes intervenidos programados en los quirófanos del 1 al 12 del 4 de abril al 6 de junio del 2004). e) Se ha administrado al 43% de los pacientes profilaxis antibiótica del total de pacientes programado siendo este 43% el 100% de las indicaciones de profilaxis antibiótica previa a la intervención. f) 0% pacientes pincelados en la Unidad de Acogida al B.Q del total de pacientes con indicación de pincelado en la Unidad de Acogida al B.Q.

**Conclusiones:** Hasta el momento, las principales ventajas de la implantación de la Unidad de Acogida al paciente en el bloque quirúrgico encontramos que sirve como estímulo para introducir cambios, favorece la mejora de la calidad asistencial e identifica las áreas sobre las que debe incidirse para introducir mejoras favoreciendo la satisfacción de los pacientes y profesionales.

## EVALUACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL USO DE CATÉTERES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

C-075

M. Rodríguez, B. Abascal, G. Barquin, O. González, C. Ortiz y M. Valdó

**Palabras clave:** Catéter, Encuesta, Conocimientos.

**Objetivos:** Conocer el nivel de conocimientos del uso de catéteres del personal de enfermería del Hospital adecuados a la Guía de Vigilancia y Control de la Bacteriemia Asociada a Dispositivos Intravasculares.

**Métodos:** La Comisión de Infección Hospitalaria, ha priorizado este año la Evaluación del Uso de Catéteres. Para analizar la situación de partida se ha diseñado un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario de 25 preguntas cerradas que recogen aspectos incluidos en la Guía y que contestó todo el personal de enfermería del centro. Se han evaluado cinco grupos de Indicadores de Conocimiento (estándar > 75%)

**Resultados:** Higiene de Manos durante la inserción. En el 90,5% de los casos se conoce la necesidad de lavado de manos antes-después de la inserción de Catéter Venoso Central (CVC) y en el 75,6% del periférico. Inserción del catéter. El antiséptico más usado es la povidona yodada (66%), el uso de guantes en la inserción de catéteres periféricos es del 75,6%, y en los CVC del 99,2%, la técnica correcta de asepsia ante la inserción del catéter (lavado de manos y uso de guantes) es correcta en el 90,5% (catéteres periféricos) y en el 93,7% (CVC). El 20,3% nunca palpa el punto de inserción tras aplicar antiséptico y el 92,1% nunca usa pomadas antibióticas. Mantenimiento del Catéter. La palpación del apósito se realiza ante la queja de dolor, fiebre o diariamente para valorar si existe dolor en el 75,6% y la inspección visual se realiza ante dolor, fiebre o en apósitos que impiden visualizar en el 22%. El cultivo de los catéteres ha de hacerse ante la sospecha de infección para el 71,7%. Recambio de equipos. El recambio de equipos infusión de sangre y lípidos se realiza cada 24 horas para el 42,5%, el de los equipos de infusión (excepto sangre y lípidos) cada 72 horas para el 35,4% y los de propofol cada 6/12 horas para el 14%. Cambio de Catéteres. Considera necesario el cambio de catéteres periféricos cada 72/96 horas para evitar flebitis el 66%, el de los catéteres periféricos sin asepsia antes de 48 horas el 41,7% y el 78% no considera necesario el cambio del CVC durante el ingreso salvo complicaciones.

**Conclusiones:** Los conocimientos del personal de enfermería en relación con la Higiene de Manos e Inserción del catéter son elevados, mientras que bajan en relación con el mantenimiento del catéter, recambio de equipos de infusión y cambio de catéteres, por lo que nos planteamos técnicas de formación práctica del personal en estos aspectos.

## INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

C-077

E.E. Álvarez, M. Bolaños, A. Francés, M. Galante, J. Gómez, J. González, V. Núñez, R. Pérez, L. Santos y D. Vicente

Comisión de Infecciones. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC)

**Palabras clave:** Antibioterapia, evaluación del uso de fármacos.

**Objetivos:** Cada día, el 40% de los pacientes ingresados en hospitales de tercer nivel reciben antibióticos. Su uso indiscriminado favorece la aparición de efectos adversos (reacciones adversas; infección nosocomial por microorganismos resistentes) y supone un gasto excesivo. Favorecer su uso eficiente es un objetivo de la Comisión de Infecciones del HUIGC. Una intervención es la implantación de una hoja de petición de antibióticos de uso restringido para: informar al personal sanitario de la conveniencia de un uso limitado de dichos fármacos, así como de las indicaciones de su uso y las alternativas; y recabar información sobre el contexto en el que se prescribe dicho fármaco.

**Métodos:** Un grupo multidisciplinar revisó los antibióticos utilizados en el Hospital, clasificando como "de uso restringido" los que fueran efectivos en unas condiciones de uso muy específicas; con coste elevado; que pudieran generar resistencias en los microorganismos implicados; y para los que existieran alternativas más eficientes. Estudios previos de vigilancia de la Infección Nosocomial identificaron oportunidades de mejora en la prescripción de antibióticos. Se diseñó mediante consenso una hoja de petición que será remitida por el Servicio de Farmacia junto con la primera dosis del antibiótico solicitado.

**Resultados:** Fueron clasificados como "antibióticos de uso restringido" los siguientes: Anfotericina B liposomal (Ambisome); Caspofungina (Cancidas); Voriconazol (Vfend); Linezolid (Zivoxid) y Ertapenem (Invanz). Las siguientes oportunidades de mejora fueron introducidas como ítems en la hoja: petición de cultivos previos al inicio del tratamiento antibiótico empírico; adecuación del tratamiento a los resultados del mismo; realización de interconsulta con la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) en casos determinados. La hoja informa al facultativo/a prescriptor de la clasificación de estos fármacos, indicaciones de su uso y alternativas y recoge datos sobre el contexto en el que se prescribe.

**Conclusiones:** La Comisión de Infecciones puede colaborar en una intervención integral para disminuir el uso innecesario de antibióticos en pacientes hospitalizados. Parte de esa intervención es la restricción del uso de determinados antibióticos. Para informar a los médicos prescriptores y conocer las circunstancias de su uso, se puede utilizar una hoja de petición especialmente diseñada. La efectividad de esta hoja deberá ser evaluada durante su utilización, valorando la necesidad de poner en marcha acciones complementarias.

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORA EN LA CIRUGÍA ELECTIVA DE COLÓN

C-076

J. Rebull, A. Pumares, M.F. Domenech, C. Gombáu, J. Pujals y M. Estévez

**Palabras clave:** Evaluación, Infección, Colon.

**Objetivos:** Mediante el programa de vigilancia de la infección nosocomial (IN), se detectó una incidencia alta de infección de herida quirúrgica (IQ) en cirugía de colon. Describimos las acciones de mejora realizadas de forma multidisciplinar para disminuir la IQ y los resultados obtenidos

**Métodos:** El programa de vigilancia de infección nosocomial de nuestro centro incluye 8 objetivos de IN, entre ellos la monitorización de la incidencia de IQ de colon, con seguimiento de una cohorte prospectiva de pacientes intervenidos de cirugía de colon. Se identificó una incidencia elevada de IQ, durante dos años consecutivos 2001-2002. Se creó un grupo multidisciplinar para detectar posibles causas, propuesta de acciones y monitorización de su efectividad. Entre las medidas propuestas destacan: 1) Cambios en el la limpieza mecánica del colon (dieta). 2) Actualización del protocolo de preparación de la piel del paciente. 3) Introducción de la descontaminación oral selectiva. 4) Reuniones trimestrales con el servicio de cirugía con Feed-back de resultados. Estas actuaciones se implantaron durante el primer trimestre del 2003. La evaluación de la efectividad se realizó abril del 2003 a marzo del 2004.

**Resultados:** Desde septiembre del 2000 hasta marzo del 2003 fueron monitorizados un total de 108 pacientes. La incidencia acumulada anual de IQ fue superior a la esperada para su categoría NISS, global 25%; (IC 95% 15,8-33,2); después de las acciones de mejora, la incidencia acumulada de IQ fue de 19,6%, (IC 95% 9,6-29,6). En la localización de la IQ no se observaron diferencias significativas entre superficiales, profundas y órgano-espacio (55%; 11%; 33%), después de la intervención (50%, 16%; 33%). La estancia total descendió de 17,5 días (DS 15) a 15,4 días (DS 7,5)  $p = 0,3$ , la estancia preoperatoria no se modificó 2,5 días frente a 2,3.

**Conclusiones:** EL programa de vigilancia de la IN identificó un exceso de riesgo en IQ en las intervenciones de colon. Los resultados obtenidos después de la intervención, aunque no son estadísticamente significativos, pueden ser relevantes clínicamente, ya que supone una disminución de la morbilidad, 6 infecciones de cada 100 pacientes intervenidos y de la estancia media. La creación de un grupo multidisciplinar implicando a los profesionales responsables resulta relevante en la mejora de los resultados.

## MESA 12

# Adecuación de ingresos y estancias

### ESTANCIAS EVITADAS MEDIANTE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA

**C-079**

J. Leal, M.C. Hernández, R. Ibáñez, M.J. García, J. Paredes y R. Uroz

**Palabras clave:** Estancia, Cirugía, Mama.

**Objetivos:** Conocer las estancias evitadas mediante el control ambulatorio por enfermería de las pacientes intervenidas de cirugía oncológica de mama.

**Métodos:** *Diseño:* estudio descriptivo, transversal retrospectivo. *Ámbito:* Consulta de enfermería tras cirugía oncológica de mama, unidad de hospitalización H4D (CGD), Hospital Morales Meseguer. *Periodo de estudio:* enero-diciembre 2003. *Población de estudio:* pacientes intervenidas de cirugía oncológica de mama y portadoras de drenaje de baja aspiración. Instrumento de recogida de datos: registro de control de pacientes (consulta). *Variables:* nº de pacientes, nº de visitas, duración de la consulta, tipo de consultas, estancias evitadas y estancias potencialmente evitadas. *Análisis estadístico:* SPSS 10.0.

**Resultados:** Se han visto en la consulta 81 pacientes requiriendo 273 visitas (3,37 visitas/paciente). El tiempo medio por consulta fue de 18,35 minutos, siendo la consulta de control de drenaje y cura de herida quirúrgica la más habitual (44,7%). Durante junio y diciembre hubo 43 consultas, siendo los meses con mayor demanda. El tiempo medio que permanecen las pacientes tras el alta siendo portadoras del drenaje de baja aspiración y acudiendo a la consulta es de 9,3 días, suponiendo 755 días de estancia evitadas anualmente. Así mismo, las pacientes que desarrollaron seroma tras la retirada del drenaje por obstrucción o pérdida accidental fueron 18, manteniéndose 18,6 días de media y suponiendo 298 días de estancias potencialmente evitadas.

**Conclusiones:** La implantación de la consulta de enfermería tras cirugía oncológica de mama ha supuesto una importante optimización de los recursos existentes al proporcionar un número considerable de estancias evitadas.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ELECTIVO DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR. REDISEÑO DEL PROCESO

**C-078**

J. Gómez-Barbadillo, J. Puente, F.J. Rodríguez, J. Granados y A. Uceda

**Palabras clave:** Cirugía; Estancias; Proceso.

**Objetivos:** Analizar los resultados del rediseño del proceso de tratamiento quirúrgico de los pacientes con pancreatitis aguda biliar basado en alta tras restablecimiento y reingreso precoz para colecistectomía electiva.

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental postintervención. *Intervención:* implementación de un proceso de tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda biliar basado en el análisis de la evidencia disponible, la optimización de la organización del trabajo y la reducción de las estancias hospitalarias en un servicio de cirugía general de un hospital comarcal. Periodo de estudio Octubre 1999 a Diciembre 2003. *variables dependientes:* 1) recidiva enfermedad antes de la intervención electiva y 2) intervenciones urgentes por complicaciones secundarias a la pancreatitis aguda en pacientes en espera de intervención. *Indicadores de calidad:* 1) demora media desde alta hasta intervención; 2) pacientes intervenidos después de 4 semanas tras el inicio de la pancreatitis.

**Resultados:** 232 ingresos por pancreatitis en 167 pacientes. 112 casos secundarios a etiología litiasica (67,06%). 60 intervenciones quirúrgicas. En 49 pacientes se desestimó la cirugía debido al riesgo quirúrgico o esta fue rechazada por el paciente. En 32 de estos casos se realizó CPRE profiláctica. Los 3 pacientes restantes estaban colecistectomizados previamente. De las 60 intervenciones quirúrgicas, 49 (81,7%) se hicieron en un segundo ingreso. La demora media para la intervención fue 33 días (4-200). 32,6% de los pacientes (16 casos) se intervinieron con posterioridad a los 28 días. La tasa de reingreso por recidiva entre los 60 pacientes intervenidos es 1,6% (1 pacientes). Ningún paciente dado de alta y en espera para intervención precisó una intervención urgente por complicación secundaria a recidiva de pancreatitis aguda.

**Conclusiones:** Las pancreatitis agudas litiasicas leves pueden ser intervenidas con seguridad en un ingreso programado precoz. Planificar al alta la fecha de la intervención ofrece seguridad al paciente, mejora la capacidad de organización y gestión del servicio y resulta una práctica segura en base a la reducción del riesgo de recidiva con respecto a lo publicado en la literatura. El porcentaje de pacientes cuya intervención se demora más allá de 28 días debe ser un indicador de calidad a monitorizar por el servicio con el propósito de analizar los casos que se demoran y tratar de reducir este porcentaje al mínimo.

### INDICADORES ASISTENCIALES FDE UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN

**C-080**

R. Tejido, F. Novo, O. Acha, C. Escalada, L. Blasco y D. Sierra

**Palabras clave:** Hospital Unit.

**Objetivos:** 1) Describir los indicadores asistenciales de un Unidad de Alta Resolución, 2) Estudiar factores relacionados con la estancia media y el índice de traslados.

**Métodos:** *Variables analizadas:* número de ingresos y su distribución mensual, porcentaje de traslados totales y por Servicio, estancia media global y por destino de alta, índice de ocupación, índice de rotación, peso medio de las altas. Para la comparación de medias y de proporciones se utilizaron los test de t de Studen y de Kruskal Wallis respectivamente. Periodo de análisis: Enero-Diciembre 2003.

**Resultados:** La Unidad De Alta Resolución (UARH) consta de 19 camas. El equipo médico lo componen 4 especialistas en Medicina Interna. Se trabaja todos los días del año cubriendo los turnos de mañana y tarde (08:00-22:00 horas). Durante el año 2003 se realizaron 2084 ingresos, con un promedio de 5,7 ingresos/día. No hubo diferencias significativas entre los diferentes días de la semana, ni en función del carácter festivo o laboral. La media de ingresos mensuales es de 173 (159-188), con una distribución bastante homogénea (los meses de menos ingresos fueron Junio y Septiembre). Los enfermos ingresados tuvieron un alto índice de complejidad, en torno a 1,4 (medido por GRD). La estancia media fue de 3,05 (1,25), con un rango de 2,9 en los pacientes con alta a domicilio frente a 4,08 (1,4) en los traslados a otras plantas del Hospital (p < 0,05). La Unidad tuvo un alto índice de rotación, alcanzando la cifra de 109,7 ingresos/cama/año. Este "recambio" tan importante implica una sobrecarga laboral de los profesionales de la Unidad. El índice de ocupación (IO) (91,7%) también fue mayor que lo esperado para este tipo de unidades, dado que depende directamente de la estancia media. Esto se compensa aumentando el número de ingresos, lo que también puede ir en detrimento de la calidad y de la accesibilidad. Por tanto el índice de ocupación no debiera ser el indicador de referencia en los objetivos de este tipo de unidades. El índice de traslados fue del 18,8%, siendo el Servicio colaborador y el motivo de ingreso los 2 factores relacionados con un mayor índice de traslados (p < 0,05). Otras variables como la edad, sexo, comorbilidad, pruebas diagnósticas no influyeron.

**Conclusiones:** La Unidad de Alta Resolución es una unidad muy eficiente para el Hospital, por su baja estancia media y por su alto índice de rotación. El índice de traslados depende más del motivo de ingreso que de las características del paciente.

**CASUÍSTICA DE LOS INGRESOS CON ESTANCIA MENOR DE 72 HORAS****C-081**

M.C. Martínez-Ortega, A. Martínez-Menéndez, D. Taborcías, M. Conesa y G. Blanco

**Palabras clave:** Ingresos, Estancias, Casuística.**Objetivos:** 1) Conocer el tipo de pacientes ingresados con estancia menor de 72 horas. 2) Analizar los motivos de ingreso y alta. 3) Detectar posibles causas de ingresos innecesarios.**Métodos:** Estudio descriptivo. Revisión retrospectiva de pacientes ingresados durante el año 2003. Variables a estudio: Edad, Sexo, Motivo y Servicio de Ingreso, Tipo de alta. Análisis de motivo de ingreso a partir del CMDB (Diagnóstico principal codificado con la CIE-9-MC).**Resultados:** En el año 2003, de 8485 altas dadas en nuestro hospital, 1003 (11,8%) fueron episodios de menos de 72 horas de ingreso. 555 episodios corresponden a hombres y 448 a mujeres. La edad media fue de 52,6 (103-7). El 67% eran menores de 65 años. De los 1.003 episodios 85,9% fueron alta a domicilio, 7,3% fallecieron, 3,7% se trasladaron a otro hospital y 2,8% solicitaron alta voluntaria. Del 85,9% (862) de episodios que fueron alta a domicilio 73,8% (637) eran menores de 65 años. El 55,3% de los ingresos corresponden a M Interna. 15,6% de Psiquiatría. 13,7% de Traumatología. 7,8% Cirugía General. El 7,6% restante se reparte entre Ginecología, Urología, Cirugía Vascular y C Plástica. El 68% de la Patología se puede agrupar y de este 68%, el 30,9% es PG Psiquiátrica, 26% PG Cardiovascular, 20,5% PG mal definida (signos y síntomas), 11,4% es PG Traumatológica (Contusiones y TCE) y 10,9% es PG Respiratoria. El 27% de éxitus se deben a Neoplasias, 22,9% a PG Cardiovascular (infartos, hemorragias y trombosis cerebrales), el 22,9% a PG Respiratoria (Neumonía, Neumonitis, EPOC descompensados). Las altas voluntarias corresponden mayoritariamente a PG Psiquiátrica y los traslados son debidos a PG Cardiovascular o Traumatológica con componente neurológico grave (el hospital no tiene servicio de Hemodinámica ni de Neurología).**Conclusiones:** Dadas las características de los pacientes (edad media baja), los tipos de alta (porcentaje de altas a domicilio elevado) y patología atendida (especialmente la que englobamos en signos, síntomas y estados mal definidos correspondientes al Capítulo XVII de la CI-9-MC), deberíamos considerar la necesidad de dotar al Servicio de Urgencias de un área de observación que disminuiría ingresos innecesarios. Sería útil analizar cuantos de estos pacientes son reingresadores habituales. No existe conflicto de intereses.**MEJORA EN LA ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS AL INTERVENIR CON ADEQHOS®****C-083**

M. Martínez, L. Parra, P. Antón y S. Peiró

**Palabras clave:** Utilization Review.**Objetivos:** Conocer el impacto en la proporción de ingresos inadecuados al realizar una intervención con adeQhos®, sobre los facultativos de Urología en el Hospital General de Ponferrada.**Métodos:** Estudio cuasi-experimental pretest-postest, realizado en el Servicio de Urología del Hospital General de Ponferrada. Antes de la evaluación el revisor recibió charla estructurada y entrenamiento previo en el uso de los criterios de ingreso del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Este trabajo se realizó en el transcurso de una intervención sobre las estancias, con adeQhos®, se seleccionaron los nuevos ingresos durante 6 semanas (2-2-2), siendo evaluados de forma concurrente con el AEP. Se calcularon las proporciones de inadecuación de los ingresos y se estimaron las diferencias entre periodos (con IC95%).**Resultados:** Se analizaron 111 ingresos, siendo la proporción global de inadecuación, en los tres periodos, de 57,7% (IC95%: 48 a 67%). Los resultados por periodos fueron del 76% (IC95%: 55 a 90,6%), 54% (IC95%: 33 a 74,5%) y del 68% (IC95%: 53 a 81%). Entre el periodo previo y el de intervención la reducción absoluta fue de un 22% (IC95%: -47,9 a 4,2%), con descenso relativo del 29% y entre el periodo basal y posterior una reducción absoluta del 8% (IC95%: -29,3 a 135%), con un descenso relativo de un 10,5%.**Conclusiones:** 1) La intervención con adeQhos® sobre las estancias, ha resultado moderadamente efectiva en la mejora de la adecuación de los ingresos. 2) El adeQhos® puede ser utilizado como complemento para la Gestión Clínica versus Gestión Hospitalaria. 3) La reducción de un 22% de los ingresos inadecuados se considera relevante desde el punto de vista de la Gestión Hospitalaria. 4) El uso periódico de adeQhos® podría incluirse en los contratos programa de los Servicios con mayor inadecuación en los ingresos.**IMPACTO DE ADEQHOS® SOBRE LA INADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA****C-082**

P. Antón, L. Parra, M. Martínez y S. Peiró

**Palabras clave:** Utilization Review.**Objetivos:** Conocer el impacto en la proporción de estancias inadecuadas, al realizar una intervención con adeQhos® sobre los facultativos de Urología, en un hospital de titularidad pública de 360 camas, perteneciente al grupo II, de referencia para un área de 150.000 habitantes.**Métodos:** Estudio cuasi-experimental pretest-postest, realizado en el Servicio de Urología del Hospital General de Ponferrada. El revisor recibió entrenamiento en el manejo de adeQhos®, del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) y charla estructurada previa al inicio de la evaluación. Se evaluaron 45 días (15-15-15) de forma concurrente, y durante el periodo de intervención se utilizó diariamente el formulario de auto-evaluación adeQhos® (en formato autoadhesivo). Se calcularon las proporciones de inadecuación y se estimaron las diferencias entre periodos (con IC95%). Para la evaluación de la adecuación/inadecuación se utilizaron los criterios del AEP.**Resultados:** Fueron válidas para el análisis 405 estancias, de las que 167 resultaron inadecuadas, por lo que la proporción global de estancias inadecuadas, en los tres periodos, fue de 41,2% (IC95%: 36,4 a 46,2%). Los resultados por periodos fueron de 59,4% (IC95%: 50 a 68%), 31,4 (IC95%: 24 a 39,3%) y 35,7% (IC95%: 27,4 a 44,7%). Entre el periodo previo y el de intervención una reducción absoluta de 28% (IC95%: -39,3 a -16,6%), suponiendo un 47% de reducción relativa, y entre el periodo basal y posterior existió un descenso absoluto de un 23,6% (IC95%: -35,7 a -11,6%), con una reducción relativa de un 40%.**Conclusiones:** 1) Este tipo de intervención ha resultado efectivo en la mejora de los resultados. 2) El adeQhos® puede ser utilizado como complemento para la Gestión Clínica. 3) La reducción de aproximadamente la mitad de las estancias inadecuadas se considera relevante desde el punto de vista de la Gestión Clínica. 4) El uso periódico de adeQhos® podría incluirse en los contratos programa de los Servicios con mayor inadecuación.**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN INADECUADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****C-084**

M. Martínez-Pillado, S. Peiró y B. López

**Palabras clave:** Hospitalización Inadecuada.**Objetivos:** Evaluar el impacto de una intervención con componentes de información y retroinformación, sobre los facultativos de un Servicio de Medicina Interna de un Complejo Hospitalario de 660 camas, en la adecuación de la hospitalización y específicamente aquellas atribuibles al manejo médico. Analizar los factores asociados a la inadecuación por causas médicas. Estimar la modificación de la adecuación de la hospitalización antes, durante y después de la intervención.**Métodos:** Se realizó una intervención secuencial con actividades formativas y de retroinformación, durante un periodo de 6 semanas, en uno de los servicios de MI, (Grupo Intervención-GI-) en un entorno de creación de un Complejo Hospitalario con dos hospitales generales. Se valoró el porcentaje de adecuación de estancias globales y por causas médicas, con el AEP, en los dos servicios de MI. Se evaluaron 1457 estancias con esta distribución por periodos y grupos: Basal: GI 351; GC 175; Intervención: GI: 298; GC: 192; Post-intervención: GC 270; GI 171. El otro servicio de MI sirvió como grupo control. El trabajo de campo se realizó durante los meses de diciembre 2001 y enero 2002. Se realizó un análisis descriptivo de las características de las estancias y en los tres periodos analizados, utilizando la prueba de  $\chi^2$  (sustituida en su caso por la prueba exacta de Fisher). Se estimaron los porcentajes de estancias inadecuadas y por causas médicas con sus IC calculados por el método binomial exacto. La efectividad de la intervención se valoró comparando el porcentaje de adecuación entre los tres periodos utilizando la prueba de diferencia de proporciones. Finalmente se analizaron los factores asociados a estancias innecesarias utilizando análisis bivariados y de regresión logística.**Resultados:** El porcentaje global de la adecuación hospitalaria en el GI produjo un incremento paradójico del 4% entre periodo basal e intervención. No obstante, la inadecuación debida a causas médicas se redujo de un 26% a un 17% entre ambos periodos.**Conclusiones:** La retroinformación pasiva y de baja intensidad a los clínicos de MI sobre el porcentaje de estancias inadecuadas, en un contexto organizativo que incluía componentes de incertidumbre, no fue efectiva para disminuir la proporción global de estancias inadecuadas, aunque fue ligeramente efectiva en aquellas debidas a causas médicas. Las causas inadecuadas por causas médicas se asociaron a la modalidad de ingreso, fallecimiento, diagnóstico al alta, duración de la estancia, día de la semana, tercio de la estancia, grupo evaluado y periodo de la intervención.

MESA 13

## Investigación en servicios sanitarios: medida de resultados, etc. (I)

### CONTROL DE HEMÓLISIS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

C-086

I. Bilbao-Iturrigarria, I. Idigoras-Rubio y A. López-Benito

**Palabras clave:** Hemólisis.

**Objetivos:** Disminuir la tasa de sueros hemolizados mediante la implantación progresiva de tres medidas correctoras, pues la causa más frecuente de rechazo de muestras por parte del Laboratorio es la hemólisis.

**Métodos:** Realizamos un estudio prospectivo desde Enero del 2002 a Mayo del 2004 de la hemólisis como indicador del porcentaje de sueros hemolizados sobre el número total de sueros extraídos. *1ª medida correctora:* Sustitución de catéteres de venopunción de poliuretano del 20G por 18G el 8 de Agosto del 2002. *2ª medida correctora:* Realización de estudio piloto introduciendo los tubos de llenado suave del 10 al 26 de Diciembre del 2002 en lugar de los tubos convencionales. *3ª medida correctora:* Realizar la extracción añadiendo detrás del catéter de venopunción alargadera de 10 cm. entre llave y el adaptador colocada en su posición horizontal el 30 de Abril del 2004.

**Resultados:** El número total de extracciones es de 44.412, de los que el 9% están hemolizados, tras aplicar la primera medida correctora se reduce al 7,7%, tras aplicar la segunda medida decrece al 6,3%. Actualmente tras añadir la tercera medida correctora a las dos anteriores el índice de hemólisis se encuentra actualmente en el 6%.

**Conclusiones:** Somos capaces de reducir la tasa de hemólisis de los sueros extraídos en el Servicio de Urgencias si aplicamos las tres medidas correctoras de un 9% a un 6%, habiendo sido progresivo el decremento de la siguiente manera: Aplicada la primera medida correctora se produce un decremento del 1,3%, añadida la segunda medida correctora a la primera el decremento es del 1,4%, y añadida la tercera medida correctora a las dos anteriores el decremento es del 0,3%.

### ¿QUÉ DETERMINA EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA?

C-085

J. Mora, A. Ochando, M.E. Hernández, S. Lorenzo, Y. Gómez y K. López

**Palabras clave:** Satisfacción, Calidad, Hemodiálisis.

**Objetivos:** 1) Determinar el grado de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis crónica en relación con la atención recibida. 2) Conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción e identificar oportunidades de mejora.

**Métodos:** *Ambito:* hospital de referencia para nefrología del Área 8 de la Comunidad de Madrid. Estudio descriptivo transversal a todos los pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica de nuestra unidad entre Marzo y Abril de 2004. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado, de forma anónima previo consentimiento del paciente, cumplimentándolo en el propio domicilio y depositándolo en un buzón de la unidad. Cada ítem se puntuó en una escala Likert (de 1 a 5) según el grado de satisfacción. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS, obteniendo las frecuencias y medias de puntuación en cada ítem. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad. A partir del análisis de regresión de los datos se calculó la media global de satisfacción y los atributos con más peso en la satisfacción de los pacientes.

**Resultados:** Muestra 61 cuestionarios. Tasa de respuesta del 98,3%. 51,8% de los pacientes eran hombres y el 48,2% mujeres. Edad media  $71,18 \pm 13,3$  años. El alpha de Cronbach fue de 0,95. La puntuación media obtenida en la primera parte del cuestionario fue superior a 3,5 en todos los atributos analizados excepto en la facilidad para llegar al hospital. Los atributos con los que los pacientes están menos satisfechos son el tiempo de espera para ser atendidos por el médico, la facilidad de llegada al hospital y la comunicación que el personal de la unidad mantiene con los familiares. Los aspectos que influyen en la satisfacción de los pacientes son la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis, la rapidez con que consigue lo que necesita, el interés del personal de enfermería por los pacientes y el tiempo de espera para ser atendido por el médico. La satisfacción media global fue de 3,81. No se encontró correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción.

**Conclusiones:** El grado de satisfacción de los pacientes de hemodiálisis crónica en nuestro centro fue de 3.81. Los atributos que determinan el grado de satisfacción de los pacientes son la rapidez, la puntualidad, el interés del personal de enfermería y el tiempo de espera para ser atendidos por el médico.

### PREDICCIÓN DE MORTALIDAD PRECOZ TRAS TIPS (TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT). ¿ES MEJORABLE EL MELD SCORE?

C-087

M. Merino, J. Quiroga, P. Larrañaga, I. Inza, B. Sangro e I. Herrero

**Palabras clave:** Predicción, Supervivencia, Cirrosis.

**Objetivos:** 1) Identificar a los pacientes con mal pronóstico en los tres primeros meses tras la implantación del TIPS con el fin de contraindicar éste en esos pacientes y obtener así el máximo rendimiento de este método terapéutico. 2) Comparar la utilidad de diversos métodos de clasificación supervisada con relación al MELD (model of end stage liver disease) score.

**Métodos:** Se estudiaron 114 pacientes a los que se midieron 77 variables con relación a la historia clínica, laboratorio, índice de Child-Pugh, ecografía doppler, endoscopia, parámetros hemodinámicos, angiografía y de la propia prótesis. Se validó el MELD score en esta serie de pacientes y para construir los modelos de predicción clínica se utilizaron diversos métodos de clasificación supervisada.

**Resultados:** La precisión en la predicción de los distintos métodos fue la siguiente: MELD score: 86,66.

*Métodos estadísticos:*

- Regresión logística:  $71,91 \pm 4,22\%$
- Análisis discriminante:  $88,60 \pm 2,98\%$ .

*Métodos de aprendizaje automático:*

- Inducción de reglas:  $87,72 \pm 3,09\%$
- Árbol de clasificación:  $87,72 \pm 3,09\%$
- Vecino más próximo:  $83,33 \pm 3,51\%$
- Naive-Bayes:  $85,96 \pm 3,27\%$ .

**Conclusiones:** 1) Se confirma la validez del MELD score en nuestra serie. 2) Métodos estadísticos: no superan los resultados del MELD score. 3) Métodos de aprendizaje automático: el árbol de clasificación es un método eficaz y muy fácil de usar, por lo que sería interesante compararlo con el MELD score en una serie mayor de pacientes.

**CONTROL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA URGENCIA VITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA****C-088**

M. García-Ribes, M.C. Magdalena, M. Andrés y J. Castillo

**Palabras clave:** Primary-care, Quality-control, Emergency.**Objetivos:** Valorar la calidad asistencial en los Centros de Salud de Atención Primaria del CAP 1 (Santander-Laredo) de Cantabria para la atención a la urgencia vital y plantear estrategias para su mejora.**Métodos:** Se revisó la dotación de los 25 Centros de Salud del CAP 1 de Cantabria que cuentan con servicio de urgencias. Mediante visita no concertada se revisó la infraestructura y el material tanto instrumental como farmacológico del área de urgencias. Para ello se empleó una lista estructurada, elaborada ajustándonos a lo recomendado en la "Guía de actuación en soporte vital avanzado" del grupo de trabajo de protocolos del 061-Cantabria. También se investigó acerca del protocolo de revisión del material de urgencia, así como sobre la formación del personal médico.**Resultados:** Según nuestro sistema de valoración, la dotación media de los servicios de urgencias de los Centros de Salud analizados sólo cubre el 42,5% de los requerimientos recomendados y sólo 1 de ellos cumple más del 75% de dichos requisitos. En cuanto a la infraestructura, sólo existe carro de paradas en un 19% de los centros y en el 42% el material de atención a urgencias vitales se encuentra repartido entre distintas dependencias, en algunas ocasiones de difícil acceso. No existe correlación alguna entre la proximidad al hospital de referencia y la dotación del Centro de Salud para tratar la urgencia vital. Si bien existe un protocolo de revisión del material de urgencias en un 65% de los centros de salud, no parece seguir pautas de periodicidad o de registro. Finalmente, solo en el 35% de los Centros de Salud se habían realizado cursos de reciclaje en soporte vital avanzado en los 6 últimos meses.**Conclusiones:** La calidad asistencial en el abordaje de la urgencia vital en los Centros de Salud del presente estudio presenta serias limitaciones. En la mayoría de ellos no se cumplen siquiera la mitad de las recomendaciones del grupo de protocolos del 061-Cantabria. No existe uniformidad de criterios en lo que respecta a la disposición del material para el tratamiento de la urgencia vital así como para su revisión periódica. Los cursos de reciclaje en soporte vital avanzado no cubren la formación de la totalidad del personal sanitario de los servicios de urgencias de los Centros de Salud. Para mejorar la calidad asistencial en estos servicios es necesario realizar controles periódicos que valoren su dotación de medios tanto instrumentales como humanos.**CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA****C-090**

G. Alejandro, N. Vallés, M. Esteban, J. Rodríguez, M. García y J. Carrasco

**Palabras clave:** Calidad, Dolor Abdominal.**Objetivos:** Evaluar la calidad de la atención que se presta a los pacientes que consultan por dolor abdominal, en los puntos de atención continuada (PAC) de atención primaria de un Área de Salud.**Métodos:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2004 con la evaluación retrospectiva de hojas de atención continuada (HAC). Unidades del estudio: episodios atendidos en los 30 PAC del Área de Salud de Toledo durante el año 2003. La población del estudio se dividió en 30 estratos (cada estrato correspondía a un PAC) y en estos se valoraron las HAC de todos los pacientes cuyo principal motivo de consulta fue el dolor abdominal, durante los meses de octubre y noviembre de 2003. Los criterios evaluados fueron: anamnesis adecuada sobre las características del dolor, realización de exploración abdominal específica, registro de constantes (temperatura y tensión arterial) y plan de actuación. Actualmente se están llevando a cabo medidas correctoras de tipo educacional (difusión de resultados, sesiones informativas), estando prevista la reevaluación para el año 2006.**Resultados:** Se evaluaron 2.327 HAC de pacientes con dolor abdominal, sobre un total de 43.179 urgencias atendidas en el período evaluado (5,4%). Constaba una anamnesis adecuada en el 90,7% (IC 95%: 89,4 - 91,8) con un rango en los 30 PAC evaluados que osciló entre 73,2% y 97%; existía registro de una exploración abdominal en el 57,3% (IC 95%: 55,3 - 59,3; rango: 30,3 - 91,3); la temperatura constaba en el 19,3% de las HAC (IC 95%: 17,7 - 20,9; rango: 0 - 59,5) y la tensión arterial en el 12,4% (IC 95%: 11,1 - 13,8; rango: 2,4 - 66,7); se había registrado un plan de actuación en el 99% de los casos (IC 95%: 98,4 - 99,3; rango: 90,3 - 100).**Conclusiones:** El registro de una exploración abdominal específica, así como de la temperatura y la tensión arterial, se muestran como las principales áreas de mejora de calidad en la atención a pacientes con dolor abdominal en los PAC de nuestra Área de Salud. Las características del dolor y el plan de actuación se registran en un porcentaje aceptable de casos.**MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA DE UN ÁREA DE SALUD****C-089**

J. Rodríguez, J. Carrasco, M. Esteban, M. García, N. Vallés y G. Alejandro

**Palabras clave:** Calidad, Hipercolesterolemia, Control.**Objetivos:** Determinar el porcentaje de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia con un control aceptable de este factor de riesgo, con el fin de identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar el impacto de las mismas.**Métodos:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2004 con la evaluación retrospectiva de historias clínicas de pacientes con colesterol elevado, seguida de medidas correctoras de tipo educacional (difusión de resultados, sesiones informativas en los EAP). *Unidades del estudio:* pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia de 32 centros de salud. Muestreo aleatorio sistemático sobre los listados de pacientes hipercolesterolémicos incluidos en programa. Se consideró control aceptable cuando se cumplían al menos uno de los dos criterios siguientes: cifras de cLDL < 160 mg/dl o colesterol total < 240 mg/dl; en pacientes diabéticos se consideraron cifras de control aceptable: cLDL < 130 mg/dl o colesterol total < 200 mg/d. En el caso de presentar enfermedad vascular isquémica se consideraba como excepción.**Resultados:** Se evaluaron un total de 3868 historias clínicas de las cuales 332 (8,6%) fueron excepciones. El porcentaje de hipercolesterolémicos con control aceptable (considerando el total de la muestra) fue del 40% (IC 95%: 38,4 - 41,7); de los pacientes no controlados el 51,2% se debía a que sus cifras superaban los límites establecidos, el 35,6% a la ausencia de registros en los 12 últimos meses, el 8,7% a pacientes mal incluidos en programa y el 4,5% a que no apareció la historia clínica. Considerando sólo aquellos pacientes que tenían registro en el último año de los parámetros evaluados, el porcentaje de control aceptable fue del 56,6% (IC 95%: 54,6 - 58,6).**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes con un control aceptable es similar al de otros estudios realizados en nuestro medio. La ausencia de registro en la historia clínica de cifras de colesterol en el último año, se muestra como una de las principales áreas de mejora.**ANÁLISIS SISTEMÁTICA DE LA MORTALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL****C-091**

A. Romaguera, M.A. Moleiro, C. Serra, C. Sanclemente, R. Carrera y J. de Castro

**Palabras clave:** Mortalidad, Medical Errors.**Objetivos:** Presentar como el análisis exhaustivo de la mortalidad constituye un parámetro que nos ayuda a mejorar la calidad asistencial.**Métodos:** El índice de complejidad del servicio de cirugía general, del Hospital General de Vic (considerado gran Hospital General según IASIST), es 1,2094. Sistemáticamente el grupo de mortalidad, formado por facultativos de los servicios más representativos del hospital y enfermeras, analizan exhaustivamente todos los exítus. En las reuniones mensuales se da especial énfasis en el estudio de los exítus que son secundarios a un problema hospitalario (ESPH). El ESPH se define como cualquier problema detectado que tenga relación con el exítus, sea de forma directa, indirecta o simplemente desencadenando una muerte previsible. Los ESPH se clasifican en cinco grupos según el tipo de problema relacionado con el exítus: infección nosocomial, técnica diagnóstico-terapéutica, insuficiente valoración o demora del tratamiento-profilaxis, incidente nocivo i problema organizativo-estructural. El servicio de Cirugía analiza sus exítus desde 1985, presentando los datos desde enero de 1997 y diciembre de 2003. Cada ESPH conlleva la elaboración de una propuesta de mejora por parte del jefe de servicio. El análisis de varios años con la misma sistemática crea unos estándares de calidad que son incluidos año tras año en los objetivos del servicio.**Resultados:**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Altas	1574	1466	1467	1545	1588	1560	1705
Nº exítus	32	24	26	24	24	28	36
Total IQ	1208	1287	1402	1401	1293	1285	1597
Mediana de edad	82	82	81	80	78	79	80
Exítus/altas (%)	2	1,64	1,76	1,54	1,5	1,8	2,12
Nº Total ESPH	5	4	2	4	1	6	11
Tipo 1 (infecc nosoc)	0	0	0	0	0	1	2
Tipo 2 (Tec diag-terap)	2	3	1	3	1	4	4
Tipo 3 (omis-dem trat)	0	0	1	1	0	1	5
Tipo 4 (incid nocivo)	4	1	1	0	0	0	2
Tipo 5 (organizativo)	0	0	0	0	0	0	0
% ESPH/exítus	16	17	8	17	4	21	30
% ESPH/altas	0,32	0,27	0,13	0,26	0,06	0,38	0,65

**Conclusiones:** El análisis sistemático de la mortalidad, y su discusión en la sesión del servicio es un instrumento útil en la mejora de la calidad. Los ESPH más frecuentes son técnica diagnóstica terapéutica y la insuficiente valoración o demora de tratamiento- profilaxis, sin haber tenido problemas organizativos en 7 años. Supone un sistema de auto-evaluación continua, reconociendo los problemas y adoptando una actitud dialogante y constructiva ante ellos. El carácter multidisciplinario de la comisión da una visión más objetiva de la evaluación.

MESA 14

## Investigación en servicios sanitarios: medida de resultados, etc. (II)

### ANALIZAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS REALIZADAS EN POBLACIÓN INFANTIL EN NUESTRO ÁREA DE SALUD, CON EL FIN DE IDENTIFICAR

C-093

N. Vallés, M. Esteban, O. Fernández, M. García, J. Rodríguez y J. Carrasco

**Palabras clave:** Actividades Preventivas, Calidad.

**Objetivos:** Analizar las actividades preventivas realizadas en población infantil en nuestro Área de Salud, con el fin de identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar su impacto.

**Métodos:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2004 con la evaluación retrospectiva de 800 historias clínicas. *Unidades del estudio:* personas > de 14 años incluidas en la base de datos de tarjeta sanitaria de nuestro Área de Salud. La población del estudio se dividió en 32 estratos (cada estrato correspondía a un pediatra de atención primaria) y sobre estos se realizó un muestreo aleatorio simple de la base de datos de tarjeta sanitaria de 25 historias por pediatra. Los criterios evaluados fueron: desarrollo psicomotor mediante Denver o similar antes de los dos años (una vez en el 1er mes de vida y tres veces más antes de los dos años), vacunación triple vírica registro de haber recibido las dosis correspondientes según calendario vacunal de nuestra Comunidad autónoma y exploración de la visión con la técnica adecuada para cada edad en cada uno de los períodos (6 años optotipos). Actualmente se están llevando a cabo medidas correctoras de tipo educacional (difusión de resultados, sesiones informativas en los EAP), estando prevista la reevaluación para el año 2006.

**Resultados:** Del total de personas seleccionadas, tenían historia clínica el 88,5% con un rango entre los 32 pediatras que osciló entre 60,0% 100%. En las 707 historias finalmente valoradas y de acuerdo a los períodos establecidos como adecuados, existían datos de desarrollo psicomotor en el 69,5% de los casos (rango 0%-100%), de vacuna triple vírica en el 84,6% (rango 23,1%-100%) y de agudeza visual en el 80,6% (rango 13,3%-100%).

**Conclusiones:** El cumplimiento en las actividades preventivas de vacunación triple vírica y despistaje de las anomalías de la visión se encuentra en porcentajes similares al reflejado en otros estudios, no así la evaluación del desarrollo psicomotor que está por debajo, existiendo además importantes variaciones entre los profesionales evaluados.

### IMPACTO ASISTENCIAL DE LA VÍA CLÍNICA DE PRÓTESIS DE RODILLA

C-092

B. Valentín-López, F.J. Gracia, O. Monteagudo, P. Alonso, J.M. Ordoñez y J. García

**Palabras clave:** Vía Clínica; Ptr.

**Objetivos:** La evaluación de los resultados de la vía clínica de artroplastia total de rodilla (PTR) implantada en el 2001 nos permitirá comprobar una mejora de la efectividad clínica y de la eficiencia, una disminución de la variabilidad y un incremento de la satisfacción de los pacientes.

**Métodos:** La evaluación de los resultados de la vía se realiza mediante la revisión de los documentos de la vía según los indicadores y estándares establecidos: estancia media hospitalaria; efectividad clínica; efectos adversos; variaciones asistenciales; utilización de recursos; cuidados e instrumentaciones; y satisfacción del paciente. La valoración del impacto de la vía clínica se efectúa por medio de un estudio antes-después comparando los resultados de 34 pacientes intervenidos e incluidos en vía con un grupo control formado por 39 pacientes intervenidos del mismo proceso durante el año 2000, siendo ambos grupos comparables.

**Resultados:** La estancia media hospitalaria de los pacientes incluidos en vía es de 10,68 días (DE: 2,13 días) frente a la estancia media del grupo control de 13,79 días (DE: 2,62 días), p 0,001. La complicación más frecuente es la hemorragia posquirúrgica en un 16%; no se han encontrado diferencias significativas en los efectos adversos presentados en ambos grupos. El 100% de los pacientes de ambos grupos han recibido profilaxis antimicrobiana. Sólo el 38% de los pacientes reciben la quimioprofilaxis en los tiempos apropiados (primeras 24 horas); el resto la mantiene de forma innecesaria hasta las 48 horas. Todas las instrumentaciones han experimentado un mayor ajuste a los tiempos programados en la vía, pero sólo se ha podido observar diferencias en la retirada de la fluidoterapia: en un 82% de los pacientes en vía se retira el 1er día postoperatorio, frente al 44% en el grupo control, p < 0,05. La valoración del Servicio de Traumatología por la atención recibida es de 8,6 puntos sobre una escala de 10; índice de satisfacción global del 98,3% (estándar 90%).

**Conclusiones:** La evaluación de la vía clínica de prótesis de rodilla revela resultados satisfactorios con una disminución de la estancia media hospitalaria, y un incremento del porcentaje de pacientes que comienzan la deambulacion al 3er día postoperatorio. Aspectos que deben ser mejorados son la administración de la quimioprofilaxis en las primeras 24 horas, y la retirada de las instrumentaciones en los tiempos previstos.

### EL DIAGNÓSTICO GAMMAGRÁFICO: FACTOR DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIPERPARATIROIDISMO (HPT)

C-094

A. Gómez Palacios, J. Gómez Zabala, M. Taibo, B. Uriarte, A. Zorraquino e I. Iturburu

**Objetivos:** 1) Determinar la sensibilidad de la gammagrafía paratiroidea en el manejo del paciente con Hiperparatiroidismo (HPT). 2) Decidir si el resultado nos permite cambiar el manejo clásico del proceso por otros programas.

**Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes con HPT, intervenidos entre 1996 y 2004. 58 HPT primarios: 48 mujeres y 10 varones de edad media 62,4 años (dt 15,2) y 63,9 años (dt 14,6), respectivamente, y 2 HPT secundarios: 1 varón de 52 y 1 mujer de 54 años. El diagnóstico se confirmó por cifras de calcemia > 10,5 mg/dl y valores de PTHi > 65 pg/dl. Para el diagnóstico topográfico se utilizó en todos los casos la gammagrafía con MIBI y ECO, y TAC en 43 pacientes. Para la gammagrafía se administraron 15 mCi de MIBI<sup>99m</sup>Tc y se efectuó un barrido del cuello. Se realizaron 2 determinaciones planares: una a los 20 mn y otra a las 2 horas. El criterio de positividad fue la captación y retención focal del isótopo y de negatividad su ausencia. La biopsia I.O. permitió contrastar los resultados gammagráficos. La validación final se efectuó con biopsia que informó de: 51 adenomas solitarios, 1 doble adenoma, 5 hiperplasias y 2 carcinomas. Un adenoma ectópico no se extirpó.

**Resultados:** La gammagrafía fue positiva en 50 pacientes (83,3%). En 44 la imagen era solitaria y en 6 se veían dos o más focos. Otras 10 fueron negativas (17%). Tras la cirugía se constató que: 1) En todas las informadas de lesión solitaria el diagnóstico fue correcto, siendo el resultado AP de adenoma en 42 pacientes (70%) y carcinoma en 2 (3%). 2) Las imágenes dobles o múltiples se correspondieron con adenomas paratiroideos asociados con patología tiroidea y con hiperplasias paratiroideas (2 pacientes). 3) De las 10 negativas, 7 lo eran realmente ya que, en la revisión postquirúrgica, no se detectó ningún foco, pero 3 (5%) fueron informados incorrectamente. La ECO, con 64% de sensibilidad, y la TAC con 56%, son menos sensibles pero, en ciertos casos (dobles positivos y algún negativo gammagráfico) fueron complementarias.

**Conclusiones:** 1) La gammagrafía con Sestamibi, en ausencia de nódulos tiroideos, fue segura para el diagnóstico topográfico en el 100% de las lesiones únicas captadoras. 2) Esta imagen gammagráfica positiva y solitaria permite realizar, como mínimo en el 73,33% de los pacientes, un abordaje cervicalselectivo, con mínima incisión y menor morbilidad e incluirlo en los programas de cirugía de corta estancia o de CMA. 3) En algunos casos de duda gammagráfica la ECO o la TAC pueden ayudar a rescatar, para este programa, otro 10% de pacientes.

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO PERIOPERATORIO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE MOLINA****C-095**

E. Sánchez, A. Gómez, L. Bueno, B. Méndez, M.O. Robles y A. Marín

**Palabras clave:** Cirugía Padres, Ansiedad.**Objetivos:** Aumentar la calidad de los servicios prestados durante el proceso quirúrgico en la unidad de cirugía pediátrica del Hospital de Molina. Disminuir la ansiedad de los padres durante el proceso quirúrgico. Informar a los padres de las técnicas, cuidados e intervenciones que se llevarán a cabo durante el proceso quirúrgico. Favorecer la comunicación entre los padres y el niño, mediante el conocimiento de las actuaciones del personal sanitario en el niño.**Métodos:** Se ha llevado a cabo un diseño cuasiexperimental con grupo control no equivalente y pretest; incluido en el marco enfermero de Dorothea Orem,  $n = 60$  niños de edades comprendidas entre 2 y 12 años. Mediante muestreo aleatorio simple. Se realiza un cuestionario pretest de 15 ítems y otro posttest de 12 ítems con respuesta múltiple. Ambos basados en el "Cuestionario de HAD modificado" y la encuesta de "Calidad Percibida por los Pacientes Quirúrgicos del Programa Control de Ansiedad y Estrés del Hospital de Molina" previamente validados. El procesamiento estadístico de los datos se ha llevado a cabo mediante el paquete informático SPSS.**Resultados:** Existe diferencia estadística significativa, entre el grupo control y el grupo de estudio, según los resultados en los ítems más representativos podemos afirmar que el 74,2% de los padres a los que se les ha realizado la intervención considera que la información recibida sobre las pruebas preoperatorias han sido bastante. En relación la atención del personal antes de la operación un 67% de los padres de la variable independiente considera que ha sido mucha.**Conclusiones:** Tras la aplicación de la intervención de enfermería a los padres de los niños que van a ser vistos observado una mayor comunicación de la familia con el personal sanitario y una disminución de la ansiedad durante el proceso. La intervención sobre los padres aumenta la satisfacción en la unidad de Cirugía Pediátrica e Infantil del Hospital de Molina.**GESTIÓN DEL RIESGO TRANSFUSIONAL: ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL****C-097**

M. Vila-Sánchez, A. Pérez-Aliaga, J.M. Ventura-Cerdá y J. Gallego-Gómez

**Palabras clave:** Riesgo Transfusional, Autohemodonación.**Objetivos:** Minimizar "versus" anular el riesgo "típico" transfusional en cirugía programada en pacientes que convencionalmente consumen una cantidad importante de recursos hematológicos durante el perioperatorio, estando expuestos a un alto riesgo transfusional. Impacto de nuestra intervención sobre el consumo de recursos hematológicos y la estancia media del paciente.**Métodos:** Intervención mediante nuestro programa de calidad asistencial: estrategia de ahorro de sangre en cirugía programada sobre una población de alto riesgo transfusional concretamente pacientes que precisaron de una intervención radical por patología oncológica prostática (Prostatectomía abierta radical).**Resultados:** Intervención grupo 1 ( $N = 22$  pacientes) con sólo autohemodonación preoperatoria y grupo 2 ( $N = 41$  pacientes) con autohemodonación + estimulación con rHuEPO. El 81% de los pacientes no necesitó transfusión homóloga. Sólo dos pacientes precisaron 1u de PFC c.u. La estancia hospitalaria de los pacientes del grupo 2 (autohemodonación + rHuEPO) fue CUATRO días menor. El punto de trigger transfusional fue de Hb media 8,6/dL.**Conclusiones:** La prostatectomía radical retropúbica sigue siendo el gold standard para la curación del ADC de próstata localizado, se trata de una intervención quirúrgica "programable" y agresiva que típicamente cursa con sangrados importantes intra y postoperatoriamente. El riesgo transfusional perioperatorio el ALTO y típico, ello, junto con la alta expectativa de supervivencia con esperanza de vida superior a los 10 años, hace que debamos ser meticolosos en el control de los consumos de sangre y hemoderivados durante todo el proceso asistencial (PRE-INTRA-POSToperatorio). Nuestra intervención mediante la estrategia de ahorro de sangre en cirugía programada y sus esperanzadores resultados nos animan a continuar perfeccionando el plan de cuidados de estos pacientes hasta acercarnos al riesgo transfusional nulo.**MEJORA DE CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO (HPT) MEDIANTE LA DETERMINACIÓN INTRAOPERATORIA DE PTH****C-096**

A. Gómez Palacios, J. Gómez Zabala M. Taibo, S. Arias, M.T. Gutiérrez e I. Iturburu

**Objetivos:** 1) Valorar la eficacia de la determinación preoperatoria de PTHi como marcador precoz de curación del HPT. 2) Establecer el nº mínimo de muestras necesarias. 3) Incluir al paciente en CMA.**Métodos:** Estudio realizado entre 2001 y 2004 en 37 pacientes con HPT (35 primario, 31 mujeres y 4 varones, de edad media 60,2 y 67 años y 2 secundarios, un varón de 52 y una mujer de 54 años. Medias de los valores diagnósticos: medias de calcemia 12,2 mg/dl y PTHi 320,1 pg/dl. Preoperatoriamente se tomaron 5 muestras venosas en el antebrazo: 3 antes de la anestesia: Basal pura; Basal "homolateral", tras 2 mn de masaje en el lado del cuello donde con el adenoma paratiroideo y Basal "contralateral", repitiéndolo en el lado opuesto. 2 muestras más se obtuvieron a los 10 y 25 mn, después de extirpar el adenoma. Se aceptó como criterio de eficacia el descenso de  $> 50\%$  de PTHi entre la muestra basal y las postoperatorias (gradiente  $> 50$ ), excluyéndose 3 casos que no cumplieron este requisito. La PTH se analizó por quimioluminiscencia. El estudio estadístico se hizo con el test de Friedman. Para comparar los resultados postoperatorios con los basales se utilizó la t de Student en muestras pareadas. Se consideraron significativos valores de  $p < 0,05$ .**Resultados:** Las medias de los valores fueron: 1) PTHi basal 252,5 pg/dl (dt 161,7). 2) PTHi basal "homolateral" 233,7 pg/dl (dt 159,2). 3) PTHi basal "contralateral" 235,4 pg/dl (dt 159,5). No hay diferencia de medias ( $p = 0,07$ ). 4) PTHi a los 10 m. de la exéresis 33,3 pg/dl (dt 25,02) (gradiente 86,4). 5) PTHi a los 25 m. 17,7 pg/dl (dt 4,9) (gradiente 92,3). En los tres casos no curados, los valores de PTHi permanecieron inalterados. El descenso de PTHi tuvo valor predictivo de curación, en la determinación efectuada a los 10 m. ( $p = 0,07$ ). El masaje cervical no produjo cambios significativos en los valores ( $p = 0,07$ ).**Conclusiones:** 1) La determinación intraoperatoria de PTHi, con gradiente de descenso  $> 50$ , es un indicador de curación en la operación. 2) Su optimización permitiría incluir a los pacientes en un programa de CMA. 3) Bastan 2 muestras intraoperatorias de PTHi (basal y la obtenida a los 10 mn de la exéresis) -en el 100% de los casos positivos, el gradiente fue  $> 50$ -. 4) No se precisan muestras para estudiar los efectos de la manipulación cervical, porque los valores de PTHi no varían. 5) La determinación intraoperatoria de PTH mejora la calidad de la gestión clínica.**EN BUSCA DE LA EFICIENCIA EN PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS PERCUTÁNEOS. CATETERISMO CARDÍACO POR ABORDAJE TRANSRADIAL****C-098**

J.G. Galache, I. Calvo, J.R. García, M. López, A. Araguas y J. Sánchez-Rubio

**Palabras clave:** Cateterismo Cardíaco, Eficiencia.**Objetivos:** El acceso transradial es una técnica de reciente aparición para la realización del cateterismo cardíaco, que se está mostrando más eficiente y segura que el abordaje femoral. El objetivo del trabajo ha sido tratar de demostrar como esta técnica consigue una mejoría en la calidad de la atención recibida por el paciente, junto con una disminución del gasto sanitario, a través de una reducción de estancia hospitalaria.**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de todos los cateterismos cardíacos realizados de forma consecutiva entre febrero y mayo del 2004 (229 pacientes). Analizamos el efecto de la vía de abordaje radial o femoral sobre la aparición de complicaciones vasculares mayores, la reducción de estancia media hospitalaria (mediante una movilización precoz y la disminución de las complicaciones vasculares que prolongaran el ingreso) valorando con todo ello la disminución final del gasto sanitario. Se excluyeron todos aquellos pacientes en los que no se completó el seguimiento (otro hospital) o precisaran una prolongación del ingreso independiente de la vía de acceso.**Resultados:** Una vez aplicados los criterios de exclusión se analizaron 140 casos de los que el 42% fueron realizados por acceso radial. Se registró una ausencia de complicaciones vasculares mayores tras el procedimiento en el grupo de abordaje transradial y 3 casos en el de femoral. Se consiguió una reducción clara y notable de la estancia media en el ingreso hospitalario tras el cateterismo cardíaco en el grupo de pacientes con acceso transradial siendo de 1,48 vs. 3 días (IC. 0,12-2,91) con  $p = 0,03$ . Esta reducción en la estancia media con respecto al acceso femoral se mantiene independientemente del tipo de procedimiento realizado: diagnóstico (1,21 vs. 2,7 días) o intervencionista (1,77 vs. 3,35 días). Así mismo cuando por la vía femoral se utilizaron dispositivos de sellado (agilizan la movilización del paciente), lo que ocurrió en más del 62% de los procedimientos realizados por este acceso, las diferencias se mantuvieron 1,48 vs. 2,63 días, aunque sin ser estadísticamente significativas. El ahorro por paciente fue de 458 euros que aumenta cuando se utilizan dispositivos de cierre vascular hasta los 515 euros (coste del dispositivo, 168 euros por unidad).**Conclusiones:** 1) La utilización de la vía de abordaje transradial mejora la eficiencia del procedimiento al disminuir la estancia media hospitalaria y consigue una clara disminución del gasto sanitario. 2) El beneficio se extiende tanto en los procedimientos diagnósticos como intervencionistas.

## MESA 15

# Gestión del conocimiento

### GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: UN MODELO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**C-100**

A. Núñez, M. Merino, N. Odriozola y E. González

**Palabras clave:** Conocimiento, Competencias, Primaria.**Objetivos:** Creación, desarrollo e implantación de un modelo de Gestión del Conocimiento en la Organización Comarca Gipuzkoa Ekialde de Atención Primaria.**Métodos:** El Equipo directivo consciente de la diversidad y profundidad del conocimiento existente en la Organización y de su importancia como herramienta operativa, define en su estrategia un Plan de Acción que persigue asentar las bases de la Gestión del Conocimiento. Su responsable establece las siguientes pautas: a) Formación de un grupo de trabajo que defina el modelo de la Comarca: Qué es, para qué, para quien, que conocimiento queremos gestionar y como. b) Búsqueda y evaluación de fuentes de información. c) Formación y reuniones con expertos. d) Búsqueda y evaluación de herramientas que faciliten su implementación. e) Desarrollo del modelo.**Resultados:** La Gestión del Conocimiento en Ekialde es la capacidad de cuidar, determinar, organizar, y dirigir la generación, adquisición, organización, transferencia y difusión de conocimiento, actitudes, valores y habilidades entre las personas para cumplir con éxito la misión y los objetivos estratégicos de la organización. Se identifican 4 áreas de actuación: Conocimiento científico, Documentación Clínica, Competencias y Formación. *Conocimiento científico:* Biblioteca on line, Medicina basada en la evidencia, Portal de la Comarca, Grupos de Prácticas. *Foros. Documentación Clínica:* Historia Clínica electrónica: Acceso en red, Evaluación continua. Documentos de Comarcadefinidos por los Grupos de Práctica. *Competencias:* establecidas para todos los grupos profesionales de la Comarca. *Facultativos:* basados en los modelos de competencias de la especialidad correspondiente. *Enfermería:* basado en la metodología de cuidados de enfermería. *Área de Atención al Cliente:* perfiles de competencias basados en los Procesos de esta Área y certificados bajo norma ISO. *Administración:* definición de competencias relacionadas con los procesos de cada Servicio. *Formación:* Según el modelo de competencias de cada grupo profesional.**Conclusiones:** Una Organización, como la nuestra, caracterizada por ser intensiva en conocimiento como herramienta operativa, extendida geográficamente y amplia. Que pretende la difusión, adquisición y generación de conocimiento. Ha de hacer visible el conocimiento explícito, desarrollar una cultura que fomente el intercambio de información y conocimiento y utilizar las tecnologías de la información como una herramienta al servicio de un fin.

### ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO INTEGRAL DE ANTICOAGULACIÓN ORAL CON EXTRACCIÓN CAPILAR

**C-099**

M. Merino, C. Arratibel, A. Díez, J.M. Ladrón de Guevara, I. Berraondo y M. Bagües

**Palabras clave:** Proceso Anticoagulación Oral.**Objetivos:** 1) Elaboración del proceso integral (atención primaria-atención especializada) de anticoagulación oral con extracción capilar, 2) Puesta en marcha en dos centros piloto de salud de la Comarca Gipuzkoa Ekialde junto con el servicio de hematología del Hospital Donosita.**Métodos:** 1) Grupo de trabajo formado por hematólogos, médicos de familia, enfermeras de atención primaria y profesionales de gestión. 2) Metodología de procesos. 3) Valoración de aparatos y sistemas informáticos disponibles en el mercado. 4) Formación del personal de los centros piloto.**Resultados:** 1) Elaboración del proceso integral de anticoagulación oral con extracción capilar. 2) Elaboración del protocolo de actuación del paciente anticoagulado. 3) Elaboración de trípticos de recomendaciones para pacientes. 4) Sistema informático único con conexión on line en tiempo real. 5) Puesta en marcha del proyecto piloto en dos centros de salud junto con el servicio de hematología de referencia.**Conclusiones:** 1) La atención primaria ha asumido el control del tratamiento anticoagulante oral. 2) La puesta en marcha del proceso ha mejorado notablemente la coordinación entre los centros de salud y el servicio de hematología. 3) Tanto los pacientes como los profesionales de ambos niveles han valorado positivamente la experiencia. 4) La evaluación de los indicadores de proceso y de resultado ha resultado muy satisfactoria. 5) Por todo lo anterior se irá ampliando el proceso al resto de los centros de salud de la comarca Gipuzkoa Ekialde.

### GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN RIESGO CARDIOVASCULAR: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN

**C-101**

C. Amézqueta, A. Salaberri, M. Serrano, J. Berjon, K. Ayerdi y M. Nuin

**Palabras clave:** Gestión, conocimiento, Cardiovascular.**Objetivos:** Mejorar el acceso de los profesionales al mejor conocimiento científico en el área de atención al riesgo cardiovascular y facilitar su aplicación en las decisiones clínicas y terapéuticas diarias.**Justificación:** La atención a pacientes con factores de riesgo vascular, así como el seguimiento del paciente con enfermedad vascular diagnosticada, representa el motivo de atención más frecuente en atención primaria. Las recomendaciones basadas en evidencia científica tardan excesivo tiempo en incorporarse a las decisiones clínicas.**Métodos:** Se formo un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermera, cardiólogo, especialista en medicina familiar y especialista en medicina interna). Se realizó una revisión no sistemática de los más importantes estudios epidemiológicos, observacionales y experimentales publicados en los últimos 8 años. Con las recomendaciones con mayor grado de evidencia se diseño un documento que en forma de algoritmos y cuadros resume los objetivos e intervenciones adecuadas tanto en prevención primaria (en función de la estimación del riesgo cardiovascular individual) como en prevención secundaria. Este documento es la Guía de actuación. Con el objetivo de lograr su máxima difusión e implantación en la práctica clínica se realizó su inclusión en la red intranet del Servicio de Salud, se elaboro un folleto de bolsillo que incluía las recomendaciones más relevantes y se diseño una herramienta informática que facilitara la valoración de los factores de riesgo presentes y sirviera de apoyo a la correcta toma de decisiones. Se elaboró un programa de formación con talleres de adiestramiento en el manejo de la herramienta informática y de contenido científico en los Centros de Salud.**Resultados:** En la actualidad la herramienta informática ya ha sido implementada en todos los Centros de Salud informatizados en nuestra Comunidad Autónoma. Cerca del 75% de los profesionales que atienden a más del 80% de la población disponen de ella. Se han realizado 42 sesiones formativas (de un total de 54 Centros existentes).**Conclusiones:** En la actualidad las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones nos ofrecen herramientas para acercar la mejor evidencia científica a la toma de decisiones. Construir vías de difusión y formación complementarias y apoyadas por herramientas de trabajo practicas e integradas en la historia informática, mejoran la aceptación de los profesionales. Evaluaciones posteriores ratificaran o no, en función de los indicadores establecidos por la Guía, el impacto en la mejora de la calidad asistencial.

## SISTEMA DE CUIDADOS TELEFÓNICOS DIRIGIDOS A PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO Y FAMILIA

C-102

E. Díaz Sillero, I. Martín Martínez de Toda y M.D. Ferrer Ferrer

**Palabras clave:** Sistema telefónico, cuidados, trasplante hepático.

**Objetivo:** En los últimos años, tanto el uso de las técnicas de comunicación para proveer servicios e información, como el nuevo perfil del enfermo, que pasa a ser parte activa de su proceso (demandando información y participación) desencadenan, un cambio intenso en la cultura sanitaria. En la actualidad, la gestión a distancia de los problemas de salud es un hecho consolidado. La enfermería afronta el nuevo reto asumiendo la responsabilidad de adquirir nuevos conocimientos, habilidades y aptitudes que nos lleve a incorporar nuevas formas de cuidar. El objetivo del presente estudio es comprobar la efectividad de un servicio de consulta telefónica así como identificar el porcentaje de demandas que resuelve la enfermera de forma independiente.

**Métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo de las consultas telefónicas atendidas durante el año 2003. *Tamaño muestral:* se ha estudiado una muestra de 339 consultas de una población total de 769 demandas. *Diseño muestral:* aleatorio simple. *Fuente de información:* los registros de dichas consultas Respecto a las variables, excepto la edad, el resto fueron cualitativas (sexo, enfermedad pretrasplante, lugar de procedencia, usuarios que realizan la llamada, variables sobre cuestiones administrativas, accesibilidad, asistencia sanitaria, educación y apoyo psicológico). Se aplica estadística descriptiva simple con medias, +/- ESM y frecuencias.

**Resultados:** En un 59,7% las llamadas fueron realizadas por el propio paciente, frente a un 36,5% por el cuidador principal. El 46,5% requerían educación a cerca de su proceso; el 11,8% apoyo psicológico. Respecto a este último aspecto fue llamativo el alto porcentaje de demandas realizadas por cuidadores principales. El 88,8% fueron resueltas por la enfermera.

**Discusión:** A la vista de lo resultados parece evidente que la enfermera a través de su rol independiente puede resolver de forma eficaz las demandas planteadas por estas personas. En la literatura existen aún muchas lagunas de conocimiento al respecto y no podemos comparar resultados con otros trabajos similares. Como proyecto de futuro sería conveniente realizar estudios desde el punto de vista coste-efectividad.

## INTERRELACIONES NANDA, NOC, NIC EN LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C-104

M. Rich Ruiz, G. Cubillo Arjona, M.G. Farnós Brosa, D. Ruiz Ruiz, A. Rodrigo Hernández y C. Navarro Díaz

**Palabras clave:** Diagnóstico enfermero, resultados enfermeros, intervenciones de enfermería.

**Objetivos:** La realidad actual de las enfermeras de Andalucía favorece el uso de lenguajes estandarizados en soporte informático (que permita su inclusión en la historia digital única DIRAYA), conjugando demandas y posibilidades de desarrollo profesional. El objetivo del siguiente estudio es describir los primeros resultados obtenidos tras la puesta en marcha de un nuevo módulo de Cuidados Informatizado que recoge los problemas atendidos por las enfermeras, así como los resultados y las intervenciones utilizadas, siguiendo un lenguaje unificado NANDA, NOC y NIC. El análisis nos permitirá identificar los problemas atendidos así como los resultados y las intervenciones utilizadas en el cuidado real de nuestros pacientes. Además nos permitirá identificar la adecuación de los planes de cuidados estandarizados (PCE) contenidos en la aplicación.

**Métodos:** Se ha diseñado un estudio de tipo descriptivo de los registros de 100 pacientes hospitalizados en tres unidades de nuestro centro entre el 15 de mayo y el 10 de junio del presente año. La fuente de información han sido los Resúmenes de cuidados (RC.) que se envían a Atención Primaria junto con el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC.). El análisis ha sido básicamente descriptivo univariante, mediante distribuciones de frecuencias, aunque completado con un análisis comparativo posterior.

**Resultados:**

	Unidad de Traumatología/Reumatología	Unidad de Urología	Unidad de Maternidad
Población estudiada	27	22	51
Nº de informes de continuidad de cuidados	58	132	264
Nº de resúmenes de cuidados	38	40	68
Nº de diagnósticos NANDA	10/123	8/74	4/95
Nº de resultados NOC	13/128	9/96	5/47
Nº de intervenciones NIC	21/345	26/281	15/532

La primera cifra indica el número de elementos diferentes. La segunda incluye repeticiones de los mismos. Por razones de espacio hemos incluido sólo datos cuantitativos de los distintos elementos estudiados. Estos datos serán acompañados el día de la exposición por un análisis que identificará cuales diagnósticos, resultados e intervenciones aparecen en los distintos planes analizados.

**Conclusiones:** En la actualidad en nuestro hospital disponemos de 66 planes de cuidados estandarizados dirigidos a las situaciones de salud más prevalentes de las distintas unidades de hospitalización. De ellos 63 ya se han actualizado incorporándole las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Este análisis permitirá continuar con su mejora.

## ÁREAS DE SALUD EN LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

C-103

M. Rejano Castañeda, M. Jaén Toro, A. Romero Bravo y R. Pérez Hernández

**Palabras clave:** Cuidados, estandarización, áreas de salud.

**Objetivos:** En el siglo XXI la profesión de enfermería sigue intentando hacer visible lo que representa y lo que ofrece de insustituible en la vida de las personas: los cuidados enfermeros. Ante esta necesidad nos planteamos el presente estudio, que tiene por objeto analizar la distribución de los distintos elementos que aparecen en la planificación de cuidados estandarizada de nuestro hospital en función de las distintas áreas de la salud (salud funcional, fisiológica, psicosocial, percibida, familiar, comunitaria y conocimientos y conductas en salud).

**Métodos:** Se ha diseñado un estudio de tipo descriptivo de la presentación de cada una de las unidades de información recogidas en las Taxonomías NANDA, NOC, NIC (etiqueta diagnóstica, resultados e intervenciones). La fuente de información han sido los 52 Planes de cuidados estandarizados existentes en ese momento en el HURS. El análisis ha sido básicamente descriptivo univariante, mediante distribuciones de frecuencias, aunque completado con un análisis comparativo mediante el test de la chi cuadrado o el test exacto de Fisher.

**Resultados:** Se han identificado 31 diagnósticos enfermeros, 84 resultados y 101 intervenciones enfermeras diferentes. Las áreas de salud en las se distribuyen son en su mayor parte las de: salud psicosocial, fisiológica, familiar y conocimientos y conductas en salud.

	Funcional	Fisiológica	Psicosocial	Conocimiento y conducta de salud	Salud percibida	Salud familiar	Salud comunitaria
DdE.	8	4	9	8	0	2	0
Result.	15/21	15/25	19/37	23/45	5/7	8/12	0
Inter.	16/29	14/17	26/59	35/62	1/1	8/16	0

La primera cifra indica el número de elementos diferentes. La segunda incluye repeticiones de los mismos.

**Conclusiones:** Se repiten en todos los casos (diagnóstico, resultados e intervenciones) el área funcional, fisiológica, psicosocial, conocimientos y conductas en salud y el área familiar, haciendo evidente no sólo el trabajo técnico y biológico sino también esas otras intervenciones emocionales o educativas, sin olvidar el área familiar, tan importante en el cuidado actual. El área de salud percibida no se ha trabajado a nivel de etiqueta diagnóstica por ser un área con abordaje individualizado y es difícil su estandarización. El área de salud comunitaria no se ha contemplado al estar en ámbito hospitalario.

## ESTUDIO SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE UNIDADES POR EL MODELO DE ENFERMERA PRIMARIA

C-105

E. López Jiménez, P. Sánchez de Puerta Morilla, M.J. Romero Muñoz, M.C. Bravo Rodríguez y M.A. Turrado Muñoz

**Palabras clave:** Enfermera primaria, modelos de asignación, enfermera responsable.

**Objetivos:** Cuando una persona ingresa en un hospital por un tiempo se le puede asignar una enfermera primaria. Esta enfermera procurará asegurar la personalización y la continuidad de los cuidados. Si consultamos algunos textos, este modelo de asignación ofrece importantes y deseadas ventajas. Este estudio tiene un doble objetivo: explorar el grado de alcance (medido en número de pacientes) de la asignación de enfermera responsable en tres unidades en las que se ha puesto en marcha este modelo de asignación, así como conocer el discurso de las enfermeras para observar su entendimiento a nivel conceptual, su aceptabilidad, así como las ventajas y dificultades de su puesta en marcha.

**Métodos:** Para conocer el alcance hemos recurrido a los sistemas de monitorización existentes en las tres unidades. Para el análisis de opinión se han realizado tres grupos focales, uno en cada unidad, a los cuales se llevó un guión mínimo, con el objeto de dejar al grupo decidir su argumentación. Las categorías creadas en el análisis han sido formadas a partir del discurso. Se ha comprobado una rápida saturación del mismo. La información obtenida ha sido triangulada con la resultante de entrevistas en profundidad. La asignación de las personas a uno u otro método ha sido realizada por azar.

**Resultados:** El alcance conseguido en el primer cuatrimestre de este año ha sido:

	Unidad de Urología	Unidad de Cirugía	Unidad de Medicina Int.
Porcentaje de pacientes con enfermera responsable durante su hospitalización	55,6%	58,6%	79,7%

El estudio de opinión ha sido realizado en el 100% de las enfermeras. En el análisis del discurso podemos ver muchas de las ventajas descritas en textos consultados: Un conocimiento más profundo del paciente, que permite unos cuidados más integrales. Una mejora de la continuidad derivada de la planificación. Mejor identificación de (o acceso a) una enfermera de referencia. Mayor satisfacción profesional. En cuanto a los inconvenientes: Consideran el término "enfermera responsable" un término que pesa mucho, y aunque están convencidos de que "les gustaría seguir en esta línea de trabajo" ven muchos problemas en la puesta en marcha.

**Conclusiones:** Tras el estudio de la información obtenida reconocemos distinto alcance y distintas dificultades dependiendo de la unidad estudiada; pero en todas, los profesionales están pensando como reorganizarse o cuales son las áreas de mejora prioritarias. El resultado: Un plan funcional, en cada unidad, que refleja el modelo de asignación más acorde a su realidad.

## MESA 16

# Normativas de calidad específicas

### NUEVA GESTIÓN Y EFICIENCIA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

**C-107**

F. Sáez, M.V. Martínez Galarreta, J. Martínez-Iñiguez, G. Knörr, R. Elías y B. Estebas

**Palabras clave:** Gestión, Eficiencia, Ortopedia.

**Objetivos:** Se analizan los indicadores de actividad de dos Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología de los dos hospitales públicos de La Rioja, uno con gestión tradicional y otro con nueva forma de gestión (Fundación) con el fin de compararlos y establecer posibles diferencias significativas en sus niveles de eficiencia.

**Métodos:** De los ficheros SIAE y CMBD del ejercicio 2003 se recogieron datos referentes a las siguientes áreas de actividad: hospitalización, cirugía, consultas externas, atención continuada, gestión clínica y producción científica de los Servicios de COT de los Hospitales A (San Millán-San Pedro de Logroño, grupo 2) y B (Fundación Hospital Calahorra, grupo 1), con una cartera de servicios equiparable, y se compararon. No se tuvo en cuenta la posible actividad realizada por los cinco médicos residentes del Hospital A, el único con docencia postgrado.

**Resultados:** Todos los indicadores de actividad, eficiencia y productividad fueron favorables a la Unidad de COT del Servicio B, gestionado bajo el modelo de Fundación: La estancia media del Servicio B (3 días) fue la mitad que la del A. La frecuentación quirúrgica del Servicio A (3,11/1000 TIS) fue el triple que la del B. La tasa de cirugía ambulatoria del Hospital B fue del 75% frente al 33% del A. El promedio anual de camas utilizadas por el Servicio A (36) fue 12 veces superior al del B. La tasa de salidas de lista de espera quirúrgica por intervención del Servicio A fue del 72,5% frente al 90% del B. La actividad por facultativo del Servicio 2 fue superior en todas las áreas. Las herramientas de gestión clínica utilizadas por el Servicio 2 eran inexistentes en el 1. La producción científica del Servicio 2 es muy superior a la del 1. A pesar de la diferencia de tamaño de ambos centros, la complejidad de ambos Servicios (peso medio) es equiparable (2,2734/2,1085 en hospitalización y 0,8604/0,9823 en CMA).

**Conclusiones:** 1) Las nuevas formas de gestión hospitalaria pueden proporcionar a los Servicios médico-quirúrgicos niveles de eficiencia y productividad significativamente más elevados. 2) Con una gestión del Servicio de COT similar a la del Hospital B, el del Hospital A precisaría un número de camas asignadas entre la mitad y la tercera parte del actual.

### EL MANUAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO COMO INSTRUMENTO DE MEJORA

**C-106**

T. Fernández, A. Novoa, A. Paredes, J. Cantero, C. Rosique y C. Arenas

**Palabras clave:** Rendimiento Quirúrgico.

**Objetivos:** La presión asistencial creciente obliga a optimizar los recursos para dar una respuesta adecuada a la demanda. El objetivo básico de la intervención realizada era concienciar al colectivo de profesionales que desarrollan su actividad en el bloque quirúrgico del Centro con el fin de mejorar el rendimiento global de nuestras instalaciones.

**Métodos:** Durante los meses de Octubre a Diciembre de 2003 se diseñó una estrategia basada en la dinámica de grupos con la intención de hacer de la Comisión Quirúrgica de nuestro Hospital, en la que están representados todos los estamentos asistenciales, un grupo de trabajo multidisciplinar. Se elaboró una estructura general de lo que se definió como Manual del Bloque Quirúrgico, en el que se pretendía articular la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica de los participantes. Para cada apartado del manual se nombraron responsables y un cronograma de trabajo. Como objetivos prioritarios figuraban consensuar nuevos criterios para definir y monitorizar las suspensiones quirúrgicas, generar y aplicar indicadores de actividad complementarios a los tradicionales, implementar los criterios de priorización de LEQ regulados por el RD 605 y la articulación de un sistema de programación basado en los tiempos medios por procedimiento que cada Unidad acreditó durante los primeros 10 meses del 2003. Para el análisis actual, preliminar y necesariamente parcial aún, se consideró como principal variable final el rendimiento de quirófanos de mañana y de tarde en dos periodos de tiempo similares, antes y después de la implantación de las medidas generadas por el consenso

**Resultados:** Los resultados de la intervención son los siguientes: a) Rendimiento quirófanos de mañana Enero a Abril 2003: 75,3%, 77,5%, 76,6%, 74,9%. b) Rendimiento quirófanos de mañana Enero a Abril 2004: 78,4%, 80,1%, 78,7%, 80,5%. c) Rendimiento quirófanos de tarde Enero a Abril 2003: 83,8%, 88,3%, 87,8%, 86,9%. d) Rendimiento quirófanos de tarde Enero a Abril 2004: 88,4%, 92,6%, 91,4%, 85,9%. e) Intervenciones con ingreso Enero a Abril 2003 vs. 2004: 1358 vs. 1411 (incremento del 3,9%, manteniendo el número de sesiones quirúrgicas). f) Sesiones precisas de quirófano en horario de tarde para mantener la demora 2003 vs. 2004: 231 vs. 206 (reducción del 11%).

**Conclusiones:** El análisis preliminar y meramente descriptivo de nuestra intervención nos permite concluir que la elaboración de criterios de trabajo consensuados por todos los estamentos asistenciales parece mejorar el nivel de implicación profesional y la eficiencia del sistema.

### VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL CULTIVO MICROBIOLÓGICO DEL CEPILLADO TELESCOPADO Y OTRAS MUESTRAS RESPIRATORIAS

**C-108**

M. Tomás, D. Velasco, R. Villanueva, A. Pato, E. Torres y M. Díaz

**Palabras clave:** Bronchial-brush-specimen, Lower-respirat.

**Objetivos:** 1) Evaluar la positividad del cultivo microbiológico de cepillado telescopado (CT) y otras muestras respiratorias. 2) Comprobar si el CT podría ser considerado como "gold estándar". 3) Análisis de puntos críticos que condicionan la aparición de cultivos falsamente negativos en CT y valoración de posibles actuaciones de mejora.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 171 cultivos de CT en pacientes críticos con ventilación mecánica para diagnóstico de neumonía, ingresados desde junio de 2003 a mayo de 2004. En 142 casos se analizaron comparativamente los resultados de cultivos de CT y de otras muestras respiratorias (secreción bronquial y lavado broncoalveolar) obtenidas 5 días antes y 5 días después al CT. Se consideró un cultivo positivo el aislamiento de un microorganismo patógeno y el recuento de unidades formadoras de colonias para los cultivos cuantitativos. Realizamos el estudio de validez con respecto al porcentaje de positivos totales. Se estudiaron las posibles causas de los resultados falsos negativos del CT.

**Resultados:** De los 142 estudios se obtuvieron 39 resultados con cultivos positivos y 103 con cultivos negativos. La sensibilidad y especificidad del CT resultó del 66,7% y del 88,8% respectivamente y para otras muestras respiratorias de 84,6% y 94,5% respectivamente. Ni el tratamiento antibiótico ni la obtención de muestra por cepillado "a ciegas" se han evidenciado como posibles falsos negativos del cultivo del cepillado.

**Conclusiones:** El CT, aceptado como "gold estándar", en nuestro hospital tiene más baja sensibilidad y especificidad que otras muestras respiratorias. Es necesario informar de los resultados obtenidos a los clínicos de las áreas afectadas y al personal técnico del servicio. Hay que analizar los puntos críticos y hacer una nueva revisión en seis meses con el fin de mejorar los resultados.

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9000:2000: GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS URGENTES****C-109**

B. Varela, I. Martínez, M.M. González, I. Imaz, M.P. Barrio y M. Latorre

**Objetivos:** El mapa de procesos de la U.A.U. recoge cuatro procesos de gestión que van a apoyar la consecución de su misión: aprovisionamiento, mantenimiento, sistemas de información y personas. La misión del proceso de gestión del mantenimiento es "Asegurar la operatividad de los analizadores, de manera que no afecten al logro de los objetivos de la U.A.U.". El objetivo de este trabajo es mostrar las mejoras introducidas en el sistema de gestión del mantenimiento de la U.A.U.

**Métodos:** 1. *Equipo de trabajo:* se crea un equipo con seis técnicos de laboratorio, un facultativo y el responsable de la Unidad de Calidad. 2. *Recogida de datos:* se recogen los registros de mantenimiento de los analizadores, así como los de llamadas por averías. 3. *Propuestas de mejora:* las propuestas de mejora se realizan en cuatro áreas: -Información: se elabora un registro de averías. -Responsabilidad: se designan responsables de registrar el mantenimiento de cada uno de los analizadores. Un facultativo realiza el control y seguimiento de los registros. -Informatización: se elaboran aplicaciones informáticas para introducir y analizar los datos. -Organización: mensualmente, el Comité de Calidad analiza los objetivos de la U.A.U.

**Resultados:** Recogida de datos: cada analizador tiene un mantenimiento diario y apenas se realizaba su registro. Con el nuevo sistema, cuatro meses después, se registran más del 60% de los mantenimientos que se realizan. Propuestas de mejora: se ha elaborado un registro informatizado de averías que recoge, entre otras variables, la hora de avería y la hora en la que se encuentra de nuevo operativo. Las aplicaciones informáticas permiten conocer el número de averías por cada analizador, así como el tiempo durante el que ha estado inoperante cada uno de los analizadores. El Comité de Calidad propone acciones correctoras si la avería ha afectado al objetivo de demora.

**Conclusiones:** 1) La introducción de la informática facilita el registro de los mantenimientos y su posterior gestión, así como el impacto que tienen las averías de cada analizador en los objetivos de demora de la U.A.U. 2) La responsabilización del personal técnico en el registro y gestión del mantenimiento de cada uno de los analizadores aumenta su implicación en los objetivos de la U.A.U. 3) El seguimiento del mantenimiento de los analizadores permite asociarlo a las averías, y éstas se asocian a la consecución o no de los objetivos de la U.A.U.

**AUDIT MÉDICO DE LA ATENCIÓN AL ATAQUE ASMÁTICO EN URGENCIAS EN EL HOSPITAL LA FE****C-111**

A. Campos, T. Liñares, M. Torres y N. Colomer

**Palabras clave:** Audit, Asma, Urgencias.

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la atención prestada a los enfermos asmáticos adultos en el Área de Urgencias de nuestro Hospital mediante la técnica del Audit Médico.

**Métodos:** Se trata de una Audit retrospectivo realizado entre Septiembre del 2002 y Enero del 2003. Se analizó la documentación médica de 48 pacientes adultos (edad superior a 14 años) aleatorios que acudieron a Urgencias de nuestro Hospital por una Crisis Asmática. Se excluyeron los enfermos que acudieron estando de guardia alguno de los autores. La recogida de datos fue realizada por un investigador (LT). Siguiendo la metodología clásica de un Audit se establecieron unos criterios objetivos previos basados en los Consensos Internacionales de manejo de la crisis asmática que dividimos en 4 bloques: 1) Valoración de la Gravedad de la crisis 2) Uso de recursos diagnósticos 3) Tratamiento de la crisis 4) Situación al Alta del Área de Urgencias

**Resultados:** Ingresaron 30 de los 48 enfermos. Los Indicadores de Gravedad se cumplieron de forma muy desigual: 1) Fue escasa para el registro de Frecuencia respiratoria y Cardíaca (27 y 50% de los pacientes, respectivamente), registro de Flujo-Pico (20%), mientras que la Auscultación y pulsioximetría fue del 100%. 2) La Rx de tórax y Hemograma y Bioquímica de urgencia fue del 100%. En 39% se realizó una Hemostasia. 3) Un 12% de los pacientes no recibieron tratamiento. De los tratados, el 100% recibió B2 y un 80% esteroides (Metil-prednisolona o Hidrocortisona) a dosis variables (40-80/100-1.000 mg respectivamente). 4) No constaban órdenes de tratamiento ambulatorio en 3/18 pacientes dados de alta.

**Conclusiones:** El análisis de los datos estableció, entre otros, los siguientes puntos débiles: a) No consta la valoración de la gravedad de la crisis b) uso innecesario de algún recurso diagnóstico (Rx y Hemostasia) c) Inhomogeneidad de las pautas de tratamiento en el uso de corticoides. Las principales propuestas de mejora fueron: a) Disponibilidad permanente en el Área de Urgencias de medidores de Flujo Pico b) Uso individualizado de recursos diagnósticos y terapéuticos c) Elaboración de una Guía Clínica o Protocolo sencillo y adaptado a nuestro medio y posterior implementación de la misma entre los médicos que realizan guardias d) Programar un re-audit transcurrecido un año e) El procedimiento del Audit Médico continúa vigente, siendo un Patron-Oro, en la Evaluación y Mejora de la calidad así como su valor formativo docente ante los médicos MIR.

**COMITÉ TÉCNICO SANITARIO DE CALIDAD DE ENFERMERÍA; DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA****C-110**

L. Arantón, F.M. López, A. Mosconi, M.C. Blanco, M.J. Conde y A. Durán

**Palabras clave:** Enfermería, Calidad, Cuidados.

**Objetivos:** Nuestro programa de calidad de enfermería, está basado en 4 aspectos fundamentales: planificar, desarrollar, evaluar y mejorar (se elaboran, difunden e implantan los procedimientos de enfermería, al mismo tiempo que se establecen los criterios de evaluación y la estrategia de mejora). Con la creación del Comité Técnico Sanitario (CTS) de Calidad de Enfermería, se da un paso más a la hora de abordar los planes estratégicos de actuación, desde la perspectiva propia de los profesionales implicados. El objetivo que se plantea es analizar, en función de la evolución de los indicadores de calidad desarrollados en el programa de calidad, que medidas de mejora se han articulado y su posterior repercusión.

**Métodos:** Para la regulación, objetivo y participación del CTS, se elabora una normativa de funcionamiento similar a la de las comisiones clínicas, basada en el Decreto 97/2001 de la Consellería de Sanidad. La metodología de trabajo empleada es la técnica cualitativa de búsqueda de consenso dentro del grupo nominal, (además de otras técnicas propias del área de gestión de la calidad como Brain-Storming, Parrilla de priorización).

**Resultados:** A nivel práctico, el CTS de Calidad de Enfermería funciona como un grupo de mejora; está formado por 9 miembros de la plantilla de hospital (6 enfermeras, 2 auxiliares y 1 fisioterapeuta) que se han reunido en 16 ocasiones desde su creación (Enero de 2003). En la primera fase se impartió formación específica de calidad a los componentes del CTS; a continuación, tras un análisis inicial y en función de las líneas estratégicas definidas, se desarrollan varias líneas de actuación entre las que cabe destacar: 1) Seguimiento y monitorización del programa de detección y prevención de errores de medicación, en el cual tras análisis minucioso de las causas de error documentadas, se elabora un documento de medidas propuestas para abordar dichas causas y se difunde realizando sesiones clínicas en todas las unidades de enfermería del hospital (dirigidas por los componentes del CTS de Calidad), lo que permite aclarar in situ las posibles dudas que pueda plantear el personal. 2) Elaboración del procedimiento de actuación ante pacientes y/o familiares conflictivos. 3) Elaboración, implantación y monitorización del procedimiento de prevención de la infección urinaria relacionada con el sondajevesical.

**Conclusiones:** El CTS de Calidad se ha revelado como un instrumento importantísimo en la gestión de la calidad. Las medidas adoptadas han permitido abordar los problemas de forma satisfactoria, minimizando las resistencias.

**CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN OBESIDAD MÓRBIDA****C-112**

E. Ramos, C. Jorin, R. Casuso, C. Fernandez, M.J. Sánchez-Ledo y R. Olóriz

**Objetivos:** Los pacientes diagnosticados de obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica, experimentan cambios notables en múltiples aspectos de su salud. El objeto de nuestra comunicación es medir concretamente, la repercusión de la cirugía en su calidad de vida.

**Métodos:** *Población a estudio:* pacientes sometidos a Cirugía bariátrica: by-pass Biliopancreático entre los periodos febrero 2000-febrero 2002. *Herramientas utilizadas:* Encuesta Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire (BAROS). El cuestionario explora 5 áreas: Autoestima, capacidad física para el desarrollo de actividades, deseo de relación social, trabajo (capacidad para desarrollarlo), interés por el sexo. Cada uno de los apartados ofrece 5 posibles respuestas, que se puntúan según la escala definida por el cuestionario (+/-) (Gran mejoría, Mejoría, Cambios mínimos, Disminuida, muy disminuida). Las encuestas se enviaron cuando había transcurrido al menos 1 año desde la Intervención Quirúrgica: Febrero-Abril del 2003.

**Resultados:** El total de pacientes intervenidos en el periodo estudiado fue 105. Se enviaron 102 encuestas (85 mujeres y 17 varones), excluyendo a 3 pacientes por éxitus. El número de encuestas contestadas fue 60 (58,82%); (mujeres 51 y varones 9); en el 100% de los casos la encuesta fue contestada por el propio paciente. La edad media del grupo fue de 46,006, las mujeres presentaban una edad media de 49,01 (con un rango entre 18 y 61 años). Los varones presentaron una edad media de 43,11 (con un rango entre 29 y 64 años). En la clasificación Global de calidad de vida los datos obtenidos fueron: Muy disminuida: 1 paciente (0,66%); Disminuida: 2 pacientes (1,32%), Cambios mínimos o no Cambios: 8 pacientes (13,2%); Mejoría: 21 (35%) y Gran mejoría: 28 pacientes (46%). Globalmente los pacientes que presentaron mejoría en su calidad de vida representan el 81,66% (mejoría + gran mejoría 49 pacientes). Los ítems peor valorados fueron la Capacidad para desarrollar trabajo y el Interés por el sexo, en comparación con los ítems más favorablemente valorados: Autoestima, Capacidad física y Relaciones sociales.

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica experimentan mejoras significativas en su calidad de vida. Sin embargo creemos que implementar un seguimiento de apoyo a largo plazo, mejoraría aspectos que en algunos pacientes presentan pocos cambios respecto a su situación previa.

## MESA 17

# Modelos de gestión (EFQM, otros)

### AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM 2003 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE MADRID

C-114

E. Bartolome, C. Montero, C. Alarcon, C. Barbero, M.J. García e I. Navarro

**Palabras clave:** EFQM, Atención Primaria.

**Objetivos:** Analizar de forma sistemática cómo gestionamos, revisando hechos contrastables no meras percepciones.

**Métodos:** Hemos realizado un proceso de autoevaluación con el modelo EFQM2003. En el han participado 29 profesionales: Voz Área (2 Coordinadores, 1 Responsable Enfermería, 1 Responsable de la UNAD, 1 Enfermero). Profesionales Gerencia (Equipo Directivo, Mandos Intermedios, Técnicos, Profesionales Claves y Secretaria Unidad Calidad). Las directrices de la Evaluación han sido establecidas por el Equipo Directivo con un Coordinador Directivo como mediador y la Coordinación de la Evaluación la ha llevado a cabo la Técnico de Salud. Fases de trabajo: *Inicial:* Búsqueda de información, se formaron 9 grupos (1 grupo por criterio). *Intermedia:* Evaluación y discusión. Varios grupos se unieron (2 y 9, 5 y 6, 3 y 7). *Final:* Priorización, se formaron tres grupos vinculados con los ejes transversales del *Grupo 1:* Clientes, Proveedores, Responsabilidad Social y Mercado, *Grupo 2:* Metodología de Procesos, Gobierno, Sostenibilidad, *Grupo 3:* Creatividad e Innovación, Personas, Conocimiento, Comunicación. Formación previa: asesor externo.

**Resultados:** Se han identificado 127 puntos fuertes y 115 áreas de mejora. Puntos: Total: 417,83. C1: 30, C2: 30, C3: 37,8, C4: 28,8, C5: 33,6, C6: 112,5, C7: 21,38, C8: 11,25, C9: 112,5.

**Conclusiones:** Puntos fuertes a fomentar y/o mantener (como complemento de las áreas de mejora priorizadas). Gestión por Procesos. Buenos resultados Económicos y Financieros que responden a una Política de Gestión de la Gerencia. Desarrollo de la Política de Uso Racional del Medicamento. Buenos resultados de Cartera de Servicios. Alto nivel de Satisfacción de los Clientes. Priorización por parte de la Comisión de Dirección de las Líneas De Acción EFQM: Una organización sin "razón de ser", pierde su camino y sus acciones dejan de tener sentido, por ello consideramos que la primera línea pasa por: "Definir la misión, visión y cultura del Área 2". Planificación Estratégica Apoyada en los siguientes procesos: La gestión de la voz del cliente a través de la mejora de la accesibilidad La gestión de las personas a través de la gestión del conocimiento La gestión de un modelo de comunicación integral La implicación y el rediseño del papel de los Equipos Directivos de los centros La gestión de la información de manera integral.

### AUTOEVALUACIÓN EFQM: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LA HAN REALIZADO

C-113

J. Roldán y A. Díaz

Hospital de la Princesa, Madrid.

**Palabras clave:** Opinión Profesionales Efqm.

**Objetivos:** Conocer la opinión libre y anónima de los profesionales que han intervenido en los trabajos de autoevaluación EFQM, para mejorar el método.

**Métodos:** Repartimos un cuestionario anónimo entre los 39 profesionales que participaron en las reuniones de los diferentes grupos, solicitando opinión sobre la autoevaluación de los 5 criterios agentes. El cuestionario consta de 20 preguntas divididas en 6 apartados. El 1º en relación con el conocimiento previo del método y formación que sobre el mismo se impartió, el 2º en relación con la validez de EFQM como método de gestión para el hospital, el 3º se refiere a la composición y método de los grupos de trabajo, el cuarto a los resultados. Los cuestionarios son enviados y devueltos por correo interno una vez cumplimentados de forma anónima.

**Resultados:** Cuestionarios contestados 28, lo que representa el 71,7. 1ª Conocimiento del método y formación: a) ¿Qué nivel de conocimiento tenían de EFQM?: nivel elemental/suficiente 60,7%, desconocimiento/conocimiento mínimo 39,3%, b) ¿Asistencia a los seminarios de formación?: si 64%, c) Entre los asistentes les parecieran útiles o muy útiles al 90%. 2ª EFQM como metodología de gestión (calificación 0 a 10): a) Útil para planificación a largo plazo: media 6,6. b) Adecuado para identificación P. Fuertes y A. Mejora: 6,9. c) Facilita P. de Actuación más realistas: 6,2. 3ª Metodología grupos trabajo: a) Libertad discusiones: media 8,5, b) Adecuación de componentes, consideración opiniones, método distribución de trabajo: 6,8 a 7,6, c) Adecuación de tiempo, infraestructuras, nº reuniones y composición de grupo: 6,1 a 6,3. 4ª Valoración de resultados: a) Lectura resumen informe: si 96%, b) Estoy de acuerdo con priorización de acciones: media 7,0, c) Considero realizables los plazos: 6,2, d) EFQM ¿ha aumentado tu conocimiento de la institución?: 5,9, e) EFQM ¿es válido para mejorar la participación de los profesionales en la gestión?: 6,8. 5ª ¿Consideras que la Dirección será consecuente con las A. de Mejora acordadas?: 5,6. 6ª ¿Estarías dispuesto a participar en la evaluación 2004?: si 82%, no 7%, ns/nc 11%.

**Conclusiones:** 1) Grado de conocimiento del método muy mejorable. 2) Como método de gestión se considera razonablemente adecuado. 3) Es necesario replantearse la distribución del tiempo, composición de grupos y mejorar infraestructuras. 4) Se considera método moderadamente válido para mejorar la participación de profesionales. 5) Es necesario que la Dirección mejore el nivel de confianza en su intención y capacidad para desarrollar las acciones acordadas.

### APROVECHANDO UNA OPORTUNIDAD: MEMORIA ANUAL DE LOS CENTROS DE SALUD Y APLICACIÓN DEL MODELO EFQM

C-115

A. Rodríguez, A. pastor y J. Ferrándiz

**Palabras clave:** Efqm, Equipo, Memoria.

**Objetivos:** Facilitar la detección de puntos fuertes y áreas de mejora en cada centro de salud, como base para la propuesta de líneas de mejora, utilizando como herramienta de autodiagnóstico un cuestionario adaptado del Modelo EFQM, en el curso de la realización de la memoria anual obligatoria.

**Métodos:** Realización de memoria anual obligatoria, habitual en nuestro Área, estructurada en: Introducción, Organización del Equipo, Cartera de Servicios, Actividad Asistencial, Metodología Enfermera, Educación para la Salud, Farmacia, Formación, Calidad, Morbilidad, mortalidad, Atención al Usuario, Descentralización (Gestión económica), Informatización y Conclusiones. Utilización de un cuestionario adaptado a los centros de salud integrando las reflexiones del Modelo en los capítulos de la memoria, manteniendo así continuidad e introduciendo novedades. Formación al 100% las Comisiones Directivas de los equipos Distribución del formato de la memoria, con instrucciones sobre su aplicación. Construcción de una base de datos Access para cuantificar los puntos fuertes y áreas de mejora por capítulo, criterio y subcriterio detectados por cada centro. Realización en cada equipo de la memoria. Recogida de los ítems en la base de datos y análisis por la Unidad de Calidad.

**Resultados:** Se detectaron un total de 2181 puntos fuertes y 2104 áreas de mejora, con una media de 57 puntos fuertes y 55 áreas de mejora, en el conjunto de los 38 EAP.

Criterio	Suma de Puntos Fuertes	Suma de Áreas de Mejora
Liderazgo	213	202
Política y Estrategia	138	149
Personas	294	259
Alianzas y Recursos	268	203
Procesos	177	138
Resultados en Clientes	138	129
Resultados en las Personas	224	185
Resultados en la Sociedad	73	71
Resultados Clave	656	768

Los criterios "Resultados Clave" y "Personas" son los que presentan un mayor número de puntos fuertes y áreas de mejora.

**Conclusiones:** El modelo adaptado a los centros de salud permite detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora en que basar la propuesta de líneas de actuación. La realización de la memoria anual ofrece una oportunidad de utilizar el Modelo EFQM de forma simultánea. La utilización del Modelo EFQM permite una sistematización y coherencia al valorar el funcionamiento de un equipo de atención primaria dentro de la memoria anual.

## DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD EN LOS CENTROS, UNIDADES Y SERVICIOS DE OSAKIDETZA

### C-116

R. González, M.J. Pérez, E. Sánchez, J. Letona, J.C. Ansotegui y D. Cantero

**Palabras clave:** Despliegue Objetivos Organizacionales.

**Objetivos:** 1) Desplegar los objetivos definidos en el Plan de calidad (12 objetivos específicos relacionados con la calidad del servicio sanitario y la calidad en la gestión) en los centros, unidades y servicios de Osakidetza. 2) Monitorizar la situación de los objetivos planteados e identificar áreas de intervención corporativas. 3) Facilitar el benchmark entre las organizaciones.

**Métodos:** Las herramientas utilizadas han sido: 1) Plan de Calidad 2003/2007 donde se definen los objetivos a alcanzar en el 2007. 2) Instrucción de la Dirección General donde se establece que cada organización de servicios habrá de tener su propio plan de calidad, alineado con el plan del ente, que evaluará anualmente elaborando el informe de progreso. 3) Documento técnico "Plan de Calidad 2003/2007. Definición de indicadores. Informe de progreso", elaborado con el objetivo de facilitar y homogeneizar la recogida de información. 4) Cuadro de mando del informe de progreso donde se recoge la situación de los indicadores del plan de cada una de las organizaciones.

**Resultados:** El 100% de las organizaciones de servicios han realizado una evaluación de la situación en el 2003 de los objetivos definidos en el Plan En un 15% de las áreas se alcanza el objetivo fijado para el 2007 y en el 34% se observa una mejora respecto al resultado del 2002. Entre las áreas identificadas como áreas de intervención se incluirían: alcance de la gestión por procesos en unidades, continuidad en la atención, evaluación regular de la adecuación y monitorización de complicaciones en las unidades, satisfacción del paciente con la información recibida, demoras. Acceso desde todas las organizaciones a los resultados 2003 facilitando el benchmark.

**Conclusiones:** 1) Las estrategias utilizadas han facilitado el despliegue de los objetivos del plan a las diferentes organizaciones de la red. 2) La definición de un cuadro de mando común ha permitido: a) conocer la situación de la red respecto al plan en el 2003, b) identificar áreas de intervención corporativas, c) facilitar el benchmarking. 3) Los resultados han mejorado respecto a la situación de base del 2002. Algunas de las áreas de intervención detectadas van a ser abordadas a través de proyectos corporativos como el proyecto de implantación, en procesos asistenciales, de un sistema de gestión por procesos basado en la norma ISO.

## HOBEIDEAN, UN CAMINO A LA EXCELENCIA EN LA COMARCA GIPUZKOA EKIALDE DE ATENCIÓN PRIMARIA

### C-118

A. Núñez, C. Rodríguez, A. Retes, N. Rodríguez, I. Lapuente y E. González

**Palabras clave:** Calidad, Procesos, Gestión.

**Objetivos:** Desarrollar la estrategia que nos va a permitir adoptar e implantar como modelo de gestión hacia la Calidad Total el Modelo EFQM de Excelencia.

**Métodos:** Identificación de los diferentes participantes (Febrero 2002). Despliegue del proyecto a los Jefes de las Unidades de Atención Primaria y al conjunto de profesionales de la Comarca en reuniones en todos los Centros. Establecimiento de 5 Equipos de Trabajo que proceden a recoger, analizar y valorar la información existente sobre la Organización con el fin de desarrollar y mejorar la estrategia de la misma. Se analizan los criterios agentes y resultados, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora prioritarias en la comparación con el modelo. Elaboración del Borrador de la Memoria a partir de la información suministrada por los Equipos de trabajo y realización de una Autoevaluación de la Memoria Borrador. 2º ciclo de desarrollo estratégico: proceso de reflexión del que surgen las nuevas Líneas estratégicas para el periodo 2003-2007, una reformulación de la Misión así como la Visión y los Valores que pone en práctica la Comarca. Elaboración de la Memoria definitiva y solicitud de evaluación externa: junio 2003. Noviembre 2003: visita de los evaluadores de la Fundación Euskalit a la Dirección de la Comarca y a una muestra de 4 Unidades.

**Resultados:** Implantación del modelo EFQM de excelencia. Gestión por procesos que ha permitido a la Dirección revisar la forma en que la Organización establece y despliega sus objetivos. Consolidación de la implantación de las Unidades: en 2004 son 16 las Unidades con descentralización en la Gestión a través de Contrato de Gestión Clínica, 11 Áreas de Atención al Cliente con gestión por procesos y dos Unidades con gestión por procesos de alcance total obtienen la Certificación ISO-9001-2000. La Fundación Euskalit concede a la Comarca la Q de la plata por la obtención de entre 400-450 puntos en la evaluación realizada.

**Conclusiones:** Tenemos la convicción de que la Organización está utilizando un enfoque adecuado para su avance por el camino de la excelencia. Destacamos los esfuerzos realizados por la Organización para, respetando y aprovechando el marco y soporte de Osakidetza, desarrollar valores diferenciados propios en la línea de la excelencia y el marco elegido de la Calidad total. Las áreas de mejora están ligadas preferentemente a la juventud en la implantación de determinados procesos y acciones de mejora que limitan en algunos casos el cierre de los ciclos y la puesta en práctica de la medición, revisión, aprendizaje y mejora.

## IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE BANCO DE HUESOS Y TEJIDOS

### C-117

J. Tabuenca, M.L. Casas, J.A. Vaquero, E. Grifol y K. Arribalzaga

**Palabras clave:** Proceso, Banco Huesos.

**Objetivos:** Dentro de los objetivos del hospital y utilizando como referencia el modelo de Excelencia de la EFQM (modelo de gestión de calidad de la Comunidad de Madrid) se decide la realización del proceso de banco de hueso y tejidos.

**Métodos:** *Ámbito:* banco de huesos y tejidos. *Periodo de estudio:* 2003. Este proceso se define como el conjunto de actividades que permite la extracción de tejidos y huesos de donantes vivos y/o muertos, su procesamiento, almacenado y su distribución para implante en un receptor. Se definieron diferentes indicadores para obtener causas de rechazo de donantes, media de injertos por extracción y de injertos implantados en ese periodo. Se describieron asimismo los beneficiarios del proceso como "salidas de éste" se diseñó un diagrama de flujo y se describieron los diferentes procedimientos que se realizan en cada actividad. En su elaboración participó un equipo multidisciplinario de médicos, personal de enfermería, biblioteca y administrativo.

**Resultados:** Los límites inicial y final del proceso fueron la detección del donante potencial y la distribución del tejido o hueso respectivamente. Dentro de los indicadores se evaluó el número de donantes aceptados frente a avisos de donantes potenciales para obtener causas de rechazo de donantes, llamadas de hospitales y centros proveedores. En cuanto al donante vivo se valoró el porcentaje de extracciones de cabeza femoral en el total de cirugías de prótesis de cadera realizadas que fue del 28% y permitió obtener información sobre causas de no extracción. La media de injertos por extracción fue de 15 piezas y se evaluó el rendimiento de la extracción y las causas en extracciones inferiores a la media agrupadas en 4 variables (edad, tiempo, logística BHU, otras). El porcentaje de injertos rechazados fue del 20% y permitió valorar la eficacia del proceso. El número de injertos implantados en ese periodo fue de 112 lo que informó de la actividad del banco así como de los centros solicitantes (Clientes) y gestión del Stock. El flujograma permitió ayudar a describir las diferentes actividades y a detectar posibles áreas de mejora.

**Conclusiones:** El estudio del proceso de banco de huesos y tejidos permitió establecer indicadores que ayudaron a valorar de una forma más minuciosa su actividad y establecer posibles áreas de mejora fundamentales para mejorar su calidad.

## AUTOEVALUACIÓN EFQM EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN O "EVALEXPRESS"

### C-119

R. González, J. Muñoz, E. Sánchez, J.M. Ladrón de Gevara y M. Paino

**Palabras clave:** Efqm, Unidades Gestión.

**Objetivos:** Una de las áreas de mejora de la implantación del Modelo EFQM en nuestra red es su despliegue más allá de los equipos directivos, por lo que uno de los objetivos de los Planes Estratégicos y de Calidad 2003-2007 es ampliar su uso por las Unidades de Gestión como herramienta de análisis y de detección de áreas de mejora. Se juzgó conveniente la realización de una Guía que simplificase los conceptos y facilitase un método de aplicación rápida, que permitiese a las Unidades acometer mejoras de forma sistemática en un plazo corto. Presentamos la "Guía de autoevaluación EFQM para Unidades de gestión" respecto a contenidos, resultados del pilotaje, satisfacción de los participantes, y establecimiento de criterios mínimos y formación de los "facilitadores".

**Métodos:** 1) Constitución grupo de trabajo (13 personas) para elaboración de la "Guía" y aplicación informática de apoyo. 2) Aplicación de la "Guía" en 10 Unidades de gestión: 3 centros de salud, 3 de salud mental y 4 unidades de atención especializada. 3) Aplicación de un cuestionario para conocer la satisfacción de las personas intervinientes en las autoevaluaciones (65). 4) Establecimiento de criterios mínimos para "facilitadores", como personas capacitadas para formar, moderar y consensuar las puntuaciones en las autoevaluaciones futuras.

**Resultados:** 1) Elaboración de una "Guía de autoevaluación EFQM para Unidades de gestión": ¿qué es el modelo europeo?, ¿qué es la autoevaluación?, ¿quién la debe realizar?, ¿cómo realizarla?: FASES y la aplicación informática EVALEXPRESS, evaluación de los criterios agentes y de resultado, sistematización de los planes de mejora, etc. 2) Las puntuaciones globales han oscilado entre 198 y 446. Todas las Unidades, tras la priorización, han aplicado planes de mejora. 3) La satisfacción global obtenida ha sido 96%. 4) Formación hasta el momento de 31 facilitadores, los cuales cumplen los siguientes criterios: formación en Calidad Total, participación en alguna autoevaluación o evaluación externa y presencia como "observador", al menos en una autoevaluación en Unidad de gestión.

**Conclusiones:** Se dispone de una herramienta que facilita a las Unidades conocer su imagen "en un momento preciso" expresada en puntos fuertes, áreas de mejora y una puntuación final. Permite acometer mejoras, en un plazo corto (14 horas), de forma sencilla y práctica (aplicación informática), reduciendo el tiempo de dedicación a la autoevaluación, potenciando la satisfacción y la participación de personas, incluso de "no iniciados" en el Modelo EFQM.

## MESA 18

# Modelos de acreditación

### MODELO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

**C-121**

J. Fernández, M. Enciso, J. Benegas, J. Vergeles y L. García

**Palabras clave:** Calidad Autoevaluación Acreditación.**Objetivos:** La Junta de Extremadura considera necesaria la definición de un modelo de calidad para los centros, servicios y establecimientos sanitarios (CESS) en el ámbito de nuestra Comunidad, como cauce necesario para lograr la calidad total de los mismos, entendida ésta como un modelo de gestión que, situando como objetivo principal la satisfacción plena del ciudadano, extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización, constituye un verdadero cambio cultural y de participación, e integra de una forma armónica y progresiva la autorización, auto-evaluación por los propios profesionales y, finalmente, la acreditación sanitaria.**Métodos:** Se realizó un análisis comparado de distintos modelos de acreditación de organizaciones sanitarias, para diseñar así un Modelo propio que adapta a los CESS de nuestra Comunidad Autónoma las categorías, subcategorías y estándares necesarios para adquirir la excelencia, y que conlleva una estructura legislativa, documental, formativa y técnica apropiadas.**Resultados:** A través de una normativa actualizada en materia de autorización sanitaria, proceso de auto-evaluación y, posteriormente, de acreditación sanitaria regulados por Decreto autonómico, se define el Modelo que consta de 10 categorías, 24 subcategorías y 323 estándares (149 de carácter obligatorio y 174 recomendables). Se establecen tres grados de acreditación (Básica, Óptima y Excelente) y dos tipos (Sin reservas y Condicionada). El Modelo, tras un proceso de auto-evaluación previo, se adapta a Entornos Sanitarios (Centros con Internamiento, Sin internamiento, Servicios Sanitarios y Establecimientos Sanitarios), con adaptaciones singulares en el caso de Servicios que reciben el nombre de "Programas Específicos" de acreditación. La flexibilidad de los estándares a los entornos sanitarios se logró mediante una ponderación porcentual, soportada en el programa informático, según el tipo de entorno sanitario de que se trate. El Órgano competente, así como los auditores del Modelo, se sitúan en la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.**Conclusiones:** El Modelo conjuga las responsabilidades políticas en materia de calidad de CESS en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con el impulso de herramientas de auto-evaluación por los profesionales siendo la acreditación sanitaria, en su grado y tipo correspondiente, el proceso administrativo que confiere legitimidad y publicidad a todo el proceso de mejora continua de la calidad.

### IMPLANTACIÓN DE MODELO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES: EVALUACIÓN DE CAMBIOS

**C-120**

M.J. Castro, G. Ramos, A. Raya y M. Mohedo

**Palabras clave:** Accreditation Quality Assurance.**Objetivos:** Implantar modelo de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza (ACSA) en nuestro hospital y evaluar los cambios producidos en la organización.**Métodos:** Creación de Comité Central de Calidad y formación de grupos y subgrupos de trabajo, adiestrados en uso de herramienta informática propia de la ACSA, así como manejo de estándares cuyo nivel de cumplimiento determina el grado de acreditación. Se realiza un análisis previo de la asistencia que se presta en el centro a los pacientes y familiares (autoevaluación), estableciendo objetivos y planes de acción para cumplir los requisitos de acreditación en función de la prioridad de su abordaje. Se han desarrollado y puesto en marcha varios Planes de Mejora, como parte del proceso.**Resultados:** Se lleva a cabo una simulación (evaluación interna) en la que participan los profesionales del centro previa a la visita de evaluadores externos. Se detectan cambios en conducta de los profesionales, mejora el flujo de comunicación en la organización y existe mayor satisfacción de los usuarios. Asimismo se consigue documentar los procesos asistenciales y no asistenciales más frecuentes. Se documenta en primer lugar todos los circuitos ya conocidos por los profesionales y que de forma verbal eran parte de las actuaciones realizadas.**Conclusiones:** Se puede afirmar que el programa de acreditación de la ACSA es más que un conjunto de estándares. Implica cambios organizativos y en la cultura de la organización. Es un instrumento de mejora para el centro y de apoyo para mantener un ciclo de mejora continua. Permite conocer, una vez descritas las actuaciones, el comportamiento de la organización evaluada, aunque no se forme parte del equipo de los profesionales de la institución.

### VALIDACIÓN DE UN MODELO DE ACREDITACIÓN FUNDAMENTADO EN EL MODELO EFQM Y APLICADO AL SECTOR SANITARIO FRENTE AL MODELO EFQM APLICADO Estrictamente

**C-122**

I. Arbusá, L. Alfaro, M. Comellas, J. Juliá, M. Elvira y M. Oliveras

**Palabras clave:** Efqm, Evaluación, Calidad.**Objetivos:** Establecer la correspondencia entre las puntuaciones obtenidas a través de un modelo prescriptivo de evaluación de la calidad, fundamentado en la estructura del modelo EFQM, aplicado al sector sanitario, frente a la puntuación obtenible en la estricta aplicación del modelo EFQM.**Métodos:** El Grupo Sanitario IDC utiliza, como instrumento de evaluación de la calidad, un modelo desarrollado por Intersalus, S.A. en el que, fundamentándose en la estructura, sistemática de evaluación y de ponderación de criterios, propias del modelo EFQM, se adapta al sector sanitario a través de la evaluación de un cuestionario, ordenado en aspectos claves que a su vez se adscriben específicamente a cada subcriterio y criterio del modelo EFQM. Toda vez que el Centro que mejor puntuación había obtenido en la evaluación del año 2003 fue el Hospital General de Catalunya, se decidió la conveniencia de validar la puntuación obtenida con el modelo aplicado, respecto a la obtenible en una evaluación externa, realizada por profesionales expertos y en aplicación estricta de la sistemática de evaluación del modelo EFQM. Para ello se realizó un proceso de autoevaluación y la formulación de la correspondiente y preceptiva Memoria. La evaluación de los resultados de ambas actuaciones así como el necesario proceso de verificación "in situ" fueron realizadas por expertos en el modelo EFQM, pertenecientes a Bureau Veritas.**Resultados:** La comparación realizada muestra una menor puntuación global en el modelo EFQM (401, frente a 527). Las diferencias por criterio y subcriterio son homogéneas, para los 8 primeros criterios.**Conclusiones:** 1) El modelo prescriptivo reduce la variabilidad en la aplicación de criterios de evaluación, al descomponer los contenidos conceptuales de cada criterio y subcriterio en un conjunto amplio de estándares concretos. 2) La comparación con la evaluación siguiendo el modelo EFQM presenta unas diferencias, respecto al modelo prescriptivo, que oscilan entre un +9% y un -36%. La diferencia media es del 24%, siendo las diferencias por criterio significativamente homogéneas. El modelo EFQM se muestra en la práctica totalidad de los Criterios más exigente, en cuanto a la puntuación conseguida. 3) Las diferencias identificadas pueden igualmente interpretarse al tratarse, la evaluación EFQM, de una evaluación realizada por personal externo al Hospital.

## SELF AUDIT: ES UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA MEJORA DE LOS REGISTROS?. NUESTRA EXPERIENCIA CON LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION

### C-123

L. Ríos, Y. Vasco, O. Doblado, A. Ibricú, J. Puig y F. Margalef

**Palabras clave:** Auditoría, Historia, Informatización.

**Objetivos:** 1) Diseñar el procedimiento de auditoría de HC. 2) Evaluar el nivel de cumplimiento de la HC. 3) Establecer mecanismos de mejora del registro informatizado de la HC.

**Métodos:** 1) Programa de selección aleatoria de HC: adultos visitados una o más veces en los 3 meses previos. Se excluyen desplazados, residencias, ATDOM y Atención Continuada. De cada cupo se extraen 7 HC, resultando la muestra final N = 70. 2) A cada evaluador se le proporciona la selección de HC que no pertenezcan a su propio cupo. 3) Auditoría trimestral. 4) Conjunto mínimo de datos y criterios a evaluar: condicionantes y problemas, prescripción, anamnesis, registro vacunal y PAPPs. 5) Explotación de resultados mediante Access 97 y presentación en sesión clínica para analizarlos y proponer estrategias de mejora.

**Resultados:** 1) Período estudiado: Enero-Marzo 2004. 2) N = 70 HC. 3) El 74% presentan correctamente cumplimentados los condicionantes y problemas, el 17% no procede y un 9% no existe registro. 4) La medicación crónica está informatizada en el 88%, el 8% no precisa, y el 4% no se registra. Medicación aguda: un 58%, el 23% no precisa y el 19% incorrectamente registrada. 5) Anamnesis: el 80% dispone de registro de alergias, el 60% tienen registrados antecedentes médicos y quirúrgicos. Soloun 3% tiene los antecedentes familiares introducidos. Registro vacunal cumplimentado 70%. 6) PAPPs: parámetros antropométricos registrados 75%, alcohol y ejercicio físico menos del 60%, tabaco 79%. Tensión Arterial 83%. La cifra de colesterol registrada en el 57%, no procede 29%, no existe registro 14%.

**Conclusiones:** 1) Se infraregistran los datos de ANAMNESIS, se ha de mejorar registro cuando no existen o no se conocen. 2) Herramienta de detección de errores en el registro que permite elaborar y consensuar estrategias de mejora evaluables y eficaces. 3) Permite unificar el registro de los datos y corregir el manejo de la HC mediante sesiones específicas.

## CALIDAD DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EVALUADAS A TRAVÉS DEL MODELO ANDALUZ DE CALIDAD

### C-125

A. Alguacil, I. González, V. Santana, A. Torrejón, J.L. Arjona y S. Noguera

**Palabras clave:** Estándares, Acreditación, Gestión.

**Objetivos:** Conocer en qué medida las actividades que se realizan en las Unidades de Gestión Clínica de atención primaria (UGC\_AP) evaluadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), están de acuerdo a unos criterios de calidad acordes con las estrategias del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

**Métodos:** Estudio descriptivo de 4 UGC\_AP que han participado en un Programa de Acreditación de UGC de ACSA, de Abril de 2003 a Mayo 2004. Las fases del Programa de acreditación son: Fase 1. Solicitud de certificación, visita de presentación y formación. Fase 2. Enfoque interno: Ejercicio de autoevaluación de las UGCs\_AP para reflexionar sobre el grado de desarrollo de los estándares según el ciclo PDCA e identificar los espacios de mejora tomando como referencia el Manual de Estándares de UGC 5 1\_02 y utilizando como herramienta de apoyo la aplicación mejora 2.0. Fase 3. Enfoque externo: Visita de Evaluación de ACSA e informe de situación. Fase 4. Seguimiento: para asegurar la estabilidad de los estándares y consolidar el nivel de calidad.

**Resultados:** La duración promedio de la autoevaluación es de 14 semanas, el equipo autoevaluador tipo lo forman 7 profesionales. Se han identificado 1.051 puntos fuertes y 392 áreas de mejora, un 33% ya implantadas. Los estándares que más cumplen las UGCs\_AP son los que contemplan los derechos de los ciudadanos y aspectos ligados a la seguridad, continuidad, satisfacción y otras garantías prioritarias del SSPA (grupo I, obligatorios 95,77%). Por subcriterios, los de mayor cumplimiento son los estándares de Documentación clínica y Sistemas y tecnologías de información (91,66%) y los que menos, los de Profesionales, desarrollo y formación (33,93%). Los estándares de Gestión de procesos asistenciales, Resultados y Profesionales, desarrollo y formación son los que presentan una mayor variabilidad en el cumplimiento entre las UGCs\_AP evaluadas (CV = 46%, 37% y 36% respectivamente).

**Conclusiones:** El Programa de Acreditación de UGC es una herramienta efectiva para la evaluación de la calidad y para impulsar la autonomía de los profesionales en la monitorización continua de los centros. En las Unidades evaluadas se considera al ciudadano, sus derechos, su satisfacción y las líneas estratégicas del SSPA, como elementos claves de su gestión. La accesibilidad y continuidad de la asistencia, la documentación clínica, las actividades de promoción de la salud y los sistemas de información tienen un nivel de implantación semejante en las Unidades evaluadas, lo cual supone una garantía de equidad en el SSPA.

## LA CALIDAD DE LOS INFORMES CLÍNICOS. PROPUESTAS

### C-124

V. Robles, M.E. González, B. Ordóñez, R. Fernández, J. Fernández y J. Moris

**Palabras clave:** Informes Clínicos, calidad.

**Objetivos:** Los informes clínicos diagnósticos, de alta, de revisión y de éxitos son algo relativamente recientes en la historia de la medicina; comenzaron a hacerse de manera sistemática en la década de los sesenta del pasado siglo y siempre fueron considerados como un buen indicador de calidad asistencial. Nos proponemos aquí insistir en dos cuestiones perfectamente encadenadas entre sí: la calidad de dichos informes y el destinatario de los mismos.

**Métodos:** Hemos revisado el contenido de cien historias clínicas tomadas al azar del archivo activo de nuestro hospital. Analizamos dos cuestiones fundamentales: la presencia en ellas, o no, del preceptivo informe médico y su destinatario, cuestión esta última no fácil de dirimir.

**Resultados:** 1) Respecto a la existencia de informe en la historia dos cuestiones: el 100% de los pacientes ingresados se fueron de alta con informe; el 56% de los pacientes vistos en consultas externas carecen tanto de informes diagnósticos como evolutivos. 2) Respecto a la calidad de los informes, es difícil opinar, pero podría decirse: los más amplios son los realizados por los servicios médicos; los más escuetos son los realizados por los servicios quirúrgicos, llegando a ser, en ocasiones, telegráficos. 3) Los informes van habitualmente dirigidos de médico a médico; de médico especialista a médico general. En ningún caso van dirigidos al paciente; éste, por norma, no los entiende por estar escritos en un lenguaje críptico para él.

**Conclusiones:** 1) Debería ejercerse algún tipo de control sobre la elaboración de informes tanto diagnósticos como evolutivos en las consultas externas. 2) Debería buscarse el justo medio por lo que a la extensión del informe se refiere, insistiendo en dos cuestiones de calidad: la enumeración de todos los diagnósticos previos tanto médicos como quirúrgicos del paciente y, dejando claros los datos que apoyan un nuevo diagnóstico o justifican un nuevo ingreso. 3) El informe médico no debe ser, en ningún caso, cuestión de lucimiento para el médico sino de utilidad para el paciente; y, debe estar escrito en un lenguaje inteligible para que el paciente y su familia, tras las explicaciones oportunas, puedan entenderlo plenamente en sucesivas relecturas.

## LA EVALUACIÓN EN EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA PROFESIONES SANITARIAS DE ANDALUCÍA

### C-126

E. Álvarez-Molina, E. Valverde-Gamero, B. Jiménez-Ojeda y L. Villanueva-Guerrero

**Palabras clave:** Continuous Quality Management.

**Objetivos:** Realizar la valoración para la Acreditación de las actividades de formación continuada sanitarias siguiendo los criterios establecidos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFC) y responder a los principios del Modelo Andaluz de Calidad.

**Métodos:** Para la valoración del componente cualitativo se ha desarrollado un instrumento evaluativo que, basado en criterios de calidad previos y en el cuestionario propuesto por la CFC, incorpora aquellas cuestiones relevantes que determinan la calidad de una actividad formativa. Cuenta además con un soporte informático, mejora F que con respecto a la valoración permite la: 1) asignación de evaluadores a las actividades pendientes de evaluar, de manera casi automática mediante una matriz que clasifica al pull de evaluadores, 2) evaluación individual "a ciegas", en la que el evaluador asignado desconoce al otro evaluador que también tiene asignada la actividad; además, los datos identificativos son ocultados para garantizar la imparcialidad, 3) realización on line de las evaluaciones, disponiendo de las solicitudes y del resultado de la evaluación de manera inmediata, 4) check-list evaluativo, elaborado en consonancia con el formulario de solicitud de la Consejería y en base a unos criterios de calidad hechos públicos, 5) cálculo automático de créditos aplicando la fórmula que establece CFC, 6) asignación automática a un evaluador adicional cuando existe una discrepancia significativa en al menos un apartado, 7) confrontación de los apartados y análisis de ítems discordantes en los que se ha presentado discrepancia mediante un formato estándar que ofrece mejora F, 8) actualización de la puntuación en función de los valores del tercer evaluador, 9) realización de un informe individualizado donde se recogen los aspectos más destacados y sugerencias de mejora.

**Resultados:** Tiempo medio de realización de las evaluaciones: 96 minutos. De 33 evaluadas este año, sólo 4 discrepancias. Los valores del componente cualitativo presentan una desviación típica de 0,5. Las puntuaciones más altas la encontramos en la metodología, la pertinencia las mínimas.

**Conclusiones:** La Agencia de Calidad, al considerar la acreditación no un fin en sí mismo, sino una herramienta que favorece e impulsa la mejora continua, esta Valoración Sistemática de actividades se convierte en un instrumento que refleja: el reconocimiento de las mismas mediante la asignación de créditos con accesibilidad, eficacia, eficiencia y objetividad; pero sobre todo, explicitar el potencial y mejora del diseño de la actividad.

## MESA 19

# Normas ISO

### PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO. ADECUACIÓN A LA NORMA UNE-EN ISO-9001/2000

**C-128**

M. Prats, M.A. Martín, P. Quer, R. Torelló, P. Barrufet y A. García

**Palabras clave:** Quality Ambulatory Surgery.**Objetivos:** Desde el inicio del funcionamiento de la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) en junio de 1994, el Programa de Calidad ha sido uno de los ejes fundamentales de su Plan Funcional, que se ha ido revisando y actualizando en los años 1997 y 2001. El objetivo del año 2003 ha sido la adecuación del programa de Gestión de Calidad para obtener la certificación según la norma ISO 9001/2000.**Métodos:** Durante el año 2003 se han revisado todos los elementos de programa de Gestión de Calidad que forman parte de los procedimientos que se realizan en la unidad de cirugía sin ingreso de nuestro centro, diseñando los mapas y fichas de los procesos, y se ha redactado un nuevo manual de calidad resultado de la revisión y reformulación de los indicadores que se estaban utilizando desde 1994 y formulando nuevos con el fin de abarcar la totalidad del proceso. Se han determinado también los objetivos a alcanzar para cada uno de los indicadores.**Resultados:** El proceso de intervención mediante cirugía ambulatoria se ha subdivido en cinco procesos: 1) Proceso de selección y programación, que consta de tres subprocesos: selección inicial del cirujano, selección del anestesiólogo y programación quirúrgica. Los indicadores que se han establecido son: pacientes rechazados por el anestesiólogo (0,79%), desprogramaciones y tiempo medio transcurrido entre la confirmación de la intervención al paciente y la intervención quirúrgica. (implementación 2004), 2) Proceso de acogida, con los indicadores: suspensiones (1,41%), pacientes con espera operatoria desde la llegada a la unidad de > 60 minutos (7,9%), incidencias en el proceso de acogida (implementación 2004), 3) Proceso de intervención, siendo el indicador la estancia en reanimación > 90 minutos (3,6%), 4) Proceso de recuperación y alta, fijando los indicadores de estancia media postoperatoria (102') e ingresos hospitalarios (1,3%), 5) Proceso de seguimiento postoperatorio domiciliario, en el que se evalúan: reintervenciones (0,25%), visitas a urgencias (2,7%), visitas no programadas a consultas externas (1,6%), reingresos (0,2%), dolor postoperatorio =EVA > 3 (5,2%), y análisis del resultado de la encuesta de satisfacción que constan los pacientes desde el año 1994.**Conclusiones:** La metodología seguida ha permitido superar en febrero del año 2004, la auditoría interna y estar, en la actualidad, a la espera de la certificación de calidad según la norma UNE-EN-ISO-9001/2000, una vez realizada la auditoría externa.

### ISO 9001 EN ORGANIZACIONES SANITARIAS: DESVIACIONES MÁS HABITUALES

**C-127**

J. Hernández, J. de Miguel, O. Moracho y R. Valverde

**Palabras clave:** Tqm/standards, Audit.**Objetivos:** Identificar las deficiencias más comunes registradas en el transcurso de auditorías de certificación de sistemas de gestión según ISO 9001: 2000 en organizaciones sanitarias (fundamentalmente hospitales).**Métodos:** Se han revisado los informes emitidos en relación con auditorías realizadas en los últimos dos años, en una muestra de 25 organizaciones sanitarias ubicadas en diferentes localidades. Hay que matizar que salvo en organizaciones pequeñas y muy especializadas el alcance de la certificación no incluye procesos asistenciales. Las no conformidades a las que hacemos referencia fueron registradas en al menos el 50% de las organizaciones auditadas.**Resultados:** Los resultados del estudio se expresan en relación con dos diferentes aspectos: La documentación presentada y su implantación. a) *Documentación:* Identificación incompleta o incorrecta de procesos. La causa de esta no conformidad es la tendencia a confundir procesos con departamentos e incluso con procedimientos, así como el estilo de gestión, tradicionalmente departamental, de los centros auditados. Esta no conformidad es considerada como muy relevante pues una deficiente identificación de procesos puede invalidar la eficacia del sistema y, por tanto, su razón de ser. b) *Implantación:* Control poco eficaz de las no conformidades. Causado por la no tipificación y, en consecuencia, el desconocimiento de aquellos hechos que puedan constituir en sí mismos incidencias o no conformidades. Ello dificulta la identificación y aplicación eficaz de las acciones correctoras pertinentes. Evaluaciones de desempeño de procesos no realizadas, incompletas o incorrectas. Causado por la falta de indicadores de eficacia adecuados o a la ausencia de los mismos (siempre en relación con la misión estipulada para los procesos). Falta de programas completos y detallados para la consecución de los objetivos de calidad señalados.**Conclusiones:** La naturaleza de las deficiencias señaladas nos indica la existencia de errores conceptuales en la configuración del mapa de procesos, y otros errores más puntuales relacionados con la interpretación de determinados apartados de la norma. Curiosamente, todos ellos tienen mucho que ver con la eficacia del sistema de gestión, y, por ello, aparecen como relevantes en nuestros informes. Valoramos como muy positivo el interés despertado en las organizaciones auditadas por el sistema de gestión de la calidad y las expectativas de mejora creadas en torno al mismo, hoy en día materializadas en la mayor parte de las organizaciones.

### MEJORAS INTRODUCIDAS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC) DEL HOSPITAL DE GALDAKAO

**C-129**

M. García, S. Castelo, A. Chueca, I. Gallego y M. Domínguez

**Palabras clave:** Procesos, Sistema Calidad.**Objetivos:** Mejorar nuestro Sistema de Gestión de la Calidad para adaptarlo a las necesidades que surgen en nuestro Sistema a raíz de la incorporación de nuevos procesos.**Métodos:** Nuestro Sistema de Calidad fue rediseñado en el bienio 2001-2002, con la introducción de la norma ISO 9001:2000 como metodología de trabajo. En ese momento, se decidió planificar un Sistema de Gestión de la Calidad por Procesos, único para todo el hospital, al que paulatinamente se incorporan en su alcance nuevos procesos. Se identificaron, mediante técnicas cuantitativas de consenso y a través de la información generada en las reuniones de trabajo, los cambios a introducir en el sistema.**Resultados:** 1) Se realizaron modificaciones en la arquitectura de los Procesos. 1a. El Subproceso para la Mejora Continua de un Proceso ha pasado de ser un Subproceso Estratégico específico para cada proceso a convertirse en un Subproceso Estratégico del Mapa de Procesos del Hospital. 1b. El Proceso de Mejora Continua (PDCA) se ha modificado y convertido en el Proceso de Planificación de los Planes de Gestión. 1c. Transformación del Subproceso de Satisfacción de Clientes en un Procedimiento del Subproceso de Mejora continua, donde se describe el tratamiento de quejas y sugerencias, y las fuentes a utilizar en la recogida de la percepción de nuestros clientes. 1d. Con la integración de los Procesos de Apoyo en el alcance del Sistema, los Subprocesos de Apoyo Específicos para cada proceso desaparecen. 1e. Introducción del Proceso de Gestión del Sistema de Calidad. 1f. Introducción en las Fichas de Procesos de un mayor detalle en la descripción de las interacciones, para facilitar su gestión. 2) También se llevaron a cabo cambios en la planificación de actividades. 2a. Elaboración de una Guía para la realización de las reuniones de equipo y un Check List, permitiendo a los Gestores y equipos de procesos realizar de una manera más sencilla las revisiones exigidas por la Norma ISO. 2b. Homogeneización de formatos y contenidos, tanto del Acta de Reuniones como de la Convocatoria, incluyendo en esta última, los puntos del Orden del Día para cada reunión del Sistema.**Conclusiones:** 1) Necesidad de modificar y adaptar el Sistema a las necesidades que surjan con el aumento del alcance. 2) El empleo de dinámicas de grupo, en el desarrollo de la gestión de los procesos, nos aporta información para facilitar la mejora continua de nuestro Sistema de Gestión de la calidad. 3) Necesidad de sistematizar y planificar la introducción de estas mejoras en el sistema.

## CUADRO DE MANDOS PARA LA GESTIÓN DEL PROCESO DE ALIMENTACIÓN

### C-130

A. Chueca, I. Gallego, S. Castelo, M. Domínguez, A. Llorente y B. López

**Palabras clave:** Cuadro Mandos, Alimentación.

**Objetivos:** Elaborar un sistema de recogida de indicadores automáticos para el Proceso de Gestión de Alimentación que nos permita verificar la evolución del Proceso con respecto a los objetivos previamente fijados, así como evaluar la eficacia del mismo.

**Métodos:** Mediante técnicas cuantitativas de consenso, a través de equipos de trabajo, hemos diseñado el cuadro de mandos para la gestión del proceso de alimentación. El sistema de Gestión de este proceso se basa en la normativa ISO 9001: 2000.

**Resultados:** Hemos diseñado un Sistema de recogida de indicadores que nos permite obtener resultados de manera automática e informatizada, en un Cuadro de Mandos integral. En dicho cuadro aparecen los indicadores descritos en la Ficha de Proceso y de Subprocesos, que están alineados con la misión del Proceso, así como con la Estrategia de la propia Organización. Los indicadores se alimentan de dos tipos de Registros, por un lado de una Base de Datos de Incidencias y, por otro lado, de las denominadas "Hojas de Carro". En la Base de Datos no solo recogemos las incidencias asociadas al proceso operativo, sino también las relacionadas con los subprocesos de apoyo y estratégico. En las "Hojas de Carro" se va registrando el recorrido que realiza la comida, desde que sale de las cocinas hasta que llega al paciente/cliente, permitiéndonos disponer de la trazabilidad del alimento. Y, por último, disponemos de la Encuesta de Satisfacción del Paciente, que nos facilita la información necesaria para alimentar el indicador de grado de satisfacción. Este último indicador constituye, a su vez, un indicador estratégico de la propia organización.

**Conclusiones:** El Sistema de Recogida de indicadores ha sido diseñado con la participación de todas las partes integrantes en el proceso de Alimentación desde Enfermería, encargada de la solicitud de dieta y de la distribución de la misma al paciente, hasta Cocina, que es la responsable de la elaboración de la misma, así como la empresa proveedora de los servicios de hostelería. El trabajo en equipo ha permitido el consenso y la adecuación del sistema a su forma de trabajar, e incluso ha ayudado a introducir mejoras en la interrelación entre ambas partes. El hecho de haber diseñado una base de datos y un Cuadro de mando informatizado que genere los indicadores de manera automática ha permitido facilitar el trabajo y no obstaculizar en exceso el "que hacer" diario que es, entre otros, el satisfacer las necesidades alimenticias de nuestro Clientes/Pacientes.

## EL CAMINO HASTA LA CERTIFICACIÓN 14001

L. Aguirre, O. Moracho, R. Valverde y M.D. Blanco

### C-132

**Palabras clave:** Environmental Management, Certification.

**Objetivos:** Obtener la certificación ISO 14001 en un hospital de agudos como reconocimiento externo en la mejora del Sistema de Gestión Medioambiental.

**Métodos:** Comenzando con la elaboración del Plan de Gestión de Residuos en el año 1999 y tras la elaboración del diagnóstico medioambiental Ekoscan, el Hospital de Zumárraga certifica este año según norma ISO 9001:2000 el proceso "Gestión de residuos" así como su Sistema de Gestión Medioambiental según norma UNE-EN ISO 14001. La consecución de este certificado supone la constatación del compromiso que el hospital de Zumárraga ha adquirido con el medio ambiente, así como de los esfuerzos realizados para preservar el entorno, aprovechar mejor los recursos y reducir la contaminación. Su obtención ha sido posible gracias a la colaboración e implicación de todo el personal, contando también con el apoyo de una consultora medioambiental. Las principales fases del proceso de certificación han sido las siguientes: Identificación de procesos o servicios más afectados en los cuales el impacto medioambiental puede ser mayor: mantenimiento, radiología, laboratorio, hemodiálisis e implicación de sus profesionales, Constitución del Comité Medioambiental con representación de los procesos mencionados, Definición de la Política Medioambiental del Hospital, Elaboración de la documentación: definición de aspectos medioambientales, registros, objetivos medioambientales etc., Realización de auditoría interna, Realización de auditoría externa.

**Resultados:** Tras la propuesta de las acciones correctivas a realizar de cara a subsanar las no conformidades planteadas en la auditoría externa, se obtiene el certificado según norma UNE-EN ISO 14001.

**Conclusiones:** La obtención del certificado ISO 14001 además de reportar importantes ventajas medioambientales y mejorar la imagen del hospital, supone un avance en la mejora continua, ya que obliga a la revisión anual de indicadores y objetivos y sistematiza procedimientos. Para lograrlo, además de destinar los recursos adecuados es imprescindible el apoyo de los líderes y la implicación de todo el personal del hospital.

## MEJORAS OBTENIDAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2000 EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

### C-131

P. Zurutuza, D. Oyarzábal, E. Lezama, M.V. Larrañaga, I. García y A. Hernando

**Palabras clave:** Mejora, Consulta, Iso.

**Objetivos:** Desde 2001 estamos inmersos en un proceso de fusión de tres hospitales de la red sanitaria pública. Una de las estrategias elegidas consistió en utilizar un sistema de gestión de procesos como es la ISO como herramienta para favorecer la fusión de determinados procesos, como el de la Consulta Externa. Tras la implantación en Junio de 2003 de la Norma ISO 9001:2000 en las Consultas Externas del Hospital, se observó que algunos resultados no se ajustaban, no sólo a las expectativas de los pacientes, sino de los componentes del equipo de trabajo que llevó a cabo la implantación. El objetivo que se planteó fue el de alcanzar y superar en lo posible los estándares de calidad definidos para los indicadores del proceso Consulta Externa Intrahospitalaria.

**Métodos:** Una vez implantado el sistema de gestión, procedimos al seguimiento del mismo, que se realiza de forma sistemática en las reuniones que mantiene mensualmente el equipo de trabajo. La metodología empleada podría resumirse en los siguientes apartados: Seguimiento de los indicadores según la frecuencia de medición establecida y comparación de los resultados con los estándares de calidad establecidos, Seguimiento de las incidencias y no conformidades registradas por el personal, Análisis de resultados de las encuestas realizadas a los pacientes, Análisis de Quejas y Reclamaciones recogidas en el Servicio de Atención al Paciente, Análisis de las desviaciones y apertura de las Acciones Correctivas y de Mejora derivadas, así como de los resultados de las Auditorías Internas y Externas

**Resultados:** El porcentaje de subespecialidades cuya demora para una 1ª Consulta es inferior a 7 días, se ha incrementado del 81% en Junio de 2003 hasta 96% en Abril de 2004. Las agendas abiertas para 12 meses se han incrementado del 65,9% hasta el 100% actual. La adecuación de la cita a las expectativas del paciente ha pasado del 94% al 97,9%. La accesibilidad telefónica en hora punta ha pasado del 44% en al 69%. La tasa de inasistencias se mantiene alrededor del 9%, a pesar de las acciones correctivas emprendidas. El nº de quejas y reclamaciones ha descendido de 114 en el 3er trimestre de 2003 a 80 en el 1er trimestre del presente año. El Plan de Formación se ha cumplido, aunque con retrasos. Se han registrado y analizado más de 500 incidencias. Se han abierto 19 Acciones Correctivas.

**Conclusiones:** Este sistema de mejora continua funciona, consigue resultados y es capaz de cohesionar e ilusionar a todo un equipo de trabajo donde participan médicos, enfermeras y administrativos.

## CALIDAD EN LA EMERGENCIA: UN CAMINO SIN PAUSA HACIA LA MEJORA CONTINUA

M. Cano y E. Domínguez

### C-133

**Palabras clave:** Quality, Certification, Improvement.

**Objetivos:** Implantar y mantener un sistema de gestión de la calidad en el Servicio de emergencias 061 Aragón que permita: a) Mejorar de forma continua toda la Institución, b) Establecer un sistema integrado por procesos enfocados hacia la gestión, c) Mantener los procesos bajo control mediante el establecimiento de métodos para medir su eficacia y eficiencia, d) Aumentar la satisfacción del ciudadano y de todas las partes interesadas, e) Promover la participación del personal a todos los niveles en programas de mejora continua y su total compromiso con la Política de la Calidad de la Institución.

**Métodos:** Con el objetivo de que la implementación del sistema de gestión de calidad en nuestro servicio se realice de una forma sistemática y eficaz se ha decidido seguir los requisitos establecidos por la Norma UNE-EN-ISO 9001-2000. El proyecto incluye el desarrollo de las siguientes fases: 1) Análisis previo, que incluya un diagnóstico y evaluación de la situación de partida, identificando puntos débiles y posibles áreas de mejora, 2) Análisis funcional, que permita sentar las bases de la estructura organizativa de la Institución, 3) Información a todos los niveles de la Institución mediante la presentación del proyecto a todas las Unidades y Departamentos, 4) Elaboración de la documentación relativa al Sistema de Gestión de la Calidad, 5) Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, 6) Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad, 7) Implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

**Resultados:** El Sistema de Gestión de la Calidad nos ha permitido hasta el momento: a) Realizar el análisis previo y funcional de toda la Institución, b) Definir y diseñar el mapa de procesos, c) Elaborar documentos relativos al Sistema de Gestión de la Calidad, d) Realizar reuniones de sensibilización y participación del personal en el proyecto.

**Conclusiones:** La puesta en marcha y desarrollo de un sistema de gestión de la calidad en nuestro servicio de emergencias permitirá proporcionar un marco de referencia para la mejora continua de toda la organización, definiendo los procesos que contribuyen al logro de un servicio aceptable para el ciudadano, facilitando la toma de decisiones eficaces basada en el análisis de la información disponible y generando la confianza suficiente, tanto en los ciudadanos como en las personas que desarrollan su trabajo en la Institución, sobre su capacidad para proporcionar un servicio de calidad que satisfaga los requisitos de todas las partes interesadas de forma coherente.

## MESA 20

# Sistemas de calidad

### IDENTIFICACIÓN DE FACTORES EXPLICATIVOS DEL COSTE TOTAL VARIABLE POR PACIENTE EN UNA UNIDAD DE ICTUS\*

**C-135**

J. Alonso, E. San Cristóbal, J.M. Arche, J.C. Miñana, M. Vázquez y B. Bustó

**Palabras clave:** Coste, Ictus, Resultado.**Objetivos:** Análisis económico por paciente en una Unidad de Ictus, dependiente de un Servicio de Geriatría, e identificación de aquellas variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y asistenciales, que pudieran estar asociadas al Coste Total Variable.**Métodos:** Se analizan los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Ictus, durante el año 2003 (n:357, 56,9% mujeres, edad: 81,7 ± 6,7), en lo que se refiere a factores sociodemográficos (edad, sexo y convivencia), clínicos (severidad del Ictus según la puntuación en la escala de Orpington, hallazgos neurológicos al ingreso y complicaciones), funcionales (Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y deterioro funcional que se expresa como la diferencia entre el IB previo y el IB al ingreso) y asistenciales (Programa de rehabilitación, Valoración por Asistencia Social), en relación a su Coste Total Variable. El Coste Total Variable se determina como la suma de los siguientes consumos: medicación y otros productos farmacéuticos, material de almacén, pruebas diagnósticas e interconsultas, sesiones de fisioterapia y logopedia, intervención de asistencia social y/o psicólogo. Realizamos un modelo de regresión logística incluyendo las variables, tanto si son conocidas en el momento del ingreso como durante la hospitalización, que han demostrado relación estadísticamente significativa con el Coste Total Variable por paciente en el análisis univariante.**Resultados:** Los 357 pacientes ingresados durante el año 2003, han generado un Coste Total de 769.990,50 euros, siendo el Coste Total Medio por paciente de 2.156,85 ± 2.001,84 euros y el Coste Total Variable Medio fue de 547,41 ± 1164,46 euros. Las variables que permanecen como factores explicativos del Coste Total Variable Medio han sido: Inclusión en el programa de rehabilitación (OR: 12,137; P: 0,000), fuerza en pierna (OR: 0,717; P: 0,000), valoración por el trabajador social (OR: 2,576; p: 0,004), edad (OR: 0,931; P: 0,004), infección respiratoria (OR: 3,825; p: 0,007) e infección urinaria (OR: 2,859; p: 0,01). El porcentaje global pronosticado con este modelo es del 85,7%.**Conclusiones:** Las variables edad, fuerza en pierna, inclusión en el programa de rehabilitación, valoración por el trabajador social y presencia de infección urinaria e infección respiratoria, pueden formar un modelo explicativo del Coste Total Variable por paciente en nuestra unidad.*\*Proyecto de investigación n° 02/10046 parcialmente financiado por Instituto Carlos III: Investigaciones sobre evaluación de tecnologías sanitarias.*

### IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD EN EL COSTE DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS CLAVE

**C-134**

M. Sans, G. Carrasco, C. Humet y A. Pallarés

**Palabras clave:** Costes Por Proceso.**Objetivos:** Definir un método propio de medición y análisis de los costes reales por proceso basado en la medición caso a caso y determinar el impacto de las actividades de la calidad en los costes.**Métodos:** *Diseño:* prospectivo, controlado y comparativo con muestreo aleatorio de casos. Se compararon los resultados obtenidos durante 2002 (preprograma) con los de 2003 (después de la aplicación del programa de calidad) en los cinco procesos más frecuentes y los dos de más riesgo. *Tamaño de la muestra:* programa C4 Design Pack correspondiendo a los siguientes casos/año: catarata (n = 1800), parto (n = 1200), cesárea (n = 600), colecistectomía (n = 200), fractura de fémur (n = 150), cirugía coronaria (n = 50), cirugía valvular (n = 30). *Cálculo de costes:* se realizó mediante el programa ADB plus analizando los costes directos "caso a caso" junto a los costes indirectos y estructurales imputables. Los datos se transfirieron desde el ordenador central a una aplicación de diseño propio (HB costing 2.0) que realizó los cálculos. *Análisis estadístico:* para las variables categóricas se realizó mediante el test de la chi2 de hipótesis o significación. Para la comparación de medias entre dos grupos cuando la distribución era normal se usó la prueba de la t de Student. Los resultados se expresaron como media aritmética ± desviación estándar junto a los intervalos de confianza (IC 95%). Se consideró un nivel de significación estadística de p < 0,05.**Resultados:** Las variables de actividad hospitalaria (ingresos, altas, estancias) así como el case mix según el peso relativo de GRD (0,9435 versus 0,9383) fueron comparables durante periodos estudiados. Se observó mejora estadísticamente significativa en dos de los indicadores de calidad (estancia media y reingresos) después de aplicar el programa de calidad. El programa disminuyó el coste de cuatro de los cinco procesos más frecuentes, catarata (-14%; IC95% -12,1/-18,2%; p = 0,02), cesárea (-3,6%; IC95% -2,9/-4,7%; p = 0,01), colecistectomía (-11,5%; IC95% -9,9/-13,1%; p = 0,01), fractura de fémur (-4,2%; IC95% -3,7/-5,6%; p = 0,02) y en el de mayor coste y riesgo, cirugía coronaria (-17,3%; IC95% -13,9/-19,7%; p = 0,02).**Conclusiones:** El programa de calidad orientado a la gestión de procesos consigue mantener los mismos resultados de calidad con un menor coste por proceso en cuatro de los cinco más frecuentes y en el de mayor riesgo.

### PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DEL PLAN ESTRATÉGICO

**C-136**

J. Rebull, A. Grau, B. Cuevas, M. Castellá, A. de Pablo y C. Gombau

**Palabras clave:** Planificación Estratégica Calidad.**Objetivos:** Describir el proceso de planificación de la calidad del hospital a través de un instrumento de gestión, el Plan Estratégico (PE) y la integración de los objetivos priorizados en el Plan de Gestión de Calidad (PGC) adaptado para el periodo 2004-2006.**Métodos:** Se diseñó un PE para el periodo 2002-2005. Se creó una Comisión de Seguimiento del PE y 7 grupos de trabajo (con 2 responsables) en las áreas: desarrollo de nuevos servicios y actividades, continuidad asistencial y relación con proveedores, mejoras en la organización y procesos del hospital (MOP), política de calidad, investigación y docencia, receptividad, desarrollo profesional. El total de profesionales que participaron fue de 128 entre los que se encontraban el equipo directivo y los jefes de servicio, sobre un total de 651 trabajadores del centro, coordinados por el Comité de Seguimiento. Un equipo de consultores actuó de catalizador. Las oportunidades de mejora detectadas en los diferentes grupos fueron integradas en las dos líneas de acción del nuevo PGC: orientación a la satisfacción del paciente y mejora de la práctica profesional.**Resultados:** De 52 propuestas de mejora emitidas a partir de las recomendaciones de los grupos se priorizaron 29 que se incorporaron al plan de calidad. El grupo de política de calidad revisó y actualizó el plan de calidad, priorizó e integró las propuestas de mejora del PGC. El grupo de receptividad, en las áreas de: comunicación externa e institucional, circuito de acogida y alta del paciente, confort e intimidad de los espacios, relación entre pacientes y profesionales, emitió 23 propuestas de mejora, de las cuales fueron priorizadas 11 para el PGC. El grupo MOP en el funcionamiento de los circuitos asistenciales emitió 15 propuestas de mejora (priorizadas 7). El grupo desarrollo de nuevas actividades en el área de nuevas modalidades terapéuticas, sobre 10 priorizó 4. En el grupo continuidad asistencial se priorizaron 7 propuestas de mejora.**Conclusiones:** El PE además de un instrumento de gestión imprescindible para desarrollar las funciones propias del centro, es una herramienta útil para la detección y priorización de líneas de actuación del plan de calidad. Facilita la implicación y participación de profesionales en el plan de calidad así como su implantación. En nuestro caso sirvió para priorizar 29 líneas de actuación del plan de calidad para los próximos dos años.

**PLAN DE CALIDAD DE LA RED ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y PSICOSOMÁTICA****C-137**

A. Sarasola, A. Lobo, P. Saz, G. Marcos y Grupo REPEP

**Palabras clave:** Calidad. Investigación. Psicosomática.

**Objetivos:** Desde el Servicio de Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y a través del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, se está coordinando la Red REPEP de investigación sobre Comorbilidad depresiva en pacientes hospitalizados y seguidos en atención primaria (FISs G03/128 – Redes Investigación) en el que participan 11 hospitales españoles. Se ha elaborado un Plan de Calidad que pretende garantizar la Calidad Técnica del trabajo científico realizado por la RED, así como incorporar una dinámica de participación activa, de sistematización de la actividad, de evaluación y de mejora continua.

**Métodos:** Establecimiento de las Fases del Plan de Calidad: Definición y consenso de la: Misión, Visión, y valores de la Red así como de los indicadores de evaluación Plan: Objetivos, contenidos, niveles de responsabilidad y aspectos organizativos. Programa: Desarrollo y evaluación de objetivos siguiendo el ciclo de mejora continua.

**Resultados:** Los datos más relevantes relativos a los indicadores de resultados establecidos por la Red son los que siguen: *Reconocimiento del trabajo científico:* 3 premios. *Formación:* 24 investigadores en Cursos de Doctorado, 23 Tesis Doctorales en preparación, 1 Tesis Doctoral completada. *Actividades de cooperación:* preparación y adaptación de 9 instrumentos, diseño de un nuevo instrumento, cooperación con al menos 20 servicios médicos, diseño de un formato de consentimiento informado. *Actividades de difusión:* 37 comunicaciones orales a congresos, 11 artículos publicados en revistas, 8 capítulos publicados en libros, 1 libro publicado.

**Conclusiones:** 1) Se están alcanzando los objetivos propuestos. 2) En base al trabajo realizado, el Instituto de Salud Carlos III ha decidido favorecer la continuidad y financiar el trabajo de la Red. 3) El trabajo que se está llevando a cabo está estableciendo las bases para posteriores estudios de intervención en Psiquiatría de Enlace y Psicosomática.

**IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE PREOPERATORIO SELECTIVO****C-139**

F. Vilamú, V. Borrás, A. Borruel, V. Pascual, J. Papaceit y C. Buil

**Palabras clave:** Preoperatorio. Gestión. Calidad.

**Objetivos:** Comparación entre la solicitud de pruebas preoperatorias rutinarias y la implantación de un modelo selectivo basado en la realización de pruebas complementarias específicas al paciente programado para cirugía electiva, visitados en la C de Anestesia. En esta nueva modalidad se han tenido en cuenta: edad, existencia de patología asociada y tipo de intervención quirúrgica.

**Métodos:** Estudio comparativo de una muestra de 160 pacientes quirúrgicos programados, escogidos aleatoriamente. A 90 de ellos, intervenidos durante el primer trimestre del 2003, se les realizaron pruebas preoperatorias rutinarias, sin límites de peticiones y a criterio del especialista (Rx. tórax, ECG, analíticas, etc.) A los otros 75, intervenidos durante el primer trimestre de 2004, se les aplicó el preoperatorio selectivo. Variables estudiadas: edad, patología asociada según ASA, tipo de intervención según clasificación DAVIS, programación (CMA/ingresados), servicio quirúrgico, intervalo entre realización de las pruebas complementarias y visita a C. Anestesia, y entre la realización de las p. complementarias y día de intervención, número de pruebas complementarias. Diseño de un cuestionario para valorar antecedentes patológicos y/o de interés médico que el paciente recibe en la consulta quirúrgica y que, cumplimentario, entrega antes de la realización del preoperatorio. Su validación y valoración por el anestesiólogo determina las pruebas a realizar.

**Resultados:** Disminución del tiempo entre la realización del preoperatorio y la visita a C. Anestesia (Año 2003: 12,63 días. Año 2004: 7,97 días.  $P = 0,008$ ). Disminución del tiempo entre el preoperatorio y la operación (Año 2003: 33,54 días. Año 2004: 16,20 días.  $P$ . Disminución de las peticiones de pruebas complementarias solicitadas en porcentajes que, en algunos casos, supera más el 50% (GOT; GPT; proteínas, colesterol, etc.). Se han evitado caducidades de preoperatorios: el paciente, antes del preoperatorio, tiene fecha concreta de intervención. Implantación del protocolo de solicitud de pruebas preoperatorias selectivas, gestionado por enfermería.

**Conclusiones:** La implantación de este modelo se adecua a cada paciente. Comporta eficacia de gestión de los recursos económicos. Evita pruebas innecesarias. Consigue un alto grado de satisfacción del paciente.

**EL PLAN DE ACTUACIÓN 2004-2006 DEL SISTEMA DE CALIDAD DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD****C-138**

J.C. García-Aisa, R. Garuz y A. Brun

**Palabras clave:** Calidad. Planificación. Mejora.

**Objetivos:** Dos años después de realizarse las transferencias sanitarias, el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) cuenta con un Sistema de Calidad donde se han identificado en unos casos, y construido en otros, una serie de elementos. Unos sirven de guía, como la autoevaluación según el modelo EFQM; otros de soporte, como el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD; y otros recuerdan dónde tiene que mejorar SALUD. En este momento, la Dirección de SALUD ha estimado la oportunidad de afianzar su Sistema de Calidad, estableciendo un plan de actuación que contemple cómo sus elementos interactúan para conseguir tres amplias metas: a) mantener y desarrollar un marco de referencia sobre calidad en SALUD, b) garantizar una estructura suficiente para el Sistema de Calidad en SALUD, y c) mejorar SALUD desde la perspectiva sus pacientes, sus personas y sus procesos.

**Métodos:** La elaboración del plan de actuación contempla cuatro fases que conllevan la realización de documentos cada vez más concretos y progresivamente con un mayor nivel de participación tanto de equipos directivos como de profesionales y usuarios mediante técnicas de consenso.

**Resultados:** En su primer documento, el Plan de Actuación 2004-2006 contempla cinco grandes líneas, que se despliegan en catorce áreas de actuación de carácter general, que se concretan con una batería de indicadores y estándares, que implican la consecución de mejoras desde dos puntos de vista: a) mejorar la planificación y gestión que llevan a cargo Direcciones y Gerencias, y b) mejorar la atención y los servicios que los Equipos de Atención Primaria y los servicios o unidades de los Hospitales u otros Centros prestan a sus usuarios. Se identifican además una serie de oportunidades de mejora para el periodo de actuación escogido, de entre las que destacan un reducido número de "actuaciones clave". Además se presentan la estructura organizativa y de financiación del sistema de calidad, más convenientes para apoyar la realización del plan.

**Conclusiones:** La participación en el proceso de elaboración favorece la introducción y/o asentamiento de una cultura de "mejora de la calidad". El Plan de Actuación permite alinear las actuaciones y los objetivos de los distintos elementos del Sistema de Calidad en SALUD, en torno a las actuaciones clave y otras oportunidades de mejora identificadas.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ASC: EXPERIENCIA EN UN SISTEMA SANITARIO PRIVADO****C-140**

R. Delgado, C. Ribó, J. Llobet, S. Abelló, L. Llobet e I. Orce

**Palabras clave:** Gestión; Clínica; Privada.

**Objetivos:** Entidad de seguro libre con 195.000 asegurados. Bases: atención de alto nivel científico y tecnológico, tiquet moderador, autonomía, accesibilidad, pago por acto. La gestión de la calidad se integra en las actividades del día a día con implicación de todos los actores del sistema.

**Objetivos:** *Efectividad:* solución o mejora de los problemas de salud. *Satisfacción:* respuesta a las necesidades y expectativas. *Eficiencia:* idoneidad en la utilización de recursos.

**Métodos:** La estrategia de gestión de la calidad se fundamenta en: *Estructura:* exigencia de titulación oficial a profesionales y certificación de centros. Oferta de 5.000 consultorios y 50 hospitales. Urgencias domiciliarias con 140 médicos y 24 coches. *Satisfacción de los asegurados:* basada en la cogestión. Realización de encuestas de satisfacción periódicas. *Proceso asistencial.* Programa de gestión clínica sustentado en: sistema de información de actividad, comisiones asesoras de especialidades o patologías, protocolos de práctica, "feed-back" sobre actividad a médicos, control de la utilización, estudios de las variaciones de práctica, seguimiento de la idoneidad de las exploraciones y Plan oncológico.

**Resultados:** Inexistencia de listas de espera. Atención de urgencias domiciliarias en 32,5 minutos en la ciudad de Barcelona y 43 en la provincia. Puntuación media de satisfacción 8,4 (escala 0-10). Elementos de mayor satisfacción: profesionalidad y trato personal, amplitud de lista de médicos y rapidez del servicio. Datos de actividad desde 1972. Desde 1998 registro "on line" de actividad asistencial (tarjeta chip-monedero de asegurado). Registro de 2.556.651 transacciones en 2003. Participación de más de 70 médicos del cuadro asistencial en comisiones asesoras. Desde el 2000 elaboración y difusión de 8 protocolos (4 sobre cáncer y 4 sobre métodos diagnósticos), reevaluación, actualización y reedición de uno de ellos. Desde enero 2004 reuniones semanales del comité de enlace de oncología para discutir casos de cáncer notificados: hasta junio se han revisado 290 casos nuevos. Desde hace tres años los 3.500 médicos asistenciales reciben información sobre la actividad realizada y prescrita, comparada con el índice de referencia de la especialidad.

**Conclusiones:** La calidad es una prioridad para las empresas sanitarias. En nuestra entidad es un objetivo integrado en la gestión al más alto nivel. Implicar a los profesionales mejora su percepción y relación con la entidad. La evaluación permite valorar la consecución de los objetivos de calidad de la empresa.

## MESA 21

# Desarrollo e implicación de las personas: clima laboral, satisfacción, etc. (I)

## DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS DOSIS DE VACUNA ANTIGRIPIAL DURANTE LA CAMPAÑA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRESIÓN ASISTENCIAL

**C-142**

M.A. López, F.J. Pérez, J. Zufía, C. Carrera, M. Suárez y E. Alonso

**Palabras clave:** Vacunación, Gripe, Frecuentación.**Objetivos:** La campaña de vacunación antigripal se planifica anualmente para llevarla a cabo en los centros de salud durante los meses de octubre y noviembre.**Objeto:** Describir la distribución temporal (por quincenas) del número de dosis de vacuna antigripal aplicadas durante el periodo de duración de la campaña y su repercusión en la presión asistencial.**Métodos:** *Ámbito y periodo de estudio:* Centro de Salud Los Rosales. Área 11 de AP Madrid (3º trimestre 2003). *Tipo de estudio:* Análisis descriptivo transversal. *Población de estudio:* Total de pacientes inmunizados frente al virus de la gripe durante la campaña 2003.*Material:* Los datos se han obtenido de los listados de declaración vacunal de cada enfermera (Base de datos de la historia clínica informatizada - OMI AP-) y de los indicadores de actividad asistencial individualizados. *Análisis de los datos:* Programa informático Excel.**Resultados:** El 97,3% de las dosis de vacuna antigripal, son administradas en el mes de octubre, mayoritariamente (67,4%) durante la primera quincena. Insertar en este espacio tabla remitida por correo electrónico. Mientras que la presión asistencial media anual por enfermera y día en el Equipo fue de 25 pacientes, en los meses de octubre y noviembre ha sido de 37,3 y 29 respectivamente, lo que supone un incremento del 49,2% y del 16%.**Conclusiones:** La campaña de vacunación antigripal no se desarrolla de manera homogénea durante los dos meses previstos, sino que se realiza casi en su totalidad durante el mes de octubre. Esta distribución produce un notable incremento de la presión asistencial en las consultas de enfermería. Este incremento de la demanda debe ser previsto con anterioridad al inicio de la campaña, organizando las agendas de calidad, de tal modo que, o bien se procure citar a la población a lo largo de los dos meses que dura la campaña, o bien, si se considera que por condicionantes epidemiológicos (incidencia de la gripe) se debe vacunar en un mes, organizar las consultas y el trabajo programado del Equipo para que durante este periodo (1ª quincena de octubre) se priorice la realización de esta intervención.

## INFLUENCIA DE LA DIRECCIÓN POR OBJETIVOS EN LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**C-141**

A. Martín, M.J. Faraldo, M. González-Gallegos, L. Geremías, T. Gozalo y C. Cabezas

**Palabras clave:** Urgencias, Indicadores Calidad.**Objetivos:** Describir la evolución de los indicadores de calidad de un servicio de urgencias y analizar su relación con la dirección por objetivos (DPOs).**Métodos:** Estudio descriptivo. Se revisan indicadores de calidad de Urgencias desde 1994 hasta 2003. Los indicadores utilizados fueron: 1) De 1994 a 1999: Tasa de ingresos y gasto farmacéutico; 2) De 1999 a 2003: Indicadores de frecuentación, proceso y resultados. Se relacionan las influencias y variaciones de los indicadores con los cambios en los objetivos pactados.**Resultados:** Durante el periodo de estudio se pasó de 49.857 pacientes atendidos en Urgencias en 1994 a 79.284 pacientes en 2003. El 79% fueron pacientes del Sergas y el 21% pacientes privados. La media de pacientes/día aumentó de 137 en 1994 a 178 en 1998; y de 179 en 1999 a 217 en 2003. Los objetivos pactados con la Dirección entre 1994 y 1998 fueron la disminución del gasto generado en urgencias y la tasa de ingresos urgentes. El gasto en fármacos y material fungible por paciente atendido fue de 2,60 euros en 1994; 2,65 euros en 1995 y 2,70 euros en 1996. La tasa de ingresos fue de 16,60% en 1994, disminuyendo a 11,42% en 1998. En 1999 se incluyen indicadores de calidad en la DPOs. Se pactan la disminución de los tiempos medios de demora de asistencia y de permanencia en urgencias. Se mantiene como objetivo la disminución de la tasa de ingresos. El tiempo medio de demora de asistencia pasa de 17 minutos en 1999 a 8 minutos en 2003; el tiempo medio de permanencia disminuyó en los primeros años (123 minutos en 1999 a 110 en 2001) pero en 2003 volvió a situarse en 123 minutos. La tasa de ingresos mantuvo la tendencia decreciente, pasando de 12,18% en 1999 a 11,18% en 2003.**Conclusiones:** La Dirección por Objetivos (DPOs) alinea esfuerzos del equipo asistencial para la obtención de unos determinados resultados. Durante los primeros cuatro años analizados se pactan objetivos basados en la contención del gasto y en la disminución de los ingresos urgentes. El servicio alcanzó los dos objetivos pactados durante este periodo: el gasto por paciente estuvo por debajo de 2,74 euros y la tasa de ingresos fue < 12%. En el 2º periodo, se orientan los pactos por DPOs hacia una mejora de la calidad asistencial, incluyendo indicadores de tiempos de demora de asistencia y de permanencia en urgencias a la vez que se mantiene la tasa de ingresos como medida de la eficiencia. Nuevamente el servicio consigue los objetivos pactados: ≤ 15 minutos de tiempo medio de demora de la asistencia, ≤ 120 minutos de permanencia en urgencias y tasa de ingresos ≤ 12%.

## ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS EN EL H. ZUMARRAGA: EVOLUCIÓN DE RESULTADOS TRAS 4 CICLOS 1997-2004

**C-143**

E. Ruiz, O. Moracho, L. Aguirre, R. Valverde, J.I. Landaluze y M.V. Salgado

**Palabras clave:** Satisfacción/personal, Quality-improve.**Objetivos:** Tras cuatro ciclos de encuestas de satisfacción de personas en el hospital de Zumarraga se trata de analizar como las acciones que se han ido tomando en estos años han contribuido a la mejora de los resultados de las encuestas.**Métodos:** Utilizando encuestas usadas y validadas en el ámbito industrial y de servicios, a excepción de la primera realizada en el año 1997 que se confeccionó en el propio Hospital. La información aportada por los profesionales en la encuesta ha servido para detectar áreas en las que existían oportunidades de mejora. Sobre estas áreas se han puesto en marcha acciones y planes de mejora. La efectividad de estas acciones han sido evaluadas sistemáticamente en las siguientes encuestas de personas.**Resultados:** Las áreas de mejora detectadas en las encuestas como mejorables (reconocimiento, comunicación, conocimiento de objetivos, empowerment, sentido de pertenencia, formación) han ido presentando mejores resultados como consecuencia de las acciones realizadas en estos ámbitos.**Conclusiones:** La encuesta de satisfacción de personas aporta información relevante para actuar en la gestión de las personas de la organización. Sirve además para evaluar la efectividad de las medidas adoptadas para mejorar aquellas áreas que en la propia encuesta se detectan como mejorables a tenor de los resultados. Además ayuda a mantener activa la implicación de las personas al solicitar su opinión sobre las cuestiones relevantes en su trabajo.

**MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2000 EN COMPRAS Y ALMACÉN****C-144**

M.A. Aznar, T. Rodríguez, M. Lekuona, M. Aguirre y A. Hernando

**Palabras clave:** Satisfacción, Iso, Almacén.**Objetivos:** Una de las apuestas que ha realizado el Hospital en los últimos años ha sido la de implantar el sistema de gestión de calidad bajo la Norma ISO 9001:2000. Este sistema ha sido aplicado a la gestión de procesos de distinta índole, tanto asistenciales como de apoyo. Desde Junio de 2003 está implantado este sistema de gestión a los procesos de Compras, Suministros y Almacén General. El objetivo ha sido mejorar los procesos en sí mismos para poder satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, (alrededor de 300 habituales). En este caso se trata de clientes internos, haciendo especial énfasis en las Supervisoras de Enfermería y Jefes de Servicio, por ser estos los mayores consumidores.**Métodos:** Una vez implantado de sistema de gestión, se procede al seguimiento del mismo, que se realiza de forma sistemática en las reuniones mensuales del equipo de trabajo. La metodología empleada podría resumirse en los siguientes apartados: a) Seguimiento de los indicadores según la frecuencia de medición establecida y comparación de los resultados con los estándares de calidad establecidos, b) Seguimiento de las incidencias y no conformidades registradas, c) Análisis de los temas tratados en las reuniones mantenidas con Supervisoras y Jefes de Servicio, d) Análisis de las desviaciones y apertura de las Acciones Correctivas y de Mejora derivadas, así como de los resultados de las Auditorias Internas y Externas, e) Seguimiento de los objetivos anuales.**Resultados:** a) El nº de solicitudes incompletas es "0" en estos momentos, habiendo tenido inicialmente una media de 30 al mes, b) El tiempo de respuesta a las solicitudes de nuevo material es inferior a 60 días en el 100% de los casos actualmente, (66% en las primeras mediciones), c) Del total de 3.000 artículos existentes en el almacén el porcentaje por debajo del stock de seguridad se mantiene por debajo el 2% sistemáticamente, d) El nº de "debos" (artículos y clientes no servidos) ha descendido desde 25 artículos y 17 clientes en junio de 2003 a 1 artículo y 1 cliente en abril de 2004, e) El nº de artículos no conformes que implican devolución se mantiene en "0" este año, f) Se han realizado todas las actividades formativas planificadas, g) Se han abierto 6 acciones correctivas, h) Se han registrado más de 100 incidencias.**Conclusiones:** El equipo de trabajo ha intentado sobre todo que cada persona incluida en el proceso de Aprovisionamientos, comprenda la importancia de su trabajo y que no es una célula aislada sino pieza clave de un cuerpo, de un sistema mayor, que finalmente está al servicio del paciente.**DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL A LOS OBJETIVOS DE PROCESO****C-146**

O. Moracho, J.I. Lauzurica, L. Aguirre, E. Ruiz, M.V. Salgado y R. Valverde

**Palabras clave:** Estrategia; Procesos; CMI.**Objetivos:** Poner en marcha un sistema en cascada que desde los objetivos estratégicos del hospital marque los objetivos de los procesos y permita la elaboración de las acciones de gestión y mejora por parte de los gestores de proceso.**Métodos:** El plan estratégico del hospital define los objetivos estratégicos a partir de la misión y la visión. Estos objetivos y los factores clave de éxito para conseguirlos se estructuran en forma de cuadro de mando integral que contiene tanto la importancia relativa de los mismos como los indicadores y objetivos necesarios para la consecución de la estrategia del hospital. La elaboración del plan se realiza mediante reuniones de análisis y consenso con el 25% de los profesionales del centro. Posteriormente el equipo directivo identifica los procesos relevantes para la consecución de cada uno de los objetivos y establece los objetivos para cada proceso y unidad del hospital, tanto en indicadores de actividad como de calidad. En la tercera etapa se consensuan los objetivos con los gestores de proceso y éstos establecen las acciones necesarias para llevarlos a cabo durante el año. El conjunto de los objetivos de proceso constituye el plan de gestión anual que asegura la coherencia y despliegue de los objetivos estratégicos del hospital para cada uno de los líderes y procesos.**Resultados:** Se ha elaborado un plan de gestión anual a partir de los objetivos estratégicos que contiene todos los objetivos de actividad y calidad del hospital, distribuidos en función de los procesos del mismo y estableciéndose las acciones para su consecución por parte de los líderes del hospital.**Conclusiones:** El cuadro de mando integral, su despliegue a procesos y el establecimiento de las líneas de acción por parte de los gestores de proceso constituye una metodología muy potente para el despliegue de los objetivos estratégicos, la coherencia con los procesos del hospital y el empowerment por parte de los gestores de proceso.**PROCESOS DE APOYO: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO: EL PLAN DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL DE BASURTO****C-145**

R. Herrero, M. Latorre, J. Arizabaleta y M. Álvarez

**Objetivos:** El hospital de Basurto en el año 2002 elaboró un Plan de Mejora en la Gestión de las Personas, en el que se priorizaron cinco factores. Uno de ellos fue la información / comunicación. La primera acción a llevar a cabo ha sido la elaboración del plan de comunicación. El objetivo de este trabajo es mostrar la efectividad del proceso de gestión de la comunicación interna en el Hospital de Basurto.**Métodos:** 1. *Evaluación inicial:* a través de una encuesta realizada en el año 2001 al personal del hospital. La encuesta contenía TRES preguntas para valorar la comunicación interna. Cada pregunta constaba de cinco categorías de respuesta. 2. *Priorización/elaboración plan de comunicación:* un grupo de mejora analiza los resultados de la encuesta y propone las líneas básicas del Plan de Comunicación Interna. El Plan se elabora y se implanta. 3. *Evaluación piloto:* se desarrolla en dos fases: Fase 1: se realiza una encuesta telefónica a los mandos intermedios, a los que previamente se había enviado un tríptico con los resultados de la encuesta realizada a los pacientes hospitalizados. Estos debían comunicar esta información a las personas de su servicio/unidad. Fase 2: se realiza una encuesta telefónica a las personas de los servicios/unidades, seleccionando una muestra de cada grupo profesional. 4. *Evaluación final:* para conocer la efectividad del plan de comunicación, se ha realizado una encuesta al personal del Hospital en el año 2003.**Resultados:** Se han definido los procesos de comunicación interna y externa, identificando los canales de comunicación y el público diana. El índice de satisfacción obtenido en el factor comunicación en el año 2001 fue de 2,52 sobre 5. La media general de todos los factores fue de 2,51. A la vista de los resultados se ha modificado el canal de comunicación a través de mandos intermedios. El índice de satisfacción obtenido en el factor comunicación en el año 2003 fue de 2,80 sobre un total de 5. La media general de todos los factores fue de 2,74.**Conclusiones:** 1) Tras la implantación del Plan de Comunicación ha mejorado la valoración del factor información/comunicación. 2) Cuando nos comparamos con otros hospitales generales de la red de Osakidetza, estamos muy cerca del que ha obtenido la máxima puntuación. 3) Es necesario revisar y realizar acciones para aumentar la satisfacción en los grupos profesionales de celadores y servicios generales. 4) El método puede servir para realizar comparaciones con otros centros que no pertenezcan a la red de Osakidetza.**EQUIPOS DE PROCESO: EL CAMINO DEL EMPOWERMENT****C-147**

O. Moracho, J.I. Lauzurica, E. Ruiz, L. Aguirre, M.V. Salgado y R. Valverde

**Palabras clave:** Procesos; Equipos; Empowerment.**Objetivos:** Constituir equipos de proceso multidisciplinares capacitados para gestionar y mejorar de forma continua sus procesos**Métodos:** El hospital utiliza la gestión por procesos desde 1999, habiendo establecido desde entonces la descripción de todos sus procesos y los gestores responsables de su gestión. Como un paso más avanzado en la gestión por procesos se han constituido cuatro equipos de proceso en aquellos macros gestores eran preferentemente directivos del hospital: hospitalización, quirófano, consultas y admisión. Los equipos están constituidos por seis profesionales de distintos estamentos: médicos, enfermería, administrativos y celadores. Tras su constitución han recibido formación específica durante cuatro meses en metodologías de trabajo en equipo, gestión por procesos y resolución de problemas, aplicando de forma práctica sus conocimientos a la descripción y gestión de sus propios procesos. Cada equipo ha revisado y establecido la representación gráfica del proceso, su descripción (límites, clientes y proveedores, indicadores y análisis DAFO) y han priorizado dos acciones de mejora estableciendo un plazo para su consecución. El objetivo de los equipos a medio plazo es adquirir experiencia en el análisis y mejora del proceso para asumir progresivamente la responsabilidad directa de gestionar totalmente su proceso. Así mismo el proyecto comprende la constitución y entrenamiento de otros seis equipos en octubre para completar la gestión de los procesos clave y ampliar el alcance de este sistema de gestión.**Resultados:** Se han constituido cuatro equipos de proceso que han perfeccionado su descripción, han asumido la gestión de sus áreas de mejora y tienen un alto grado de satisfacción por su desempeño.**Conclusiones:** La formación y gestión de equipos exige formación, complementariedad de habilidades y propósitos y tiempo para alcanzar un grado eficaz de funcionamiento. La asunción de la gestión de los procesos por parte de los mismos supone una mayor implicación, una gestión más participativa y eficaz y redundan en una mayor satisfacción de sus componentes y de los profesionales de su proceso.

## MESA 22

# Desarrollo e implicación de las personas: clima laboral, satisfacción, etc. (II)

## PROFESIONALES SATISFECHOS: ¿CUÁLES SON LAS CLAVES?

**C-149**

M. Rodríguez, T. Dierssen, M. Robles, I. Incera, L. Campos y P. Herrera

**Palabras clave:** Calidad-percibida, Satisfacción, Efqm.

**Objetivos:** Identificar factores asociados a la alta satisfacción de los profesionales sanitarios.

**Métodos:** Estudio de corte transversal con obtención de la información mediante la aplicación de un cuestionario de clima laboral. Población de estudio: personal de plantilla del hospital durante el mes de octubre de 2003. La variable dependiente a estudio ha sido la alta satisfacción considerando como tal las puntuaciones superiores al p75 de la distribución en la pregunta relativa a satisfacción general con el trabajo realizado. La alta satisfacción se ha relacionado con características socio-demográficas de los encuestados y con su valoración de los distintos aspectos de la organización recogidos en los criterios 3 (personas) y 7 (resultados en las personas) del modelo EFQM. Para cuantificar el grado de asociación entre variables se ha utilizado el odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). El análisis ajustado se ha realizado mediante regresión logística no condicional.

**Resultados:** El 25% de los trabajadores valoró su satisfacción general con el trabajo realizado con 8 o más puntos en una escala del 0 al 10. La percepción favorable de la formación destaca como la variable organizacional más fuertemente asociada la AS (5,86 [3,00-11,46]) efecto que se mantiene tras el ajuste estadístico, multiplicándola por 5 (OR ajustada = 5,04 IC95% [2,16-11,77]). Le siguen la satisfacción con el reconocimiento del trabajo realizado (OR ajustada = 4,68 IC95% [2,20-10,08]) y la satisfacción con aspectos relacionados con la organización y con la gestión del cambio (OR ajustada 3,80 [1,51-9,53]). Los factores sociodemográficos presentaron menor influencia sobre la satisfacción, sin alcanzarse en ningún caso la significación estadística tras el ajuste.

**Conclusiones:** La alta satisfacción de nuestros profesionales sanitarios resulta fuertemente asociada a la valoración positiva de características propias de la organización. Resulta especialmente relevante el peso que en nuestro estudio tiene la percepción positiva de la formación y el reconocimiento del trabajo realizado, aspecto que contrasta con la escasa implantación en el ámbito sanitario de estrategias planificadas de incentívación y reconocimiento, y que constituye por tanto uno de los principales retos que tienen actualmente los gestores de la sanidad.

## IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS EN UN HOSPITAL

**C-148**

S. Lorenzo, A. Zapatero, V. Castilla y J.A. Álvaro\*

**Palabras clave:** Gestión Por Procesos.

**Objetivos:** A raíz de la autoevaluación en 2002 del centro utilizando como referencia modelo de gestión de calidad de la Comunidad de Madrid (Modelo de Excelencia de la EFQM), y de las áreas de mejora identificadas, nuestro objetivo en 2003 fue desplegar la gestión por procesos en nuestra organización.

**Métodos:** *Ámbito:* hospital de agudos. El proyecto se inició en enero de 2003. Se entiende como proceso el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido. Se clasificaron en tres grupos: estratégicos, operativos y de apoyo. Para describir cada proceso se siguió el orden siguiente: 1. Definición y límites, 2. Identificación de beneficiarios del proceso, describiendo sus necesidades como "salidas" del proceso, e identificando las características de calidad aceptables, 3. Relación de las actividades que se incluyen en el proceso, sus elementos, diagrama de flujo para su representación gráfica, secuencia, entradas y características de calidad, 4. Método de evaluación y de revisión para introducir mejoras en el proceso, incluyendo indicadores y periodicidad de medición, 5. Nombramiento de propietario.

**Resultados:** Se seleccionó un equipo multidisciplinar (gerente, director económico, responsable de enfermería, 8 facultativos y responsable de calidad, al que se sumaron los diferentes grupos de cada proceso), que desarrolló el trabajo de forma consensuada. Se elaboró el mapa de macroprocesos y la matriz de interrelaciones. A partir de ahí se realizó la captación de información para la elaboración del mapa y el inventario de procesos del centro (en el que se han incluido las definiciones de todos los procesos identificados). Posteriormente se realizaron mapas de procesos funcionales en los que se refleja la actividad de cada área del hospital de acuerdo con los diferentes procesos. Se identificaron los procesos clave. Se crearon 20 grupos de trabajo multidisciplinarios para la primera fase y 13 en la segunda, siguiendo la metodología descrita.

**Conclusiones:** Es posible introducir la gestión de procesos en un hospital a través de grupos de trabajo multidisciplinarios.

\*Relación de propietarios I fase: JM de la Morena, R Sacarrega, V Castilla, M Muñoz, F Pérez-Vega, JC Fernández, P Gili, M Pavon, MP Hernández, L Bartual, S Menéndez, R Barba, F Pinedo, P Dhimes, M Nevado, M Argüelles, P Domínguez, F Lacoma, C Rosado, K López-Revuelta, F Ojeda, S Lorenzo, A Zapatero.

## PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE MADRID

**C-150**

E. Bartolomé-Benito, C. Ferrer-Arnedo, M.J. Polo Herrador, F. Saez-Martínez y T. López

**Palabras clave:** Comunicación Interna, Procesos.

**Objetivos:** Definir un sistema de comunicación interno que permita a los profesionales compartir la cultura, los valores, la política y las estrategias de la organización y que canalice el diálogo activo entre todas las personas que la integran.

**Métodos:** Con la evaluación con el Modelo EFQM en el 2003, se priorizó como línea de mejora la comunicación interna entre los profesionales. En Marzo de 2004 se pasó una encuesta de comunicación que identificó que el 30% de los profesionales cree que un elemento facilitador de la comunicación es la mejora de las condiciones y de la organización de ésta y un 50% proponen que la estrategia a priorizar para mejorar la comunicación interna debe trazarse en esos aspectos. Plan de acción del Equipo Directivo: 1) Definir las líneas estratégicas sobre las que trabajar y recogerlas en un Plan de Comunicación Interna, 2) Celebrar unas Jornadas con los Equipos Directivos de los Centros de Salud (21) y Unidades de Apoyo (8) en los que abordar la Comunicación Interna como tema de análisis, 3) Definir y estabilizar los procesos de Comunicación interna.

**Resultados:** Elaboración de un Plan de Comunicación Interna que contiene: Líneas Estratégicas de Comunicación Interna, Mapeado del proceso de comunicación (IDEFO) tomando como referente el modelo EFQM, Cajas del primer nivel: Comunicar la Cultura de la Excelencia, Comunicar la política y estrategia, Establecer un diálogo con los profesionales, Comunicar cambios y mejoras en los procesos, Medir la satisfacción y eficacia de la Comunicación, Canalización del diálogo activo entre los profesionales: Se ha hecho un DAFO de la Comunicación Interna, Se han identificado los mensajes que requieren canalización en los niveles horizontales y verticales de comunicación definiéndose el emisor, canal y receptor, Se han elaborado procedimientos de comunicación de procesos complejos como: Incidencias de Infraestructuras, Compras Menores, Plan de Necesidades, Petición de Permisos Reglamentarios y de Docencia, Facturación a Terceros, Comunicación de Incidencias Informáticas. Se ha definido el papel de la informática en la comunicación: Correo electrónico y portal web.

**Conclusiones:** La elaboración de un Plan de Comunicación es un pilar de la Organización. Su elaboración ha implicado a los Equipos Directivos de los Centros y de Área y a los Responsables de Procesos de las Unidades de Gerencia. Su elaboración ha facilitado el diálogo entre los profesionales (han participado en torno a 100 profesionales).

### SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ARAGÓN

A. Cisneros, N. Enriquez, R. Garuz, D. Judez, R. Sánchez y D. Serrano

## C-151

**Palabras clave:** Investigación Cualitativa, Satisfacción.

**Objetivos:** Conocer el Clima y el Contexto organizacional percibido por los profesionales y gestores de Atención Primaria. Conocer el grado de satisfacción de los profesionales del Salud.

**Métodos:** Se utilizó como metodología cuantitativa y cualitativa. Cuantitativa: un estudio descriptivo transversal realizado a finales del año 2003 en el ámbito de la Atención Primaria (Centros de Salud, Gerencias de Atención Primaria y Dirección Gerencia del Salud). La información se obtuvo a través de un cuestionario previamente validado de Clima, Cultura y Comunicación Interna. Este cuestionario se administró a una muestra de 1.800 personas que representaba a los profesionales que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Aragón Metodología cualitativa: con 13 entrevistas semiestructuradas y 4 grupos de discusión.

**Resultados:** Los profesionales del Salud manifiestan un desconocimiento generalizado de la estructura de la Institución. Cierta confusión del lugar que cada cual ocupa en su estructura e incluso de las funciones que debe desarrollar en la misma. Indefinición de la figura del coordinador, por otra parte muy bien valorado tanto por los profesionales como por gestores. Desproporción entre las tareas y el tiempo disponible para desarrollarlas. Desmotivación del personal.

**Conclusiones:** Ente los profesionales y gestores de atención primaria existe una predisposición a la mejora que en estos momentos puede facilitar el cambio. Hay que establecer con carácter sistemático, información clara de los objetivos y los planes de la Institución a todos los componentes de la misma. Adecuación entre el tiempo disponible y las tareas a realizar lo que conlleva una adecuada distribución del trabajo. Redefinición y potenciación de la figura del coordinador de EAP.

### MIDIENDO EL PRESTIGIO DE LOS CENTROS SANITARIOS A PARTIR DE LAS ELECCIONES DE PLAZAS MIR

B. González y P. Barber

## C-153

**Objetivos:** Las elecciones de plazas MIR responden a distintos factores, entre ellos el "prestigio" de los Centros, servicios y especialidades, y la localización de las plazas. El "prestigio" de un Centro responde a la imagen colectiva de "calidad". En este trabajo medimos comparativamente el "prestigio" de cada uno de los Centros acreditados para la docencia MIR a partir de los datos de las elecciones de plazas de la última convocatoria.

**Métodos:** Datos de las plazas MIR elegidas en la última convocatoria: orden de elección de plaza (Centro y especialidad) y localidad de residencia del elector. Especificamos y estimamos un modelo para datos ordinales, tipo ANOVA, con dos factores (Centro y especialidad), y una covariable de control (localidad de residencia). El modelo cuantifica el "prestigio" de cada Centro y las preferencias medias por cada una de las especialidades. Mediante modelos de regresión exploramos los factores asociados al prestigio de los Centros (tecnología, tamaño, peso docente, índices de casse-mix, carftera de servicios, etc.)

**Resultados:** Se presentarán resultados detallados (tablas) en la sesión del congreso.

**Conclusiones:** 1) A pesar del discurso "primarialista", las elecciones de los MIR señalan sin ambigüedad que las especialidades hospitalarias son fuertemente preferidas. Las plazas de MFC quedan entre las últimas en orden de preferencias, 2) La localización es un fuerte determinante de las elecciones. Aunque el sistema MIR es de ámbito nacional y se asume un mercado único, en la práctica con frecuencia las elecciones se circunscriben a la ciudad o a la Comunidad Autónoma de residencia, 3) El "prestigio" de los Centros está asociado a determinadas características medibles (tamaño, complejidad, tecnología), pero hay determinantes del prestigio que responden a factores no medidos.

### PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE OPINIÓN DE PACIENTES

A. Villanueva, M. Cervera, V. Sauri, J.J. Mira, V. Pérez-Jover y O. Tomas

## C-152

**Palabras clave:** Encuestas, Satisfacción, atención

**Objetivos:** Experiencia de tres años en la realización de encuestas de opinión de pacientes en la Comunidad Valenciana con el objetivo de identificar "pistas" útiles para la gestión del Plan de Humanización y su despliegue en los centros.

**Métodos:** Encuesta anual con selección de la muestra mediante estratificación por centro/área, asegurando un error prefijado. 11 formatos adaptados a la práctica asistencial (teoría de la "confirmación de expectativas"). Tres tipos de preguntas: Escala Satisfacción/Calidad Percibida (escalas respuesta diferentes según frecuentación), Informe de paciente (para identificar cumplimiento de objetivos calidad del PH) y Preguntas de Reconocimiento que identifican áreas de mejora. Índice de Satisfacción calculado conforme a  $IS = (\text{valor}-1)/4$ .

**Resultados:** 90.372 encuestas válidas. *Calidad Información:* 57% informados normas funcionamiento centro y derechos y deberes (ingresos no programados reducen probabilidad ser informado p 20 mn); 79% recibe respuesta a su queja en menos 30 días; 37% identifican mejoras en trato, 27% en aspectos organizativos, 26% en información, 20% en medios técnicos y 15% en el confort de las instalaciones. *Calidad Instalaciones, Organización y Confort:* 64% eligen menú (no elegir asociado a quejas calidad comida p < 0,0001); 84% acompañados en Urgencias (46% acompañantes informados tiempos de espera); 44% pudo elegir día y hora de consulta; solo 3% declaran problemas por carencia pañales; 60% ven salas espera pediatría AP adecuadas niños/as. *Confianza en Sistema Sanitario y profesionales:* Más del 80% en CE y AP no desean cambio de médico; 81% recomendaría Urgencias y más del 93% hospitales a otros pacientes. IS resultado de la atención 7,1.

**Conclusiones:** La combinación de diferentes enfoques de investigación permite conocer percepciones y nuevas necesidades de los pacientes. Información, atención personal y resultado asistencial han sido señalados como puntos fuertes por los pacientes. Determinados aspectos organizativos y condiciones de confort son identificadas como áreas de mejora.

### COMUNICACIÓN INTERNA Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE 4 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

J.C. March, M.A. Prieto, M. García e I. Bilbao

## C-154

**Palabras clave:** Comunicación Interna, Satisfacción.

**Objetivos:** Analizar la relación existente entre la satisfacción laboral de los profesionales que trabajan en centros de atención primaria en España y la calidad de la comunicación interna que se establece en estos centros. Estudia cómo la existencia de mejores cauces de comunicación en el seno de estas organizaciones está vinculada a mayores niveles de satisfacción laboral del personal médico, de enfermería y administrativo.

**Métodos:** Se combinó una metodología cualitativa y cuantitativa. Se realizaron 16 entrevistas semi-estructuradas a profesionales del sector sanitario de Atención Primaria de los servicios sanitarios de 4 CC.AA, que fueron sometidas a un análisis de contenido. Además, se realizó un cuestionario autoadministrado por vía postal. Se aplicó un diseño muestral aleatorio simple para cada una de las tres categorías profesionales consideradas: médicos y pediatras, personal de enfermería y personal no sanitario; obteniéndose así tres muestras independientes en cada Servicio de Salud representativas de cada categoría profesional. Las tasas de respuesta obtenidas se encuentran en torno al 50% en las 4 CCAA (Andalucía, País Vasco, Canarias y Madrid). Para el análisis de los datos se ha realizado un análisis univariante y un análisis bivariante, de comparación de medias por medio del test "t de Student" y ANOVA.

**Resultados:** Se puede constatar que la variable satisfacción laboral está asociada con la percepción del profesional respecto a la "Calidad de la información" en el centro, con un nivel de significación del 0,000. Tras el análisis de las asociaciones existentes entre las variables independientes edad, sexo, antigüedad laboral, y condiciones laborales (plaza de trabajo en propiedad o interinidad), se puede observar que ninguna de estas variables explica mejor los niveles de satisfacción laboral que se pueden encontrar en los centros de atención primaria estudiados. A mayor grado de satisfacción laboral, se produce un notable incremento de la percepción positiva con respecto a la "Comunicación interpersonal con los Jefes de Unidad y Coordinadores o Responsables de Centro" y "Comunicación que se establece con dirección, área, distrito o gerencia de la comarca".

**Conclusiones:** La percepción del funcionamiento de la comunicación interna de la organización por parte de los profesionales se presenta como una variable capaz de explicar los niveles de satisfacción laboral de los profesionales del sector en mayor medida que otras variables socio-laborales.

## MESA 23

# Orientación al cliente. Atención sociosanitaria

### NECESIDADES SOCIO SANITARIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

C-156

M.A. Márquez, O. Sabartés, M.J. Robles, M. Arellano,  
M. Garreta y A.M. Cervera

**Palabras clave:** Agudos. Recurso Sociosanitario.

**Objetivos:** Describir el perfil del paciente de la UGA según el recurso sociosanitario precisado al alta.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una UGA. Se recogen las siguientes variables: destino al alta, convivencia, situación funcional previa y al alta (índice de Barthel (IB) y de Lawton), estado mental (test de Pfeiffer), comorbilidad (índice de Charlson) y riesgo de ulceración (índice de Norton).

**Resultados:** Se valoraron 159 pacientes. Destino al alta: domicilio 66%, exitus 14%, unidad de media estancia 6%, unidad de larga estancia 6%, unidad de paliativos 3% y fueron institucionalizados el 6%. Los pacientes que precisaron unidad de media estancia presentaban IB previo de 81,7 y al alta de 34,8, Pfeiffer de 2,5, Charlson de 2,7, Norton de 15,2 y el 75% vivían solos. Los que precisaron unidad de larga estancia presentaban IB previo de 30,7 y al alta de 8,8, Pfeiffer de 7, Charlson de 1,8, Norton de 9,7 y, únicamente, el 33% vivían con la familia. Los que precisaron residencia presentaban IB previo de 61,7 y al alta de 43,5, Pfeiffer de 5,2, Charlson de 2,1, Norton de 12,8 y el 83% vivían solos. Los que precisaron unidad de paliativos presentaban IB previo de 13 y al alta de 0, Pfeiffer de 8,5, Charlson de 3 y Norton de 12,8.

**Conclusiones:** El paciente que precisa ingreso en unidad de media estancia presenta dependencia previa leve, descenso superior a 40 puntos del IB durante el ingreso, sin deterioro cognitivo o deterioro leve, elevada comorbilidad y vive predominantemente solo. El paciente que precisa ingreso en unidad de larga estancia presenta dependencia previa severa, deterioro cognitivo moderado, escasa comorbilidad pero elevado riesgo de úlceras y mayoritariamente vive solo o está previamente institucionalizado. El paciente que precisa residencia presenta dependencia previa moderada, descenso leve del IB durante el ingreso, deterioro cognitivo moderado, escasa comorbilidad, bajo riesgo de úlceras y mayoritariamente vive solo. El paciente que precisa ingreso en unidad de paliativos presenta dependencia previa severa, pérdida total de la capacidad funcional durante el ingreso, deterioro cognitivo severo y elevada comorbilidad.

### ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN RECURSOS SOCIO SANITARIOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

C-155

J. Sánchez, J. Garcés, F. Ródenas y V. Sanjosé

**Palabras clave:** Calidad, Indicadores, Residencias.

**Objetivos:** En este trabajo la Unidad de Investigación "Polibienestar" (Universitat de València - Estudi General) presenta los resultados más significativos de una investigación sobre calidad asistencial en residencias para personas mayores de la Comunidad Valenciana. El estudio se enmarca en el Plan de Mejora Asistencial de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana y ha contado con la financiación de la Administración Local. Los objetivos son: a) Analizar el nivel de calidad asistencial de las residencias para personas mayores, y b) Diseñar y aplicar un sistema de gestión de la calidad que permita mejorar la asistencia sociosanitaria que reciben sus usuarios, la cualificación de sus profesionales y la satisfacción de los familiares.

**Métodos:** Se trata de un estudio empírico que utiliza metodología cuantitativa y cualitativa. El instrumento de análisis utilizado ha sido el "Cuestionario de Análisis Inicial de la Calidad Asistencial" (CAI-CR). A través del mismo se evalúan 33 indicadores organizados en cuatro dimensiones: atención a la persona, relaciones y derechos de los usuarios, entorno y servicios hoteleros y, organización. Las técnicas metodológicas utilizadas han sido tres: a) Entrevistas con informantes clave, b) Observación directa, c) Análisis (identificación y revisión) documental.

**Resultados:** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el nivel de calidad asistencial de las residencias evaluadas no alcanza los mínimos propuestos por la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. Tres son los puntos susceptibles de mejora en las residencias evaluadas: a) La sistematización de las actuaciones sociosanitarias, b) La potenciación y consolidación de una cultura de trabajo interdisciplinar, c) El fomento de la formación continua de los diferentes profesionales.

**Conclusiones:** La aplicación de un sistema de gestión de la calidad evidencia las carencias asistenciales y posibilita la implementación de estrategias de mejora continua en el medio residencial.

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: OPINIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

C-157

J.C. March, M.A. Prieto, M. Escudero, A. Suess, E. Cabeza y A. Pallicer

**Palabras clave:** Tca, Expectativas, Tratamiento.

**Objetivos:** El aumento de prevalencia de los TCA en las últimas décadas apunta hacia la necesidad de desarrollar estrategias de abordaje desde el sistema sanitario que incluyan la perspectiva de los principales actores sociales implicados. Objetivo: conocer sus opiniones y expectativas sobre prevención y tratamiento de los TCA.

**Métodos:** Se realizaron 5 grupos focales (con familiares, jóvenes, profesionales del ámbito sanitario y educativo, representantes de instituciones y asociaciones) y 14 entrevistas semiestructuradas (con pacientes de TCA y familiares) en dos comunidades autónomas españolas. En el guión utilizado, se preguntó a los/as participantes por su opinión sobre los factores causales de los TCA, fortalezas y debilidades actuales de prevención y tratamiento en los ámbitos educativo, familiar, asociativo y sanitario, lo mejor y lo peor de la atención recibida, así como expectativas de cambio, medidas que pondría en marcha y propuestas de mejora. Se hizo un análisis de contenido una vez transcritas las cintas grabadas y se trianguló por parte de cuatro de los investigadores del equipo.

**Resultados:** La falta de conocimiento y sensibilización sobre los TCA en el ámbito educativo y sanitario, la escasez de programas transversales y la insuficiente coordinación entre las diferentes instituciones se nombran como las principales debilidades de los programas de prevención actuales evaluándose de forma positiva los programas pilotos interdisciplinarios que fomentan un acercamiento de los profesionales sanitarios a los espacios educativos. Como demandas prioritarias se pide una mayor dotación de recursos humanos y materiales, un aumento de cobertura de servicios especializados, el fomento de formación específica y la mejora de coordinación. Respecto a la prevención se resalta la preferencia de un abordaje inespecífico de la temática para impedir comportamientos de imitación entre la población joven. La atención en Hospitales de Día se considera como una de las modalidades de tratamiento más adecuadas a las características de la enfermedad, valorándose el efecto potencialmente terapéutico de un contacto entre afectados/as. El movimiento asociativo, el ámbito de la educación y la familia se nombran como otros pilares importantes en un abordaje multidisciplinar de la enfermedad demandándose el desarrollo de programas conjuntos.

**Conclusiones:** La discusión de diferentes enfoques psicoterapéuticos, el papel de las asociaciones en el circuito asistencial, así como el seguimiento post-hospitalario se identifican como cuestiones abiertas a futuras investigaciones.

### PACIENTES DEL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO (ASS) Y DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DE SALUD MENTAL (MILLE): CON VOZ PROPIA

## C-158

M. Artigas, H. Aguado, A. Ribalta y R. Suñol

**Palabras clave:** Satisfacción, Entrevista, Estancias.

**Objetivos:** 1) Diseño de instrumentos de medida de satisfacción de pacientes institucionalizados no agudos de las líneas de compra de servicios de ASS y de MILLE en la sanidad pública catalana. 2) Obtención de resultados globales de satisfacción de dichos pacientes sin distinción de proveedores del servicio.

**Métodos:** Investigación cualitativa mediante grupos focales y entrevistas in situ, pre-test de comprensión, validación (alfa de Cronbach y aplicación de análisis de componentes principales para identificar factores agrupadores de ítems-preguntas), con un estudio piloto y post-encuesta a la población residente en los centros con contrato de servicios con el CatSalut. Entrevista cara a cara con entrevistador. Aplicación de criterios de exclusión para asegurar capacidad de respuesta. Muestreo aleatorio de casos previstos. Entrevista a prácticamente el 100% de población entrevistable tras la aplicación de criterios de exclusión. En MILLE  $n = 829$ ; 72% de la población prevista y en ASS:  $n = 2050$ ; 66% de la población prevista. Modelos de regresión logística múltiple para determinar predictores de satisfacción.

**Resultados:** Obtención de 2 cuestionarios propios del CatSalut (ASS y MILLE) disponibles próximamente para los proveedores de estos servicios. Agrupación en cuatro factores relevantes para los pacientes ASS (atención médica, apoyo y confianza, confort y comunicación) y en cinco para MILLE (los mismos tres primeros más referentes del tratamiento farmacológico y la relación entre pacientes) Valoración global de satisfacción en ASS  $8,3 \pm 1,8$  y de  $7,5 \pm 2,5$  en MILLE. Los principales predictores de satisfacción son "sentirse en buenas manos", determinante en un 39,3% de la satisfacción general en socio-sanitario, y de un 16,9% en salud mental; "atención y trato del personal de enfermería", muy relevante en el caso de pacientes socio-sanitarios: 47,1%, 15% en salud mental; y "no aburrirse" en caso de salud mental (16,4%). La "adecuación y mantenimiento de las instalaciones" contribuye en un 17,3% de la satisfacción global en salud mental.

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones del estudio por el elevado número de exclusiones, debido al deterioro de las funciones cognitivas que presentan los pacientes, disponemos del mayor volumen de información en primera persona obtenido hasta ahora en nuestro país. Permite incluir la voz del paciente en la evaluación de la compra de servicios, tal como viene haciéndose en otros ámbitos sanitarios. Es necesario complementarlo con estudios de referentes familiares en nombre de quienes no pueden responder.

### UTILIZACIÓN DEL QFD PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A INMIGRANTES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

## C-160

J.M. Mena, C. Albeniz, A. Brezmes y M. Lobete

**Palabras clave:** Qfd, Inmigrantes, Primaria.

**Objetivos:** Elaborar, utilizando la metodología del despliegue funcional de la calidad QFD un plan de intervención sanitaria que reduzca desigualdades en población inmigrante de riesgo social en un área urbana de Madrid, identificando los recursos disponibles y priorizando las acciones en función de las necesidades reales de esta población.

**Métodos:** Búsqueda y análisis de bibliografía Identificación de población en riesgo de exclusión social en el área. Se selecciona el colectivo de inmigrantes sin papeles Mediante entrevistas semiestructuradas a inmigrantes en situación de exclusión social y a profesionales de ONGs se obtuvieron los requerimientos de los clientes principales. También se identificaron las expectativas y necesidades de los profesionales sanitarios de nuestro área a través de la participación en varios grupos de trabajo y el análisis de documentos elaborados por médicos y enfermeras de nuestros centros de salud El Desarrollo de la Matriz QFD se realizó en varias fases: Definición de los requerimientos de los clientes. Ponderación de su importancia Identificación de los procesos que intervenían en nuestro servicio Grado de relación entre necesidades y procesos de servicio. Evaluación competitiva, desde el punto de vista de los clientes, de la atención primaria en los centros de salud frente a ONGs y otros dispositivos. Identificación de los puntos críticos de mejora Mediante matrices de correlación identificación de las acciones de mejora prioritarias. Presentación de conclusiones. Propuestas de intervención y acciones concretas.

**Resultados:** Los puntos críticos identificados fueron los relacionados con: Información comprensible. Derecho a asistencia completa. Buen trato. Sentimiento de igualdad. Atención si no me puedo desplazar al centro. La utilización de la metodología QFD identificó acciones de mejora prioritarias orientadas a: Información específica para estos colectivos. Educación para la Salud. Coordinación con otras instituciones. Mejorar la asignación de tarjeta sanitaria. Atención a urgencias Derivación hacia recursos sociales. Captación de personas que no acceden al sistema. Se diseñaron y evaluaron indicadores para medir el impacto de dichas acciones.

**Conclusiones:** La atención a población inmigrante precisa desarrollar programas y actividades específicos QFD es una herramienta potente que permite traducir las necesidades de los clientes al lenguaje de la organización Su utilización nos ha permitido priorizar acciones concretas teniendo en cuenta las demandas propias de este colectivo.

### ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

## C-159

A. Ferrer

**Palabras clave:** Inmigración, Atención Sanitaria.

**Objetivos:** Estudiar la atención sanitaria a la población inmigrante en el hospital (3 centros) Fundació Althaia durante el año 2003. Comparar con años 2002-2003. Analizar la estructura demográfica, edad, procedencias etc. de dicha población, detectar las diferencias, si las hay, con la población autóctona atendida durante el mismo período en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, a partir de las altas hospitalarias halladas en el Sistema Asistencial, correspondientes a los años 2002-2003. *Variables obtenidas:* código cip, provincia de nacimiento del paciente, edad en el momento del alta, estancia media, especialidad que da el alta, fecha del alta. Descriptivos y tasa bruta de mortalidad (%). Variables del Registro hospitalario de partos del Hospital Sant Joan de Déu. Comparar actividad con años previos. Medir características de las madres, características de los partos, mal control embarazo (Si/No).

**Resultados:** En el año 2003 la atención al inmigrante representó un 3% de las 27.624 altas. En el 2002 fue un 1,3% de 27.979 altas. Hay más mujeres, razón 1,8/1, a diferencia de los pacientes españoles, razón (1,06 mujeres/1). La media de edad de los inmigrantes es: 37,47 años (IC 95%: [36,12-38,8]) y es inferior a la media de edad de los españoles (55,24 años, IC95%: [55 a 55,5]). El 34,7% de las altas (288) son Obstétricas en inmigrantes en 2003, seguidas por las altas en especialidades quirúrgicas. Las especialidades médicas son las terceras en frecuencia. Datos similares en año 2002. En la población nacional, el 17% de las altas del 2003 se dieron en Medicina, el 16,8% de altas en Trauma y el 12% en Cirugía. La estancia media (EM) fue de 5 días (IC 95%: 4,4 a 5,5) en los inmigrantes algo menor a los 5,8 días en pacientes nacionales. Tasa de mortalidad inmigrantes = 1% De 1162 nacidos, 23,5% son hijos de inmigrante (2003). 274 mujeres inmigrantes en 2003, 181 en 2002, el 66% son magrebies, el 70% de los partos eutócicos, menos instrumentación y menos cesáreas. Dificultades en el control 21% inmigrantes frente a 2% españolas.

**Conclusiones:** Población inmigrante atendida está formada por adultos jóvenes (entre 15 y 50 años, media de edad mucho menor al paciente nacional), más mujeres, predomina la causa obstétrica de la atención, con partos menos complicados a pesar de peor control.

### MEJORA DEL NIVEL DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES DE LAS COMARCAS DE TARRAGONA

## C-161

P. Espelt, I. Ferre y W. Badia

**Palabras clave:** Adolescente, riesgos, conductas.

**Objetivos:** Conocer la percepción de problema de salud relacionado con las conductas de riesgo que tienen los adolescentes escolarizados de la provincia de Tarragona Mejorar los hábitos saludables adquiridos en la etapa de la adolescencia en los jóvenes escolarizados en el territorio, aumentando la accesibilidad.

**Métodos:** Planificación del servicio de prevención y asesoramiento en 28 centros educativos públicos de la provincia de Tarragona. *Definición de criterios:* accesibilidad, eficiencia, confidencialidad, respuesta a la demanda de los adolescentes, padres y profesores. Integración la atención de enfermería desde el equipo de Atención Primaria en los Institutos de Educación Secundaria de la demarcación. Análisis de los resultados y planificación de las intervenciones, adecuándolas a la percepción de salud.

**Resultados:** Total consultas: 1897. Hechas por alumnos: 1620, padre/tutor: 190, educador: 65, otros: 22. Sesiones específicas a demanda de alumnos y/o educadores: 110. Motivos más frecuentes: Sexualidad 390, nutrición 212. Motivos menos frecuentes: Malos tratos 12, alcoholismo 13.

**Conclusiones:** El conocimiento de la percepción de salud que tienen los adolescentes, permite adecuar la estrategia y la prioridad de las intervenciones. Para las enfermeras es importante contar con una eficiente red de soporte y formación "a medida", adaptados a los requerimientos de los jóvenes Para conseguir mejorar los aspectos relacionados con los hábitos saludables y generar percepción de problema de salud relacionado con situaciones de riesgo, hacen falta nuevas estrategias La aceptación del servicio ha sido muy alta tanto por los alumnos, como profesores o padres.

## MESA 24

# Orientación al cliente. Otros ámbitos y servicios

### ESTUDIO DE LAS LLAMADAS RECIBIDAS EN EL SUMMA 112: INFORMACIÓN SANITARIA Y CONSEJO MÉDICO

**C-163**

M. Morcillo, C. Jiménez, M.L. Galiano, A. Miquel, I. Cornejo y J. Mayol

**Palabras clave:** Consejo-médico, Evaluación, Calidad.

**Objetivos:** Analizar la demanda asistencial resuelta desde el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del SUMMA 112 como consejo médico, identificando los motivos, valorando el tiempo de atención y valorando alternativas para su optimización.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo y retrospectivo. Población de referencia: total de la Comunidad de Madrid. Se incluyen todas las llamadas atendidas en el SUMMA 112 durante el año 2003 en las que la solicitud inicial del alertante ha sido la petición de información sanitaria y/o consejo médico, así como las que la resolución final del médico coordinador ha sido consejo médico. Análisis de datos: SPSS 11.0.

**Resultados:** Total de llamadas recibidas en 2003: 1.138.783. Llamadas codificadas inicialmente como petición de consejo médico: 119.036. Tiempo medio total de la llamada: 9' 53". Tiempo medio de atención del teleoperador: 1' 53". Tiempo medio de espera teleoperador-médico: 6' 37". Tiempo medio de atención del médico: 1' 45". Llamadas codificadas inicialmente como petición de información sanitaria: 89.097. Tiempo medio total de la llamada: 1' 28". Llamadas resueltas mediante consejo médico: 127.852. Motivos iniciales de llamada: consulta médica sin especificar (33,32%), consulta farmacológica (26,37%) y reiteración por cambio de síntomas (8,65%). Un 64,11% de las llamadas codificadas como consulta médica o farmacológica se resuelve como consejo médico. Un 32,25% precisa valoración médica. Tiempo medio total de la llamada: 9' 46". Tiempo medio de atención del teleoperador: 1' 55". Tiempo medio de espera teleoperador-médico: 6' 05". Tiempo medio de atención del médico: 1' 56". Todos los tipos de llamadas tienen un pico invernal y en fines de semana. Disminuyen durante la noche.

**Conclusiones:** Se detecta la necesidad de establecer la demanda real de los motivos de consulta. Es necesaria la disminución del tiempo de espera teleoperador-médico. Se requerirá formación específica en Pediatría y patologías respiratorias agudas y crónicas. Un 64,11% de las llamadas podrían gestionarse de otra manera, ya que son llamadas que entran y salen del sistema como consulta o consejo. Propuesta: separación del consejo médico en el árbol de decisión (será desarrollada en la presentación).

### DISEÑO DE UN PROGRAMA DE DISMINUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE MUTUA UNIVERSAL

**C-162**

S. Váscos, J. Beltran e I. Carvajal

**Palabras clave:** Satisfacción, tiempo espera.

**Objetivos:** En Mutua Universal existe un compromiso con la mejora continua de los servicios asistenciales, nuestra política viene marcada por un enfoque a la satisfacción del paciente. Mejorar en conjunto el proceso asistencial en nuestro centro puede presentar numerosas dificultades prácticas al aplicarse a un centro en el que se llevan a cabo numerosos procesos tanto asistenciales como administrativos con requisitos de calidad muy diferentes; por eso es preferible seleccionar algo que queremos que se haga especialmente bien o que es inadmisiblemente que se haga mal. En este trabajo se ha diseñado un programa de mejora de la calidad asistencial incidiendo sobre la disminución de los tiempos de espera para la visita médica, marcando como objetivo un tiempo de espera inferior a 15 minutos, con el que intentamos aumentar la satisfacción del paciente.

**Métodos:** Elaboración de un ciclo de mejora continua de la calidad, aplicándolo a los pacientes atendidos en el centro Madrid Rosario de Mutua Universal en Enero de 2004. A continuación se puso en marcha la implementación de las medidas correctoras durante Marzo de 2004 y reevaluación de los resultados obtenidos.

**Resultados:** En la evaluación inicial, tras el análisis del problema, se objetivó que un 64,52% (66,77%-61,32%) de los pacientes esperaban más de 15 minutos para la visita médica. Tras el análisis y discusión de los datos se diseñó una intervención (cambios en el sistema de citación, cambios en la organización de la consulta e información al paciente) que se implanta durante el mes de Marzo de 2004, objetivándose una disminución del número de pacientes que esperan más de 15 minutos, siendo un 32,7% (35,7%-29,7%).

**Conclusiones:** Tras la realización del ciclo de mejora, proceso en el que ha intervenido todo el equipo del centro (médicos, DUES, administrativos) y la aplicación de las medidas correctoras surgidas tras la evaluación, hemos comprobado que se ha conseguido disminuir el número de pacientes que esperan más de 15 minutos. En esta mejora ha influido, sobre todo, la aplicación de cambios en el sistema de citación; se ha tenido especial cuidado en no duplicar pacientes en la misma hora y se ha aumentado el intervalo entre pacientes a 20 minutos. También se ha trabajado en la información al paciente insistiendo sobre todo en que deben respetar las horas de citación. Esto supone una mejora de la calidad asistencial y un aumento de la satisfacción del paciente, pero no es el final sino el principio de un proceso que nos hace entrar en la dinámica de la calidad, una dinámica cambiante, continua, llena de implicaciones, sin final, etc.

### HACIA UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**C-164**

M.J. Litran, R. Ibáñez, N. Sánchez, M. Cortés, I. Calvo y V. San José

**Palabras clave:** Recursos Humanos, Mejora.

**Objetivos:** Se realiza un proceso de análisis y propuesta de mejora de procesos administrativos y de gestión cuyos objetivos eran: *En el ámbito externo:* a) Mejorar la comunicación y accesibilidad de trabajadores y responsables con el departamento, b) Facilitar la continuidad y seguimiento de los procesos administrativos, c) Aumentar la capacidad de respuesta y eficacia. *En el ámbito interno del departamento:* a) Mejorar la motivación, incentivar el trabajo en equipo y promover la actualización de conocimientos, prescindiendo de las rutinas.

**Métodos:** 1ª fase: Análisis de la situación Calendario de trabajo (2 reuniones semanales durante 3 meses) se utilizaron diferentes metodologías: brainstorming, matriz DAFO, 2ª Fase: Propuesta de reordenación. *Área de mejora:* a) las gestiones administrativas que constituyeran un único proceso se agruparían en un solo puesto de trabajo. b) cada servicio tendrían un gestor personalizado que sería el referente de todos los procesos. c) la redistribución de tareas suponía que diferentes miembros del equipo debían ser formados para poder asumirlas. 3ª fase: *Implementación* Se realizó un seguimiento intensivo de los cambios organizativos, para proponer los ajustes necesarios y recoger las sugerencias, quejas o propuestas por parte de los clientes del Departamento.

**Resultados:** Tras un año del cambio organizativo, se ha procedido a un análisis de aspectos cuantitativos y cualitativos: 1) se ha realizado una encuesta a los clientes que ha sido contestada en el 78% de los casos, recorrido de la variable 0-10, en la que valoran la mejora de la accesibilidad en 8, la mejora de la continuidad y seguimiento en 7, el aumento de la comunicación entre los clientes y el departamento en 8, el aumento de la agilidad en las gestiones en 8, las oportunidades de mejora en 9. 2) se ha disminuido el tiempo medio entre la fecha de firma del contrato y fecha de inicio de éste (de  $-1 \pm 2,2$  días a  $+2 \pm 2,5$  ( $p = 0,003$ )) 3) se ha disminuido el período entre la fecha de solicitud y entrega de documentos se ha pasado de  $14,2 \pm 4,3$  días a  $1,8 \pm 2,3$  ( $p = 0,00$ ), 4) se han mejorado otro tipo de procesos (bolsa de trabajo, gestión de las sustituciones, plannings horarios).

**Conclusiones:** El análisis del período analizado en el que se ha puesto en marcha la reordenación de circuitos y procesos ha dado lugar a una mayor satisfacción de los clientes y profesionales. Ha aumentado la capacidad resolutoria del Departamento y se ha detectado nuevas oportunidades de mejora dado que se ha mejorado el conocimiento de la organización.

**SACYL, UN PASO ADELANTE EN MEJORA CONTINUA: CARTAS DE SERVICIOS AL CIUDADANO****C-165**

M.S. Palenzuela, M. Calvo, M. Robles, M.T. Vázquez, J.M. Hernández y F. Uribe

**Palabras clave:** Cartas Servicios, Mejora-continua.**Objetivos:** Las cartas de Servicios al Ciudadano informan a los ciudadanos sobre los servicios prestados por los órganos administrativos, unidades y centros, sobre los derechos de los ciudadanos y usuarios de los servicios públicos. Dentro del marco de la Mejora Continua y Gestión de la Calidad de los Servicios, pretendemos describir el modelo asumido por la Dirección General de Desarrollo Sanitario (Gerencia Regional de Salud SACYL) para acercar la Administración a los ciudadanos con la implantación de Cartas de Servicios. Evaluar la monitorización trimestral de los indicadores sobre compromisos de calidad asumidos por los Servicios incluidos en el cuadro de mandos.**Métodos:** 1ª fase (2003) Inicio: La Secretaría General comunica a la Dirección General de Calidad de los Servicios el inicio del proceso. Elaboración: Constitución de grupo de trabajo. Desarrollo de reuniones. El contenido se estructura en siete apartados: datos identificativos, funciones y competencias, derechos de los ciudadanos y usuarios, disponibilidad de acceso al libro de iniciativas y reclamaciones, Compromisos de calidad, forma de participación, referencias. 2ª fase (2004) Aprobación: Orden del Consejero de Presidencia y Administración Territorial publicada en Boletín Oficial de Castilla y León (12/24 Marzo 2004). Divulgación: Edición y distribución. Seguimiento: A partir de los estándares definidos se determina el grado de consecución de los compromisos. Actualización de cuadro de mando.**Resultados:** Se han editado 20.000 cuadrípticos divulgativos de las cartas correspondientes a los Servicios de Inspección, Coordinación Asistencial, Programas Especiales, Emergencias, Coordinación Autonómica de Trasplantes, Centro Regional de Medicina Deportiva, Tecnologías de la Información, Sistemas de Información, Evaluación y Estadística, Infraestructuras Telemáticas. El cuadro de mandos está integrado por 59 indicadores (accesibilidad, coordinación...). Durante el primer trimestre de seguimiento se ha alcanzado el 44% del cumplimiento anual.**Conclusiones:** El desarrollo de las Cartas de Servicios ha posibilitado el acercamiento de la Dirección General a los usuarios. La monitorización trimestral de los compromisos de calidad permite el diagnóstico de la situación alcanzada y la identificación precoz de oportunidades de mejora.**PLANIFICACIÓN, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA PÁGINA WEB DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS****C-167**

J.C. López Robledillo, M. Menéndez y T. Isasia

**Palabras clave:** Internet, Pediatrics, Hospital.**Objetivos:** 1) Planificar y desarrollar una página web para el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. 2) Evaluar el sitio desarrollado.**Métodos:** 1) Identificación de clientes potenciales y sus necesidades. 2) Estudio de sitios web hospitalarios. 3) Elección de la plataforma tecnológica adecuada a nuestras necesidades y posibilidades. 4) Elaboración de criterios e indicadores para su evaluación. 5) Desarrollo de la solución. 6) Mantenimiento adaptativo y evolutivo. 7) Evaluación.**Resultados:** 1º Se identificaron los siguientes clientes principales: 1) Pacientes y familiares, 2) Profesionales, 3) Proveedores, 4) Público en general y otros. 2º Se realizó un diseño lógico estructural que garantizara un aspecto visual agradable combinado con unos contenidos útiles o satisfactorios de fácil acceso. 3º Se eligió como plataforma un estándar abierto en cuanto a los sistemas operativos (Linux), servidores web (Apache) y a los lenguajes de programación (PHP, MySQL, Javascript, HTML, XML). 4º Se elaboraron indicadores: *Cuantitativos:* a) Número de actualizaciones, b) Número de visitas, c) Páginas servidas. *Cualitativos:* a) Número de certificaciones de contenido, b) Número de certificaciones de calidad de programación y accesibilidad. 5º El desarrollo de la solución lo realizó la Unidad de Informática del Hospital contando con la colaboración del Coordinador de Calidad. Es destacable que todos los servicios, secciones y unidades participaron en la implantación. 6º El mantenimiento se realiza continuamente por parte del personal de la Unidad de Informática. 7º Número de actualizaciones en el periodo Marzo 2003 - Marzo 2004: 1.135 en 186 días de cambio de 223 días hábiles (6 actualizaciones por día de cambio, 5 actualizaciones por día laboral hábil); Numero de visitas: 102.372; Número de páginas servidas: 427.789; Páginas por visitante: 4; Certificaciones obtenidas: HON-Code: Health on the Net Foundation Code of Conduct, pWMC: Proyecto Webs Médicas de Calidad, Web Médica Acreditada, W3C WAI-AAA: Nivel Triple-A de Conformidad con las Directrices de Accesibilidad para el Contenido Web, Bobby AAA: Nivel Triple-A de Conformidad Web Bobby.**Conclusiones:** El sitio web (<http://www.hospitalninojesus.com>) se ha desarrollado por nuestra Unidad Informática siguiendo las directrices del equipo directivo y del coordinador de calidad sin afectarse por conflictos de interés y contando con la participación activa de todos los servicios, secciones y unidades. Los indicadores elaborados nos permiten monitorizar el estado del sitio web, para propiciar su mejora continua.**ANÁLISIS ETNOGRÁFICO DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN SANITARIA POR LA POBLACIÓN SAHARAUI DISCAPACITADA****C-166**

A. Pallarés, M. Ponsa y M. Camps

**Palabras clave:** Calidad Percibida.**Objetivos:** Determinar la opinión, expectativas y necesidades de la población saharauí ante la atención sanitaria pública marroquí a partir de una experiencia de cooperación socio-sanitaria en una Asociación de Apoyo a disminuidos psíquicos y físicos**Métodos:** *Diseño:* prospectivo basado en metodología cualitativa y técnicas de investigación-acción. *Instrumentos:* entrevistas semi-estructuradas de final abierto y grupos focales dirigidos a conocer las opiniones y expectativas sobre las diferentes dimensiones de la calidad asistencial. *Población:* Cuarenta participantes voluntarios reclutados desde la Asociación de Apoyo a Personas Discapacitadas (A.D.A.P.H) de Laâyoune (Marruecos). *Análisis estadístico:* todos los registros de audio y las anotaciones de campo fueron transferidos a formato electrónico y analizados mediante el programa de análisis semántico Berta pack®.**Resultados:** Los participantes representan una población socialmente frágil que en el 40% de los casos no tiene acceso al sistema sanitario público marroquí. Entre los que pueden acceder la opinión respecto a dicho sistema evidencia la percepción de escasa eficacia de la atención primaria, sensación de inseguridad durante el ingreso hospitalario y escasa posibilidad de comunicación con los profesionales sanitarios. El 75% de los participantes utilizan medicinas tradicionales para solucionar sus problemas de salud. Las expectativas de los entrevistados se centran en acceder en, caso de necesidad, a los centros sanitarios privados o al sistema de salud español, con mayor prestigio entre la población.**Conclusiones:** En las condiciones del estudio, la población saharauí valora el sistema de salud público marroquí como poco accesible y de escasa eficacia y seguridad, resolviendo sus necesidades sanitarias con métodos de medicina tradicional.**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA CONSEJERÍA BRINDADA DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, SEGÚN USUARIOS VARONES HOMOSEXUALES DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO****C-168**

G. Carreño-Provoste

**Palabras clave:** Evaluación, Consejería, Usuarios.**Objetivos:** El objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de la atención de la consejería brindada desde programas de VIH/SIDA del Sistema Público de Salud, en opinión de usuarios varones homosexuales del Hospital Dr. Sótero del Río. (Santiago de Chile).**Métodos:** La calidad de la atención fue operativizada a partir de cinco categorías dignificación, competencia técnica, vínculo interpersonal, potenciación de comportamientos saludables y conciencia y ejercicio de derechos. Estas categorías fueron tomadas de un estudio realizado por Matamala y Cols, el año 1995. De este modo, el diseño metodológico contempló el desarrollo de dos etapas. En la primera de ellas, y a través de diez entrevistas, los propios usuarios actuaron como jueces expertos que validaron estas cinco categorías. A partir del análisis de contenido de estas entrevistas en términos de las principales frecuencias de respuesta, se elaboraron entonces indicadores de calidad de atención los cuales fueron utilizados posteriormente. En la segunda etapa esos indicadores se incorporaron a un cuestionario de características dicotómicas, para facilitar su análisis, y el cual fue aplicado a una muestra de 26 usuarios del programa lo cual posibilitó la evaluación propiamente tal de la calidad de la atención.**Resultados:** Los resultados señalan que la categoría que resultó peor evaluada es competencia técnica, relacionada con las subcategorías proporcionar información acorde a la situación, potenciar el desarrollo de habilidades y responder a las demandas psicológicas de los usuarios. En tanto, la categoría mejor evaluada es la de vínculo interpersonal, integrada por las subcategorías relación horizontal con el usuario y ser sensible a los afectos y emociones de los consultantes.**Conclusiones:** A la luz de la evaluación es necesario potenciar en el espacio de la consejería la responsabilización del usuario por el cuidado de su salud a partir planes personalizados, incorporar la perspectiva del sufrimiento psicológico en la gestión de la consejería, mejorar las intervenciones de corte familiar, visibilizar la relación consejero- usuario como una herramienta de prevención en sí misma y mejorar los mensajes de control relacionados a la disposición de la terapia antiretroviral. Asimismo es necesario articular una metodología centrada en el cliente en base a la cual evaluar y monitorear el proceso de atención.

## MESA 25

# Orientación al cliente. Satisfacción (I)

### IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA EN EL HOSPITAL NIÑO JESÚS

C-170

J. López Robledillo, I. Carrera, I. García, M. Valderrama, P. Lorenzana y L. Madero

**Palabras clave:** Transplantation, Qualitative Research.

**Objetivos:** 1) Identificar necesidades y expectativas de pacientes trasplantados de médula ósea, para mejorar su calidad de vida durante el tiempo de relación con el Hospital. 2) Elaborar un cuestionario para la monitorización de las áreas de mejora identificadas.

**Métodos:** Se seleccionaron los 25 primeros pacientes que fueron sometidos a un Transplante de Médula Ósea en el año anterior a la celebración de las entrevistas. Mediante la metodología "La Voz del Cliente" se identificaron las necesidades y expectativas de los clientes. La sistemática se aplica a través de entrevistas abiertas individuales. Las propias entrevistas ayudan a determinar mejoras y oportunidades de aprendizaje para la propia metodología.

**Resultados:** 1) Se identificaron un conjunto numeroso de requisitos asistenciales y no asistenciales que se agruparon en categorías o dimensiones: *Accesibilidad:* su hijo es atendido a la hora que le citan, los voluntarios están a disposición de los familiares etc. *Comunicación:* los médicos explican la enfermedad a su hijo de forma que la pueda entender, los médicos explican a los familiares la enfermedad de forma que puedan entender, el médico transmite a los familiares la confianza adecuada etc. *Competencias:* su hijo tiene profesores acordes a su edad escolar, el personal del hospital tiene la capacitación adecuada para realizar su trabajo, etc. *Capacidad de Respuesta:* su hijo, es atendido por el personal médico en el momento en que lo solicita, el personal médico proporciona tratamiento adecuado para calmar el dolor cuando su hijo lo necesita, etc. *Cortesía:* la acogida a su hijo es cálida en el ingreso, el personal del hospital es atento y amable con su hijo etc. *Tangibilidad:* las habitaciones están libres de malos olores, la higiene se mantiene de las habitaciones de los pacientes, los familiares pueden descansar junto a su hijo en una cama o lugar cómodo, etc. 2) Se elabora un cuestionario para la monitorización periódica de las necesidades y expectativas que se presenta en la comunicación.

**Conclusiones:** 1) La investigación cualitativa permite la obtención de información útil y válida sobre las necesidades y expectativas de los clientes principales de trasplante de médula ósea en el Hospital del Niño Jesús: los niños y sus familiares. 2) Dado que las necesidades y expectativas son cambiantes se requiere su monitorización periódica mediante cuestionarios que se deben elaborar en gran medida con datos obtenidos mediante investigación cualitativa previa.

### CALIDAD PERCIBIDA: RESULTADOS DE 2 AÑOS DE UN PROGRAMA DE ANALGESIA POSTOPERATORIA

C-169

B. Valentín-López, P. Aparicio, J.M. Muñoz, J.L. Herreras, J. Díez y J. García-Caballero

**Palabras clave:** Calidad Percibida. Encuesta-satisfacción.

**Objetivos:** La calidad percibida constituye uno de los indicadores clave de evaluación del programa de analgesia postoperatoria puesto en funcionamiento en el Hospital La Paz a finales del año 2001. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de la calidad percibida en un programa de actuación frente al dolor postoperatorio en los 2 últimos años.

**Métodos:** La calidad percibida se evalúa mediante una encuesta anónima. Se recogen los datos sociodemográficos de los pacientes (sexo, edad, estudios, ocupación y hospitalización previa) y las diferentes dimensiones de la calidad percibida en la atención del dolor postoperatorio: información recibida, competencia profesional, trato asistencial, y calidad global. Las escalas empleadas son numéricas de 0 a 10 o de Likert de 5 categorías dependiendo de las variables. Se procedió a analizar la evolución de los resultados de satisfacción en los 2 años de estudio, según los indicadores y estándares propuestos en la fase de diseño, con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Se recogieron 1.067 encuestas de pacientes incluidos en el programa de analgesia postoperatoria; un 56% (602) en el año 2002 y un 44% (465) en el 2003. La edad media es de 54,5 años (DE: 16,0 años), siendo el 51% hombres y el 49% mujeres. No se han encontrado diferencias en las características sociodemográficas en los dos años de estudio. Más de un 75% de los pacientes afirmaron haber recibido información sobre el tratamiento del dolor. Un 63% de los pacientes valora la información recibida de la atención del dolor como mejor o mucho mejor de lo esperado en el año 2003, mientras que en el 2002 es del 45%, ( $p < 0,001$ ). Un 89% de pacientes presentan alivio del dolor con analgesia (EN < 4), cifra similar en ambos años. La satisfacción con el trato del dolor recibido fue evaluada en un 77% como mejor o mucho mejor de lo esperado en 2003 frente a un 71% en el 2002, ( $p < 0,001$ ). Un 85% de los pacientes recomendarían sin dudarle (EN = 10) la atención del dolor en el 2003 frente al 75% del año anterior, diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los resultados de la encuesta reflejan la consecución de los estándares de calidad en la atención del dolor postoperatorio. Se observa un incremento significativo en la valoración de la información y el trato recibido de un año respecto al anterior. La satisfacción del paciente con la atención recibida es muy alta. Puntos clave a mejorar son la comunicación con el paciente y la capacidad de respuesta.

### LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN. ENCUESTA 2003

C-171

M.A. García-Orea, J.C. García-Aisa, A. Brun y R. Garuz

**Palabras clave:** Satisfacción Mejora Primaria.

**Objetivos:** Conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios de atención primaria y sus expectativas prioritarias, con el fin de detectar las principales áreas de mejora.

**Métodos:** Se ha utilizado, con mínimas variaciones, el cuestionario aplicado anteriormente por INSALUD en el que se explora el grado de acuerdo con una serie de afirmaciones medidas en la escala de Likert, añadiendo una pregunta abierta (Imagine un centro de salud perfecto, ¿me puede decir tres características del mismo?). Se diseñó un muestreo bietápico, con los centros de salud como unidades primarias, y estratificado por sector sanitario. Los cuestionarios fueron cumplimentados mediante entrevista personalizada a la salida de los centros. Se realizaron 2.600 entrevistas en 91 puntos de muestreo.

**Resultados:** La valoración media, en la escala 1 a 5, de los principales apartados es: Limpieza y señalización del centro 4,6. Obtención de cita 3,9. Personal administrativo 4,1 a 4,3. Tiempo de espera para entrar en consulta 3,3. Médicos 4,7 a 4,8. Enfermería 4,8. Especialistas 3,9 a 4,2. Atención domiciliaria 4,8. Atención en urgencias 4,5 a 4,6. Satisfacción global 4,5. Las tres características más esperadas de un centro de salud "perfecto" son: accesibilidad, amabilidad y capacitación profesional.

**Conclusiones:** 1) En conjunto, los resultados pueden considerarse positivos ya que el 87,3% de los usuarios están satisfechos con la atención recibida. 2) El mayor nivel de satisfacción se produce en relación con el personal, sobre todo enfermería, medicina de familia y pediatría. 3) Los aspectos menos valorados son los relativos a accesibilidad (tiempo de espera para entrar en consulta, llamadas telefónicas para obtener cita, elección de hora de consulta, etc.), especialmente en los sectores con predominio de zonas urbanas. 4) Las expectativas de los usuarios también apuntan, en primer lugar, hacia unos servicios de atención primaria accesibles, con facilidad y agilidad en la obtención de citas, flexibilidad de horarios, y, además, el acceso directo y sin esperas a atención especializada. Es, por tanto, en el área de la accesibilidad donde se detectan las principales oportunidades de mejora. 5) A partir de ahora, sería conveniente mejorar el formato y la metodología aplicada, manteniendo las preguntas que mejor resumen la valoración global de la atención recibida y profundizando en las expectativas prioritarias; también convendría obtener información específica por centro de salud y monitorizar indicadores sensibles con mayor frecuencia.

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO DEL HOSPITAL DE DÍA PARA IDENTIFICAR PROCESOS DE MEJORA. 1999-2003**

**C-172**

G. Flores, I. Sampedro, M.F. Fernández-Miera, D. Pérez, J. Trujeda y P. Sanroma

**Palabras clave:** Evaluación, Información, Expectativas.

**Objetivos:** Cuantificar la calidad percibida por el usuario del Hospital de Día Mérdico (HDM) e identificar sus expectativas. Detectar problemas del procedimiento asistencial e introducir acciones para la mejora continua de los resultados.

**Métodos:** Anualmente, desde 1999, se ha enviado a los pacientes un cuestionario con 22 preguntas que recogen aspectos relacionados con trato, tiempo de espera, información recibida, confort y cumplimiento de sus derechos. Se han analizado los resultados a modo de indicadores, monitorizando su evolución de manera que se puedan establecer cada año cambios en la organización. Se evalúa una muestra de 160 pacientes, calculada para un tamaño poblacional de 2.600 pacientes/año, índice de participación en torno al 30%. Soporte informático SPSS.

**Resultados:** Índice participación 36%, edad 57 años, 65% oncohematológicos. Se ha actuado en cinco campos de mejora: 1) Conocimiento existencia HDM: reportaje prensa y TV local, correo a Servicios y creación de página web, que permitió pasar del 61% al 75%. 2) Grado de información; inicialmente 74% pacientes consideraba tener bastante o mucha información, se alcanza 94,8% en base a programación de sesiones formativas anuales en atención al público y técnicas de comunicación, junto a entrega de díptico informativo el primer día. 3) Demora en administración del tratamiento: el análisis anual de causas y la reorganización del circuito Consultas-Farmacia-HDM, con cambios en la programación, han mejorado del 80% al 88% de tratamientos administrados a su hora (objetivo 90%). 4) Identificación del personal: placa identificativa de fácil lectura (42% pasa al 58%; objetivo 70%). 5) Derechos del paciente: difusión de deberes y derechos con carteles informativos. El 100% de pacientes cree respetados sus derechos y volverían al HDM, ninguno manifiesta haber recibido información o trato deficiente (previamente 9,7%). La última evaluación indica como aspecto sujeto a intervención incrementar la participación del paciente en su proceso asistencial: aumentar índice de participación en encuesta difundiendo resultados, realizar encuesta de expectativas a usuarios y Asociaciones e implementar la "entrevista del primer día".

**Conclusiones:** Evaluar la calidad percibida por los clientes externos nos ha permitido identificar los problemas a la vez que planificáramos la mejora continua de los resultados. Aumentar la participación del usuario en el proceso asistencial sugiere una nueva línea de actuación en el HDM.

**PARTICIPACIÓN NO SOLICITADA DE LOS USUARIOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: LAS RECLAMACIONES DE 5 AÑOS**

**C-174**

J.C. López Robledillo, F. Blanco y M. Rigabert

**Palabras clave:** Pediatric, Hospital, Complaints.

**Objetivos:** Evaluar las reclamaciones realizadas en los últimos 5 años en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús para detectar oportunidades de mejora en la asistencia sanitaria.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de las reclamaciones realizadas en los últimos 5 años en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Las reclamaciones formuladas se agrupan tanto por tema como por división, área funcional y servicio reclamados. Se estudia la distribución de frecuencias tanto mensual como anualmente en las diferentes agrupaciones realizadas.

**Resultados:** 1) En los 5 últimos años se han realizado 1.724 reclamaciones, apreciándose una notoria tendencia al alza (incremento del 114% en 5 años). 2) La frecuencia de reclamaciones atendiendo al mes del año sigue una distribución bimodal: los meses en que se producen mayor número de reclamaciones son marzo y diciembre y los que menos abril, julio y agosto. 3) La división que mayor número de reclamaciones recibe es la del personal facultativo (62%), seguido a distancia por contratas, personal de enfermería, administrativos y otros. La tendencia al alza se mantiene a lo largo del tiempo. 4) las áreas más reclamadas son las de consultas (44,8%), urgencias (25,7%) y hospitalización (9,9%). 5) Los servicios con más reclamaciones fueron los servicios centrales (constituidos mayoritariamente por las urgencias) que recibieron el 42,7% de las mismas. 6) Los temas o aspectos más reclamados son la demora asistencial, déficits en organización y normativa, disconformidad asistencial, trato personal inadecuado, suspensión de actos y extravío de objetos.

**Conclusiones:** Las reclamaciones constituyen una forma de participación de los usuarios en el rediseño y mejora de los servicios asistenciales cuando el centro las tiene presentes para elaborar y desarrollar planes de acción. La tendencia al alza de las reclamaciones es un dato que se considera positivo en nuestra organización. Lógicamente las áreas más reclamadas son las relacionadas con la asistencia médica sobre todo si esta es urgente, los temas más demandados sobre los que más se debe incidir son la demora en la asistencia, la organización y el trato interpersonal. El análisis agregado de las reclamaciones en nuestro hospital permite la monitorización de la calidad asistencial que debe incorporarse de forma sistemática en los centros sanitarios asistenciales.

**PROCESO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL CIUDADANO EN ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA CONJUNTA DE DOS ÁREAS DE SALUD**

**C-173**

A. Franco, M. Díaz, T. García, M.J. Álvarez, T. Manteca y L. Hevia

**Palabras clave:** Gestión Por Procesos.

**Objetivos:** Diseñar el proceso de Atención e Información al Ciudadano (PAIC) en Atención Primaria (AP) en dos Áreas de Salud.

**Métodos:** Se constituyó un grupo de trabajo de profesionales de dos Áreas de salud formado por auxiliares administrativos, personal directivo, apoyo institucional (Consejería de Salud) y apoyo técnico. Este grupo de encarga de la definición de la misión, clientes, límites y subprocesos (o actividades) de cada proceso (o subproceso). Cada uno de los integrantes del grupo se encargará, con profesionales de los Equipos, de desarrollar cada de los procedimientos, buscando la mayor implicación de la organización. Se realizan también grupos focales con líderes de opinión de la ciudadanía de ambas áreas para perfilar la misión de cada proceso y subproceso.

**Resultados:** Se define la misión (atender a los ciudadanos que acceden a la AP, informarles y resolver sus necesidades no clínicas, orientarles y ayudarles en su itinerario por el sistema sanitario así como conocer sus opiniones, necesidades y expectativas) visión y valores, clientes y límites del PAIC. Dentro de éste se definen cuatro subprocesos: accesibilidad, participación ciudadana, gestión administrativa, gestión de documentación clínica. Para cada uno de ellos se definieron la misión, los clientes, los límites y los subprocesos que los constituían, perfilándose éstos con metodología IDEFO. A continuación se recogen los diferentes subprocesos definidos en cada apartado. **Participación ciudadana:** Gestión de quejas y reclamaciones, Gestión de sugerencias, Gestión de felicitaciones, Consejo de Salud, Encuestas de satisfacción o de expectativas y necesidades. **Accesibilidad:** Citaciones e Información al Ciudadano. **Gestión administrativa:** Tramitación de tarjeta sanitaria, Reintegro de gastos, Asistencia a personas sin recursos, Cargos a terceros, Partes al juzgado, Transporte sanitario. **Gestión de Documentación Clínica:** Tratamiento de la historia clínica, Recetas de tratamientos crónicos (OMI), Buzón de recetas, Visados de inspección, Partes de ILT.

**Conclusiones:** La metodología de Gestión por Procesos parece una forma válida en AP para establecer la secuencia de actuaciones, decisiones, actividades y tareas a desarrollar en relación con la Atención e Información a los Ciudadanos. Permite la orientación de la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios y la participación estructurada de los profesionales implicados. El trabajo coordinado de 2 áreas ha permitido un proceso de aprendizaje que ha sido valorado como muy positivo.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD NO PERCIBIDA POR EL USUARIO A TRAVÉS DE LAS RECLAMACIONES. ESTUDIO COMPARATIVO**

**C-175**

L.A. Ávila, F.J. Lucas-Imberón, J.L. Monreal, J.A. Requena, P. Domínguez y G. García

**Palabras clave:** Reclamaciones; Calidad Percibida.

**Objetivos:** *Objetivo general.* Analizar las reclamaciones realizadas por los pacientes atendidos en el CHUA en los últimos tres años. *Objetivos concretos:* 1) Estudiar los puntos débiles de la organización y asistencia sanitaria del CHUA a través de las reclamaciones. 2) Evolución de las mejoras.

**Material:** Reclamaciones presentadas por escrito en el Servicio de Atención al Paciente y Reclamaciones de CHUA.

**Metodología:** *Tipo de estudio:* Descriptivo y analítico comparativo del registro de las reclamaciones presentadas por escrito en el Servicio de Atención al Paciente y Reclamaciones de CHUA durante los años 2001, 2002 y 2003. *Datos:* a) Distribución de las reclamaciones por motivos de quejas y por servicios. b) Actuaciones de mejora: Plan Especial de listas de espera; conciertos con otros centros; Plan de acogida; Privatización de Servicios de Archivo. *Método estadístico:* Descripción de las variables cualitativas y cuantitativas. Análisis comparativo mediante  $\chi^2$ ; nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Motivo de quejas:

Años	Proceso administrativo	Infraestructura	Trato personal	Información clínica proceso	Centros concertados	Extravío de documentos y objetos
2001	1145	95	152	81	28	262
2002	615	112	135	81	60	129
2003	693	106	163	67	93	89

$\chi^2 = 158,86$ ; p

Año	Servicios y departamentos	Médicos	Urgencias	Servicios centrales	Admisión archivos	Varios Gerencia
2001	1207	85	79	253	115	24
2002	718	78	57	128	149	2
2003	792	102	47	104	146	20

$\chi^2 = 74,24$ ;  $p < 0,05$  ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** 1) Las reclamaciones disminuyen al inicio de las actuaciones de mejora pero se estabilizan sin proseguir el descenso. 2) Las quejas sobre infraestructuras y la información clínica del proceso se mantienen. 3) El extravío de documentos y objetos disminuye. 4) Las quejas de Urgencias aumentan y las de Servicios Centrales y Servicio de Admisión y Archivos disminuyen, manteniéndose las de varios.

## MESA 26

# Orientación al cliente. Satisfacción (II)

### VALIDACIÓN DEL MODELO DE ENCUESTA SERVQHOS PARA PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDADES DE ALTA PRECOZ

**C-177**

M. Mohedo, G. Ramos y M.J. Castro

**Palabras clave:** Patient Participation Multivariate.**Objetivos:** Analizar si los modelos de encuesta de satisfacción al usuario posquirúrgico usados en el sector pueden extenderse a unidades de alta precoz.**Métodos:** Estudio transversal de pacientes operados en el Hospital, encuestas remitidas por correo utilizando Modelo SERVQHOS a pacientes de ingreso tradicional y usuarios de CMA con 4 variables añadidas. Var.1 Nivel de Satisfacción sobre la atención recibida tras operación por parte de los profesionales sanitarios fuera del Centro: escala habitual del modelo. Respuesta SI NO en: Var. 2 En caso de tener que operarse en otra ocasión ¿prefiere que sea de esta forma siendo dado de alta el mismo día de la intervención. Var.3 Recomendaría a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica con el alta el mismo día de la intervención?. Var.4 Tuvo miedo o preocupación por marcharse a su casa tras la intervención?. **Población:** Total de Pacientes intervenidos de Artroscopia de Rodilla en 2 meses. *Nº de individuos:* 197: 101 usuarios de ingreso tradicional y 96 de C.M.A. Índice de respuesta: 54 (27,4%) Procesamiento: SPSS para Windows V.10.0.7: Análisis univariante y multivariante; en el multivariante se estudiaron las correlaciones de Pearson, análisis factorial, KMO, prueba de Bartlett, matriz antiimagen y análisis de componentes principales.**Resultados:** La valoración media de las variables de calidad objetiva y subjetiva de SERVQHOS oscila en niveles +-5% entre ambos usuarios igual que en el indicador de satisfacción global. Los coeficientes de Pearson para alta precoz presentan una correlación significativa entre las variables 2, 3 y 4 introducidas en el modelo, respecto a la información que los médicos proporcionan, no estando ninguna de estas 3 correlacionadas con el índice de satisfacción global del usuario. Valor KMO del modelo = 0,863. Del análisis factorial se obtienen 4 componentes principales. Las variables integrantes de la primera y tercera, guardaron paralelismo con la clasificación de variables de calidad objetiva y subjetiva del modelo inicial. La 2ª componente quedó integrada por el nivel de satisfacción global, la Información que los médicos ofrecen, la Información que los médicos dan a los familiares y el Tiempo de espera para ser atendido por un médico quedando aislada en el cuarto factor la facilidad para llegar al hospital.**Conclusiones:** Se aspira a un modelo de satisfacción del usuario válido para alta precoz e ingreso tradicional a partir de SERVQHOS. La preferencia del usuario por la unidad de alta precoz depende estrechamente de la información que los médicos ofrecen y no así del resto de variables.

### CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO DE UN HOSPITAL DE SEMANA

**C-176**

M.L. Misas, M.F. Fernández-Miera, R. Oloriz, Y. San José, M. López y F. Ordóñez

**Palabras clave:** Evaluación Satisfacción Información.**Objetivos:** Tras la fase de implantación de la Unidad de Corta Estancia Programada en nuestro hospital, denominada Hospital de Semana (HS), era imprescindible conocer la opinión del usuario sobre la calidad del mismo antes de plantear acciones de mejora al respecto.**Métodos:** *Población a estudio:* Total de altas del HS durante 2003. *Herramientas utilizadas:* a) Encuesta con 15 ítems sobre 3 aspectos fundamentales: 1. Grado de información del usuario, 2. Trato profesional y humano recibido, 3. Confort durante su estancia; b) Sugerencias expresadas en la encuesta o a través del Servicio de Atención al Paciente. Se obtuvo una muestra significativa de forma aleatoria, con una tasa prevista de contestación del 30-40%, una seguridad estadística del 95%, una precisión en la estimación del 10% y una proporción prevista de respuestas favorables en cada ítem de al menos un 60%.**Resultados:** Total de altas 2.427. Encuestas enviadas 260. Encuestas contestadas 104, en el 84,6% casos por el propio paciente. Media de edad 58,95 años. Un 54,8% varones. Un 57,7% no sabía de la existencia del HS antes de ingresar en él. Un 20,2% no expresó el Servicio que indicó su ingreso en el HS. Un 41,3% no conocía el tiempo aproximado que iba a estar ingresado. Un 87,5% no conocía el nombre de las enfermeras que le atendieron. Un 5,8% fue informado mal-regular por las enfermeras durante su estancia. Un 4,8% no recibió suficiente información en el momento del alta sobre los cuidados en su domicilio. Un 99% considera que las enfermeras tardaron poco-muy poco en atender sus llamadas. Un 98,1% piensa que las enfermeras le atendieron bien-muy bien. Un 4,8% consideró regular la atención médica cuando la necesitó. Un 98,1% consideró bueno-muy bueno el trato del personal no sanitario. Un 11,5% permaneció en el HS más tiempo del previsto. Un 4,8% consideró regular la limpieza de la habitación. Un 6,7% se sintió muy poco-poco cómodo en el HS. Un 99% consideró respetados sus derechos como enfermo. El 99% ingresaría de nuevo en el HS. Un 40,4% escribió sugerencias, resumiéndose en 18 agradecimientos, 12 peticiones de mejoras y 10 quejas. El Servicio de Atención al Paciente remitió sugerencias de 29 pacientes, en las que se expresaban 22 agradecimientos, 6 peticiones de mejoras, 6 quejas y 1 reclamación oficial.**Conclusiones:** Es necesario implementar acciones que mejoren la información que recibe el usuario antes y durante su estancia en el HS. Existe así mismo margen suficiente para elevar el grado de confort percibido por el usuario durante su estancia en el HS.

### ¿ESTÁN RELACIONADAS LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU PERCEPCIÓN DE SALUD?

**C-178**

S. Lorenzo, J.J. Mira, M. Bacigalupe, C. Silvestre, O. Moracho, J. Aranaz y E. Manresa

**Palabras clave:** Satisfacción, Catarata, Calidad vida.**Objetivos:** Analizar las interrelaciones entre satisfacción del paciente y percepción de salud, resultado de la intervención y experiencia de dolor y ansiedad asociados al tratamiento.**Métodos:** Se realizó una encuesta a los pacientes intervenidos de cataratas durante el primer semestre de 2002 en 6 hospitales públicos de diferente ámbito (Álava, Alicante, Guipúzcoa, Madrid, Navarra). Se enviaron 2187 cuestionarios por correo que incluían: encuesta de satisfacción y de calidad de vida relacionada con la salud. Escalas utilizadas de 1 a 5 (excepto salud percibida de 0 a 100).**Resultados:** 799 pacientes intervenidos de cataratas contestaron la encuesta (38%). 52% mujeres. La satisfacción media fue de 4,38 puntos (IC 95% 4,32-4,44), resultado de la intervención 4,09 puntos (IC 95% 4,03-4,15), percepción de salud 69,52 puntos (IC 95% 68,02-71,02). La satisfacción, la valoración del resultado, la información antes de la intervención, la amabilidad y la percepción de salud se mostraron significativamente relacionados ( $p < 0,001$ ). Influyen en la satisfacción, así como experimentar ansiedad ( $p < 0,001$ ), recuperar actividades cotidianas ( $p < 0,001$ ), incremento de movilidad ( $p < 0,001$ ) y una mejor percepción del estado de salud general ( $p < 0,001$ ). La Satisfacción Global de los pacientes en función de las variables que ellos consideran más importantes, para evaluar el proceso quirúrgico al que se someten es de 4,60 a nivel general, incluyendo los 6 centros evaluados. Los factores que determinan el nivel de satisfacción son: en primer lugar, "La información sobre la intervención", seguido de "los resultados de la intervención", "la amabilidad recibida por el personal", y "la percepción de la salud" (salud de hoy).**Conclusiones:** La satisfacción del paciente parece una medida útil para valorar el resultado de las intervenciones quirúrgicas al asociarse a la utilidad percibida por el paciente de dichas intervenciones.

## PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES RESPECTO A LA ATENCIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA

F. Álvarez, A. Pallarés, M. Duch, G. Carrasco y C. Humet

C-179

**Palabras clave:** Satisfacción, Atención Especializada.

**Objetivos:** Identificar las preferencias de los pacientes respecto a las dimensiones del proceso asistencial de un hospital general.

**Métodos:** *Diseño:* prospectivo con técnica de análisis de las encuestas de satisfacción de los pacientes de un hospital privado de tercer nivel durante los años 2002 y 2003. *Variables:* Treinta y nueve ítems relativos a comunicación, interacción paciente-profesionales, atención clínica, atención en los procesos de soporte y atención administrativa. Criterios de evaluación de las respuestas: escala de Likert de 1 (deficiente) a 5 (excelente) puntos. *Tamaño de la muestra:* Estimación de Fleiss. *Análisis estadístico:* Asociación de las variables categóricas con la insatisfacción calculada usando test de la chi<sup>2</sup>. Estimación de las variables categóricas mediante odds ratio univariante (OR) y los intervalos de confianza (CI95%). Las variables significativas se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariante para calcular OR ajustadas. Cada modelo incluyó variables demográficas, ingresos previos y tipo de proceso. Nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 21% ( $n = 5.221$ ). Aunque el nivel de satisfacción global fue muy alto ( $4,51 \pm 1,00$  puntos), el 12% de los encuestados expresó insatisfacción respecto al proceso administrativo de ingreso y alta y el 10% en relación a la alimentación. Las dimensiones de la asistencia más valoradas (prioritarias) fueron la atención clínica y la comunicación con los profesionales sanitarios mientras que las menos valoradas fueron las relacionadas con procesos de soporte administrativo. Las dimensiones clave de la atención que se correlacionaron con puntuaciones máximas de satisfacción fueron la percepción de la calidad de la atención clínica ( $4,59 \pm 0,80$  puntos;  $r^2 = 0,69$ ,  $p = 0,003$ ) y la comunicación con los profesionales ( $4,70 \pm 0,72$  puntos;  $r^2 = 0,71$ ,  $p = 0,001$ ). Tras el ajuste por covariables se observó correlación entre menor satisfacción y: edad entre 45 y 60 años (OR 3,4; IC95% 3,1-4,9), reingreso (OR 2,6; IC95% 2,1-3,7) y proceso quirúrgico electivo (OR 2,2; IC95% 2,0-3,3).

**Conclusiones:** En las condiciones del estudio, las preferencias de los pacientes se orientan hacia la interacción con los profesionales especialmente hacia la buena comunicación que valoran más que incluso la propia atención recibida. El perfil del paciente menos satisfecho es de mediana edad que reingresa para un procedimiento quirúrgico electivo.

## ¿SON DISTINTOS LOS PREDICTORES DE SATISFACCIÓN POR LÍNEA DE SERVICIO SANITARIO, EN CATALUÑA?

M. Artigas, H. Aguado, A. Ribalta y R.M. Saura

C-181

**Palabras clave:** Predictor, Satisfacción, Mejora.

**Objetivos:** 1) Identificar aspectos de la atención que contribuyen de manera más importante a la satisfacción con el servicio recibido, en cada una de las líneas estudiadas. 2) Identificar en cada dimensión de satisfacción de los 5 cuestionarios la pregunta con mayor peso individual.

**Métodos:** Realización de 5 estudios de satisfacción observacionales: atención primaria (AP), hospitalaria (AH), sociosanitaria (ASS) y salud mental (MILLE i CSMA) y descriptivos a nivel de la comunidad autónoma catalana, (29.193 encuestas). 5 cuestionarios construidos y validados para este estudio. Las encuestas fueron telefónicas o con encuestador, según características de cada población. Muestreo aleatorio, estratificado por edad y sexo, con riesgo alfa: 0,05, beta: 0,2 y Pe: 0,5. Los factores predictores se han identificado mediante "regresión múltiple con escalamiento óptimo" para cada cuestionario, considerando variables independientes o predictoras, cada una de las preguntas del cuestionario validado, y dependiente la pregunta de satisfacción general. Se usan los conceptos de "importancia" y "correlación de orden cero" para ordenar los resultados de la prueba de regresión. Se ha reproducido la misma prueba para cada uno de los factores de cada cuestionario.

**Resultados:** 4 de los 5 cuestionarios identifican "sentirse en buenas manos" como el ítem más importante para la satisfacción general, con un rango de 15% al 39%. Solo en MiLLE, se sitúa en segundo lugar. El resto de predictores son distintos por línea, destacando el trato de los administrativos en AP, la posibilidad de dar la opinión en A.H, capacidad de ser escuchado por las enfermeras en ASS, apoyo para afrontar el problema de salud en CSMA y adecuación de las instalaciones y el aburrimiento en MiLLE. Cada cuestionario presenta un factor, en que un solo ítem aglutina más del 50% de la importancia. Destacan CSMA donde la "frecuencia de las consultas del psiquiatra" tiene una importancia del 62% del factor atención médica o MILLE donde "recibir la medicación que el paciente cree que le va bien" sobrepasa el 86,6% de la importancia del factor tratamiento farmacológico. En ASS esta situación se da a nivel del "trato del médico" con una importancia de 40,8% del factor.

**Conclusiones:** Identificar aspectos concretos del servicio que actúan como predictores de la satisfacción, facilita al comprador, el análisis de los resultados y las propuestas de mejora por línea de servicio y territorio. Excepto en un factor "sentirse en buenas manos" cada línea tiene sus propios factores predictores.

## UN ENFOQUE PRO-ACTIVO: PLAN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS POR LÍNEA DE SERVICIO DEL SERVICIO CATALÁN DE SALUD

M. Artigas, H. Aguado, A. Ribalta, R. Suñol y E. Agustí

C-180

**Palabras clave:** Clientes, Satisfacción, Compra.

**Objetivos:** 1) Incorporar pro-activamente la voz de los asegurados, a la evaluación de los servicios sanitarios que son contratados por el CatSalut. 2) Establecer e implantar las actividades relativas a la medida de la satisfacción contenidas en la línea estratégica del CatSalut "calidad percibida de los ciudadanos" a corto y medio plazo (2002-2007). 3) Disponer de información científicamente validada y contrastada, que permita la evaluación comparada de resultados por líneas de servicio y territorio.

**Métodos:** Diseño y ejecución de la primera fase (2002-2003) del plan de encuestas: estudio de satisfacción de asegurados en las cuatro líneas de servicios definidas en la compra de servicios: AH (hospitalización de agudos), AP (consulta medicina general y enfermería), ASS (hospitalización de cuidados paliativos, convalecencia y larga estancia) y Salud Mental (hospitalización media y larga estancia-MILLE y atención ambulatoria de adultos CSMA), mediante el diseño y validación de instrumentos por línea de atención. Trabajo de campo y análisis de resultados. Utilización de fuentes de datos propios (registro central de asegurados, actividad contratada, facturación y CMBD) Consenso de todos los agentes implicados.

**Resultados:** 5 cuestionarios validados por línea de servicio y/o producto propios del CatSalut, con preguntas que valoran accesibilidad, información, competencia profesional, confort, coordinación, continuidad, trato y soporte emocional. 26.314 encuestas telefónicas y 2879 entrevistas personales. Puntuación de satisfacción global: AH 8,6 (+/-1,6); AP 7,7 (+/-1,7); ASS 8,3 (+/-1,8); MILLE 7,5 (+/-2,5); CSMA 7,8 (+/-2). Se han incorporado los aspectos comunes de satisfacción y los predictores de satisfacción por línea de servicio. Utilización de los resultados a la evaluación de la compra del año 2003.

**Conclusiones:** Incorporar la opinión pro-activa de los ciudadanos añade valor a los indicadores de calidad existentes en el Catsalut. La utilización de las bases de datos propias del CatSalut ha permitido un contraste de idoneidad para la segunda fase del plan (2004-2005) de las fuentes de información preexistentes. Existen diferencias significativas por línea de servicio y territorio, identificándose áreas de excelencia y de mejora útiles para el comprador de servicios. Disponer de instrumentos únicos y consensuados permite incluir su utilización periódica como cláusula en los contratos de compra y monitorizar la información de forma eficiente.

## RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL AMBULATORIA DE ADULTOS (CSMA). LOS PACIENTES OPINAN

M. Artigas, H. Aguado, A. Ribalta y R.M. Saura

C-192

**Palabras clave:** Satisfacción, Salud Mental.

**Objetivos:** 1) Diseño de un instrumento (cuestionario) de medida de la satisfacción de los pacientes atendidos en CSMA de la sanidad pública catalana. 2) Obtención de resultados de satisfacción de dichos pacientes en todo el territorio sin distinción de proveedores del servicio.

**Métodos:** Desarrollo de un cuestionario de administración telefónica mediante investigación cualitativa con grupos focales, pre-test de comprensión, validación (alfa de Cronbach y aplicación de análisis de componentes principales para identificar factores agrupadores de ítems-preguntas) con estudio piloto y post-encuesta a la población seleccionada aleatoriamente a partir de los registros sistemáticos del CMBD de salud mental. 8 muestras (por regiones sanitarias (RS); alfa = 0,05, beta = 0,2 y pe = 0,5) estratificadas por grupos de edad y sexo de la actividad de cada RS, extraídas del total de actividad.  $n = 3215$ , de 18 o más años y modelos de regresión logística múltiple para determinar predictores de satisfacción.

**Resultados:** Obtención del cuestionario validado propio del CatSalut para CSMA, disponible próximamente para los proveedores de estos servicios. Agrupación de los ítems (preguntas) en cuatro factores relevantes para los pacientes (atención médica, información y confianza, organización y confort y tratamiento farmacológico). La modelización con satisfacción general como variable dependiente muestra que el principal predictor individual (ítem del cuestionario) es "sentirse en buenas manos" (26,9%), y el conjunto de preguntas relativas a la atención por parte del psiquiatra (55,6% entre las cuatro preguntas en cuestión).

**Conclusiones:** La atención ambulatoria de salud mental de adultos, distribuida uniformemente en el territorio, presenta unos determinantes de satisfacción muy ligados a la relación médico-paciente, quedando aspectos de tipo organizativo y de confort muy por debajo en el "ranking", a diferencia de lo que ocurre en la atención primaria tradicional. La experiencia nos permite decir, también, que un mensaje claro a la hora de establecer el contacto telefónico con el paciente, favorece la colaboración del mismo, minimizando su ansiedad y que la información previa a los profesionales responsables de los pacientes es necesaria, al ser un referente de la máxima importancia para ellos.

MESA 27

## Orientación al cliente. Atención especializada (I)

### LA CERTIFICACIÓN MEJORA LA EFICIENCIA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

C-184

C. Millan y M. Antelo

**Palabras clave:** Sterilization Iso9001 Eficiency.

**Objetivos:** 1) Definir indicadores de resultado de la eficiencia de la realización del producto en la central de esterilización. 2) Analizar la mejora en la eficiencia de una unidad certificada por la norma ISO 9001 de 2000 frente a ella misma antes de la certificación.

**Métodos:** Se recoge la información de los registros de calidad producidos en la Central de Esterilización del Hospital do Meixoeiro, en Vigo, desde el 2002. Se analiza el porcentaje de Ciclos fallidos en el 2002, 2003 y 2004. Se analiza la evolución del consumo de recursos para atender la demanda de esterilización del Hospital, y se ofrece un indicador de eficiencia.

**Resultados:** Durante 2002 el porcentaje de fallos en los 5 equipos de esterilización se situaba entre el 4% y el 15%. Dos años más tarde las mismas unidades expresan un porcentaje de fallos de entre el 0,5% y el 2%. Esto ha sido posible usando los elementos del sistema de gestión de calidad implantado y mantenido desde 2002. Se identifican las acciones formativas, la mayor integración con Mantenimiento, la realización de validaciones operacionales y de instalación, y el feed-back de información, como los elementos básicos para lograr una mayor eficiencia del sistema. Se define el coste de cada ciclo fallido y se muestra el impacto económico y funcional de los fallos evitados. Se ha medido el coste del proceso de esterilización y se ha recabado de la base de datos hospitalaria, el número de intervenciones quirúrgicas. Se ha comparado la tendencia temporal y se muestra la reducción del 15% en el consumo de recursos para atender al cliente interno.

**Conclusiones:** Este estudio cuantifica el valor de la Certificación en una Unidad Hospitalaria. El trabajo se hace mejor, cuesta menos esfuerzo y recursos realizarlo, y se evitan las bolsas de ineficiencia existentes. En términos económicos atendemos mejor a nuestro cliente interno y lo hacemos por menos dinero. En términos funcionales, la disminución de fallos en la Central de Esterilización, permite que el Quirófano trabaje con mejor organización. En términos laborales, el trabajo en la Central de esterilización se realiza con menos esfuerzo, con mas garantías, y con mas orden, además de con mayor seguridad habiendo minimizado los accidentes laborales.

### UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS. UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ANCIANO

C-183

O. Sabartés, M.A. Marquez, M.J. Robles, M. Pi-Figueras, M. Garreta y A.M. Cervera

**Palabras clave:** Paciente Anciano. Agudos.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes admitidos en una UGA.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una UGA desde diciembre de 2003 hasta abril de 2004. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, situación funcional previa, en el momento del ingreso y al alta (Barthel y Lawton), estado mental (Pfeiffer), patología aguda que motiva el ingreso, comorbilidad (Charlson), riesgo de ulceración (Norton), presencia de síndromes geriátricos y destino al alta.

**Resultados:** Ingresaron 159 pacientes atendiendo a los criterios de ingreso establecidos para la unidad. La edad media fue de 83,4 años. La estancia media fue de 10,86 días. El Barthel previo, al ingreso y al alta fue de 58,97, 20,37 y 33,78 respectivamente con un descenso medio en el ingreso de 25,19. El Lawton previo: 2,14. El Pfeiffer fue de 4,37 errores. Los diagnósticos más frecuentes: bronquitis crónicas reagudizadas 26,75%, bronquitis aguda 33,12%, neumonía 40,1%, infecciones urinarias 40,1%, insuficiencia cardíaca 28,0%. El 68,55% tenían como antecedentes HTA, el 62,26 algún tipo de cardiopatía, el 45,28% EPOC, el 40,25% DM, el 34,59% demencia, el 22,01% ACV y el 15,72% IRC. El Charlson fue de 2,63. El Norton fue de 13,29. El 77% presentaba trastornos de la marcha, el 68% incontinencia, el 66% polifarmacia, el 50% síndrome de inmovilidad, el 44% déficit sensorial, el 19% úlceras y el 15% caídas. El 66% fueron dados de alta a domicilio, el 14% exitus, ingreso en unidad de media estancia el 6%, en unidad de larga estancia el 6%, en unidad de paliativos el 3% e institucionalizados en el 6%.

**Conclusiones:** El perfil del paciente que ingresa en una UGA es un anciano con una dependencia moderada para las ABVD, que durante la hospitalización presenta un descenso superior a 20 puntos en el índice de Barthel, con un deterioro cognitivo leve, con elevada comorbilidad, con riesgo moderado de úlceras por presión y elevada prevalencia de síndromes geriátricos. La patología más prevalente es la cardiorespiratoria, neumonías e infecciones urinarias.

### CRITERIOS E INDICADORES DE CALIDAD EN UNIDADES DE DOLOR

C-185

M. Jiménez, B. Pérez y G. González

**Palabras clave:** Criterios Calidad Dolor.

**Objetivos:** Proporcionar conocimientos básicos a médicos y enfermeras del Servicio Extremeño de Salud en el abordaje del paciente con dolor. Mejorar la calidad de las diferentes actividades de las Unidades de Dolor UD.

**Métodos:** Plan de Formación anual de las UD orientado a los diferentes niveles de actuación: Primaria y Especializada, a las categorías profesionales implicadas: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y psicólogos, así como a los diferentes niveles de formación y experiencia: pregrado, postgrado y formación continuada. Se definieron un número determinado de objetivos específicos para docencia, asistencia e investigación, tanto de actividad (OA) como de calidad (OC), docencia (OA) 15 (OC) 4, asistencia (OA) 9 (OC) 16 e investigación (OA) 3 (OC) 2.

**Resultados:** Sesiones docentes: 114 en atención primaria, 32 en hospitales, 10 en la Universidad, 67 internas, y 7 rotantes por las unidades. Atenciones a pacientes: 2.041, 32 interconsultas, 181 técnicas invasivas, 1.022 sesiones tens, 1.021 sesiones ionto, 1.693 asesorías telefónicas a facultativos, 203 asesorías telefónicas a enfermeras, 1.847 asesorías telefónicas a pacientes. Diseño de 3 estudios de investigación. Docencia bajo criterios de MBE y científicos, discencia planificada previamente. Conseguimos parcialmente: docencia homogénea entre las UD 80%. Atención programada, demora en la cita. Cumplimiento de protocolo de aceptación 60%, ajuste a cartera de servicios 53%. No medidos, presumiblemente no conseguidos: demora en la atención. No medidos, presumiblemente conseguidos: atención personalizada y correcta, atención con habilidades sociales adecuadas. Actividad investigadora planificada. No conseguido el de actividad investigadora publicada.

**Conclusiones:** Las mejoras en la calidad de las UD se potencian si existe un Plan de Calidad Global en la organización. La orientación docente de las UD se pone de manifiesto en el mayor número de objetivos de calidad docentes. Han sido más fáciles de conseguir los objetivos de actividad que los objetivos de calidad, presumiblemente por la cultura sanitaria orientada más al qué hacemos que al cómo lo hacemos. Tendencia natural del sanitario a ejercer su trabajo más desde la propia experiencia, que desde la compartida, lo que dificulta el ajuste a cartera de servicios y protocolo de derivación.

### DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS RECLAMACIONES: DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO CLIENTE, A LOS PUNTOS DE PRIMERA LÍNEA

**C-186**

C. Guiteras, R. Carrera, I. Cerdà e I. Ramon

**Palabras clave:** Patient, Satisfaction, Descentralization.**Objetivos:** Descentralizar la atención de sugerencias y reclamaciones al mayor número de puntos de contacto con los clientes. Implicar al personal de los servicios de gestión de clientes (administrativos) en la atención a los clientes.**Métodos:** El modelo de gestión de calidad total está basado en conocer las necesidades de los clientes, definir los procesos para cubrirlas de manera satisfactoria con los recursos disponibles. La actividad de la Unidad de Atención al Cliente (UAC) se basa en conocer las necesidades, las opiniones y las expectativas de los clientes, para organizar el Hospital según los resultados, haciendo realidad la orientación al cliente. Este concepto incluye la atención de sugerencias, reclamaciones y solución de temas concretos planteados por los usuarios. La atención directa al cliente tradicionalmente se ha restringido a las UAU, con la reorganización se pretende la implicación de todos los profesionales del centro. Se analizaron los puntos posibles de atención directa al cliente, para resolver sugerencias y reclamaciones consideradas no complejas. Se plantearon tres líneas de atención: Primera línea donde se dispone de hojas de reclamación y se atienden-resuelven problemas de rápida resolución (cambio de visitas). Se incluyen todos los administrativos del Hospital, sensibilizados y preparados mediante formación específica. Una segunda línea para atender reclamaciones más complejas y si se requiere, ayudar al cumplimiento del registro de las mismas. Esta línea está constituida por dos personas con el siguiente perfil: Personas con capacidad de resolución inmediata, Capacidad de empatía con usuarios y profesionales, y Posibilidad de movilización interna para gestiones. Una tercera línea, que gestiona la reclamación y respuesta, atiende directamente las reclamaciones que presentan temas más complejos. Está atendida por el personal de la UAC, formado específicamente para éste fin.**Resultados:** Puntos de atención 1 en el año 2003 y 17 en el año 2004. Personal implicado 3 personas en el año 2003 y 33 personas en el año 2004. En el año 2003 se atendieron 4 (1,7%) reclamaciones en los puntos de distribución y en el año 2004 fueron 23 (12%) reclamaciones.**Conclusiones:** Esta distribución ha supuesto un incremento de los puntos con capacidad de resolución de los problemas de los clientes. Se ha implicado a todo el personal administrativo en la resolución de problemas. La responsable de la UACC ha quedado liberada de un gran número de tareas. Hay dificultad para conocer la capacidad resolutiva real del personal de primera línea.

### EL HOSPITAL MALVA-ROSA UN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA CON CERTIFICACIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**C-188**

E. Tejerina Botella, C. García-Peñuela, J. Chirivella López y M. Gresa

**Palabras clave:** Calidad, Excelencia, cma.**Objetivos:** Implantar un Plan Global de Calidad para conseguir realizar estos cambios dentro de unas cotas de Excelencia y Humanización acorde a nuestro tiempo.**Métodos:** Hemos escogido para gestionar la calidad el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM). Así mismo utilizamos como herramienta para una de nuestras áreas de mejora la aplicación de las normas ISO 9002 (Organización Internacional de Normalización), normas que se aplicaron en todo el circuito de nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.**Resultados:** La implantación de este sistema que lo llevamos a cabo a finales del 98, dio como resultado nuestra primera autoevaluación, habiendo obtenido por un lado una puntuación de 375,1, calificación realizada por una empresa externa, y por otro lado, surgieron una serie de áreas de mejora dentro de las cuales estaba la posibilidad de conseguir una "Certificación de Calidad" en uno de nuestros principales procesos como es el de la Cirugía Mayor Ambulatoria. La consecuencia de la implantación de la norma ISO 9002 y el trabajo realizado hacia esa dirección dio como resultado que en Enero del 2001 obtuviéramos el certificado de calidad en La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, que fue otorgado por una empresa externa como es la "Asociación Española de Normalización y Certificación" (AENOR). Este certificado ha sido validado y por tanto renovado, mediante auditorías externas en Mayo del 2002 y en Julio del 2003 habiéndonos adaptado a la nueva versión.**Conclusiones:** La implantación de las Normas ISO ha permitido: a) Consolidar el Plan Global de Calidad, b) Participación de los profesionales en los equipos de trabajo, c) Abordar una de las áreas de mejora de la Autoevaluación, d) Implantar un sistema de calidad documentado, e) Obtención del Certificado de Calidad para la UCMA.

### SATISFACCIÓN DE UNA POBLACIÓN ANCIANA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR)

**C-187**

J.M. Cucullo, B. Gamboa, E. Blasco, J.M. Martínez, M. Navarro e I. Guajardo

**Palabras clave:** Satisfacción, Ancianos, Consultas.**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de los ancianos que presentan deterioro funcional y acuden a la Consulta de Alta Resolución (CAR) para valoración de la pérdida funcional y orientación terapéutica.**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo de los pacientes remitidos al CAR durante los meses de febrero a mayo de 2004. Se administró un cuestionario, adaptado a nuestras necesidades, contestado por el paciente y/o cuidador al final del proceso de interconsulta. Se componía de 15 preguntas sobre la consulta: infraestructura, atención recibida por el personal sanitario, información recibida, burocracia y transporte sanitario; puntuados de 0 a 3. Se consideraron positivas las respuestas valoradas igual o mayor de 2,5. Otras variables estudiadas: la edad, el sexo, la procedencia [Atención Primaria, Consulta Externa de Geriátrica, Unidad Sociosanitaria de Valoración (USSV), Unidad de hospitalización de Geriátrica y Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD)], motivo de consulta, inclusión en programa de Hospital de Día Geriátrico y escalas de valoración utilizadas (índice de Barthel, de Tinetti simplificado, SPMSQ).**Resultados:** Se realizaron 59 encuestas (62% mujeres; edad media 80,3 ± 6,25). Procedían en su mayoría de Equipos de Atención Primaria (62,7%) seguidos de USSV (23,7%). Los principales motivos de consulta fueron deterioro funcional (21,5%), ACV (20,5%) y fractura de cadera (17,4%). La media de la valoración fue: IB 55,8; SPMSQ 2,3 Y Tinetti marcha y equilibrio 1,74 y 2,27 respectivamente. Los aspectos mejor considerados fueron: la atención de enfermería (2,85), la satisfacción por el servicio en general (2,78) y la atención prestada por el médico (2,75). Los peor considerados fueron el transporte sanitario y la adecuación de la sala de espera con puntuaciones respectivas de 2,02 y 2,05. Las puntuaciones obtenidas en el subgrupo no incluido en programa de recuperación fueron: IB 48,5; SPMSQ 3,7; facilidad de los trámites (2,79); adecuación del horario (2,75); la atención médica (2,71) y de enfermería (2,71) obteniendo los peores valores la sala de espera (2,0) y el transporte sanitario (1,6). Ningún paciente y/o cuidador se negó a cumplimentar la encuesta.**Conclusiones:** 1) La encuesta realizada resultó ser un instrumento útil y sencillo de cumplimentar. 2) El grado de satisfacción fue alto sobre todo en atención por el personal y servicio en general. Los aspectos más negativos fueron transporte e infraestructura. 3) En la medición de resultados también resulta útil la cuantificación de la satisfacción del usuario.

### EL DESTETE EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**C-189**

M.V. de la Torre, F. Álvarez, A. García, M.J. Molero, A. Vallejo y D. Linares

**Palabras clave:** Protocolo Destete Ventilación.**Objetivos:** La retirada de la ventilación mecánica (destete o weaning) es un importante objetivo clínico en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se debe aplicar lo más rápidamente posible, si la patología que llevó a indicar la Ventilación Mecánica (VM) está controlada y las condiciones clínicas y de soporte ventilatorio del paciente lo permiten. El innecesario retraso en el inicio del destete incrementa las complicaciones asociadas a la VM (neumonía, trauma de la vía aérea) y el coste. La retirada de la VM precoz, puede llevar a dificultades en restablecer la vía aérea artificial, a un compromiso en el intercambio gaseoso y a complicaciones propias de la reintubación orotraqueal. Los objetivos a valorar en el destete de un paciente son: Conocer las indicaciones clínicas de la VM en el paciente, la optimización de los parámetros ventilatorios, valorar los pacientes diferenciándolos por la duración del soporte ventilatorio óptimo, corto (menos de 24 horas), intermedio (24 a 48 horas) o prolongado (más de 48 horas). Son necesarios registros de pacientes con VM de diferentes patologías y gravedad que favorezcan realizar una clasificación previa a la indicación de destete, facilitando mayor seguridad, conocer el perfil de los pacientes para traqueostomía, indicación de soporte ventilatorio permanente (VM domiciliaria), considerando la ventilación mecánica no invasiva (confortable) como medio de evitar la reintubación.**Métodos:** En enero del 2004 a través de un equipo multidisciplinar (facultativos y enfermeros) se diseñó un protocolo de destete en pacientes de UCI con ventilación mecánica, se desarrollan los siguientes apartados: 1) Criterios clínicos para iniciar el destete, 2) Criterios de soporte ventilatorio, 3) Valoración antes del destete, 4) Técnicas de Destete, 4) Tolerancia del destete, 5) Criterios de Extubación y 6) Criterios de reconexión a Ventilación Mecánica.**Resultados:** Durante dos meses se valora la pertinencia de este protocolo observando una predicción de fracaso y de éxito en el 90% de los pacientes evaluados. Un total de 15 pacientes se han evaluado, permitiendo estancia media más reducidas al disminuir el tiempo de ventilación mecánica.**Conclusiones:** La aproximación desde un equipo multidisciplinar a un protocolo de extubación ha favorecido la implementación de ésta técnica con más seguridad y eficiencia.

## MESA 28

# Orientación al cliente. Atención especializada (II)

### GESTIÓN DEL RIESGO DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO EN MUESTRAS RESPIRATORIAS

**C-191**

D. Velasco, R. Villanueva, M. González, B. Candia, M.J. Purriños y J. Quintans

**Palabras clave:** Sputum, Culture, Validation.

**Objetivos:** 1) Evaluar la certeza del diagnóstico microbiológico en un grupo de muestras respiratorias: determinando porcentaje de muestras con cultivos positivos y el porcentaje de informes microbiológicos emitidos con cultivos positivos, 2) Conocer la magnitud y significación de la diferencia entre las muestras con cultivos positivos y los informes emitidos concultivos positivos, 3) Identificar posibles puntos críticos y establecer oportunidades de mejora para la gestión del riesgo diagnóstico.

**Métodos:** Se realiza un estudio prospectivo (del 20 al 28 de mayo 2004), sobre 83 muestras de esputo recibidas de forma consecutiva para cultivo microbiológico. El diagnóstico microbiológico de estas muestras consiste en la realización de una tinción gram seguida de cultivo microbiológico para aislamiento del germen. El estudio de las muestras fue realizado según la forma habitual, sin que el profesional que informaba del resultado conociera la existencia de este estudio. Simultáneamente, dos observadores analizaron esas muestras de forma independiente. La identificación de un microorganismo potencialmente patógeno por cualquiera de los tres profesionales fue considerado como cultivo positivo. Aplicando el test de comparación de proporciones con el estadístico z, se determina la magnitud y significación de la diferencia entre: porcentaje de informes con cultivo positivo y porcentaje de cultivos positivos totales detectados.

**Resultados:** Se observa un porcentaje de informes emitidos por Microbiología con cultivo positivo de 32,14% (27/83) y un porcentaje de cultivos positivos totales de 49,4% (41/83). Así, la diferencia obtenida entre los cultivos positivos totales y los informes emitidos como positivos fue de 16,9%. Aplicando el test de comparación de proporciones se observa que esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p = 0,0402$ ), y el intervalo de confianza al 95% para esta diferencia se encuentra entre un 0,9 y un 32,8%. Lo que significa la existencia de un 0,9% a un 32,8% más de cultivos positivos de los que se emiten en los informes microbiológicos.

**Conclusiones:** Se ha detectado un infradiagnóstico del 16,9%. Esta diferencia podría suponer además de un riesgo para el paciente, en caso de no ser tratado, un riesgo de transmisión de gérmenes potencialmente patógenos. Se considera necesario mejorar el diagnóstico microbiológico con identificación de puntos críticos. Se presentarán los resultados a los trabajadores de Microbiología, se planifica formación continuada y revisión por pares en cultivos negativos durante un periodo.

### VALOR AÑADIDO DE LOS CELADORES A LA DIRECCIÓN ENFERMERA MEDIANTE SU INTEGRACIÓN EN LOS EQUIPOS ASISTENCIALES

**C-190**

J.M. Mejías y M.T. García

**Palabras clave:** Celadores, Calidad, Competencias.

**Objetivos:** Describir la aportación de los Celadores Asistenciales al proyecto del Hospital Costa del Sol integrados en la Dirección de Enfermería. Definir cómo la integración de los Celadores Asistenciales incide en la calidad de la atención ofrecida a los usuarios de nuestros servicios.

**Métodos:** Las competencias para conseguir la Misión y desarrollar los Valores de nuestra organización: HOSPITAL DE CALIDAD; Son los profesionales con los que los usuarios se encuentran al llegar al Hospital. La imagen que ofrecen al recepcionarlo, su correcta ubicación, y la información ofrecida de manera sencilla pero clara y concisa repercute en la satisfacción al cliente, hospital equipo de profesionales; Desarrollan su actividad por todas las unidades, creando relaciones laborales positivas, basadas en la comunicación. Participan en grupos de trabajo multidisciplinares para la consecución de objetivos comunes contribuyendo al proyecto común, hospital flexible e innovador; Buscan nuevas formas de hacer que permiten optimizar los recursos y ofrecer servicios más adaptados a las necesidades (recuento de sillas de ruedas y camillas, etc) asumiendo su trabajo con adaptación y creatividad, hospital centro de conocimiento; Tutorizan el personal de nueva incorporación, participando en el Plan de Acogida, asumiendo compartir conocimientos, identifican las necesidades de aprendizaje y buscan medios para desarrollarlas, participando en actividades y satisfaciendo así su necesidad de aprender, papel activo en la formación de compañeros, por lo que pueden enseñar-educar.

**Resultados:** Solicitud de 45 acciones formativas (Primer Semestre 2004). Participación como docentes en los cursos de Ergonomía: movilización de pacientes; RCP básica; Plan de emergencia y evacuación. Participación activa en el Plan de Acogida de los celadores de nueva incorporación. Participación en el Plan de intimidad y confidencialidad. Este plan es revisado y actualizado cada dos años por un grupo de trabajo multidisciplinar de distintos servicios. Participación en la elaboración del Protocolo de efectos personales, que se revisará y se actualizará cada dos años. Seguimiento y control de las sillas de ruedas y camillas mediante recuento semanal e informe mensual. Son los responsables del seguimiento y control de las balas de oxígeno.

**Conclusiones:** Los Celadores Asistenciales, integrados en Unidades Asistenciales de Enfermería, inciden directamente en la calidad de la atención prestada a los usuarios de nuestros servicios, contribuyendo al logro de un Hospital diferente y mejor para todos.

### INDICADORES DE MORTALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA. TRES AÑOS DE EXPERIENCIA

**C-192**

J. Castiella, L.A. Sánchez, F. Sanjuán y M.A. Torralba

**Palabras clave:** Mortalidad, Procesos, Hospitalización.

**Objetivos:** En el año 2001, la Unidad de Gestión Clínica de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra, junto con el resto del hospital, adoptó el modelo de calidad E.F.Q.M. y la Gestión por Procesos (G.P.). En este contexto, se elaboró el Proceso de Hospitalización Médica (P.H.M.), con el fin de sistematizar todas las actividades propias de la hospitalización, adecuarlas a las necesidades de nuestros clientes, reducir las bolsas de ineficiencia y mejorar la interrelación con otros servicios proveedores del hospital. Previa auditoría positiva, dicho proceso se implantó en enero del 2002, iniciándose la recogida sistemática de indicadores y un ciclo de mejora continua.

**Objetivo:** Mostrar la evolución del indicador mortalidad durante los años de implantación del proceso (años 2002 y 2003), comparándolo con la fase previa a su implantación (año 2001).

**Métodos:** Análisis de la mortalidad bruta y ajustada (Infoqual de lasist S.A.) en 3.717 altas (2001-2003), codificadas al 100% según la CIE-9-MC y agrupadas con el AP-GRD versión 14.1. Análisis de la mortalidad entre los GRDs más frecuentes de la Unidad.

**Resultados:** Se ha registrado 273 fallecimientos (7,3%) con una edad media de 78,5 años (77,1 en hombres y 80,3 en mujeres;  $p = 0,0027$ ) y una estancia media de 7,5 días. Un 7,3% de los fallecimientos ( $n = 20$ ) tuvieron 0 estancias, un 29,7% ( $n = 98$ ) fallecieron durante los 3 primeros días de ingreso y el 26% ( $n = 71$ ) lo hicieron en fin de semana (sábado o domingo). La mortalidad observada en el 2001 fue del 8,2% (razón de mortalidad de 0,7598,  $p < 0,01$ ), del 7,5% en el 2002 (razón de mortalidad de 0,7390;  $p < 0,01$ ) y del 6,5% en el 2003 (razón de mortalidad de 0,6333;  $p < 0,01$ ). El GRD con mayor mortalidad porcentual fue el 533 (Otros Tr Nerv, #AIT/convuls/cefalea,c/CC Mayor) con un 47,6%, seguido del GRD 014 (Tratamientos Específicos cerebro-vasculares, #AIT) con un 14,1% y del GRD 541 (Tr Respiratori/infecc/bronquitis/asma,c/CC Mayor) con un 13,3% de mortalidad. No se detectó ningún caso de mortalidad entre GRDs de baja complejidad (peso medio  $< 1$ ).

**Conclusiones:** Es difícil establecer una relación directa entre los resultados y la implantación del proceso (año 2002). La edad de los fallecidos es muy elevada, sobre todo en mujeres. La mortalidad bruta se ha reducido un 1,7% desde la implantación del P.H.M., manteniéndose por debajo de lo esperado para la complejidad de la casuística atendida (razón  $< de 1$ ). Los pacientes fallecidos corresponden a GRDs de elevada complejidad. Tan solo el 7,3% fallecen antes de cumplir una estancia.

**REINGRESOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA. TRES AÑOS DE EXPERIENCIA****C-193**

J. Castiella, L.A. Sánchez, F. Sanjuán y M.A. Torralba

**Palabras clave:** Reingresos, Proceso, Hospitalización.**Objetivos:** En el año 2002, la Unidad de Gestión Clínica de Medicina implantó y puso en funcionamiento el Proceso de Hospitalización Médica (P.H.M.), siguiendo la metodología EFQM, y con el fin de sistematizar todas las actividades propias de la hospitalización, adecuarlas a las necesidades de nuestros clientes y reducir las bolsas de ineficiencia. El control y análisis de los reingresos no programados es un indicador de calidad de este proceso. Mostrar la evolución de los reingresos no programados durante los primeros 30 días del alta en los años de implantación del proceso (años 2002 y 2003), comparándolo con los habidos en el año 2001 (fase previa a su implantación). Mostrar la tasa de reingresos en los GRDs más frecuentes de la Unidad.**Métodos:** Análisis de los reingresos (Infoqual de lasist S.A.) habidos en 3.875 ingresos (2001-2003). El 100% de las altas según la CIE-9-MC y agrupadas con el AP-GRD versión 14.1. Se define reingreso como aquel que sucede de forma no programada, antes de 30 días del alta y en la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)**Resultados:** En su conjunto, el 91,1% de los ingresos no son programados (n = 3.530). Un total de 463 pacientes han ingresado más de una vez (13,1%), con un promedio de 2,4 ingresos. La estancia media de los pacientes que reingresan es de 6,6 días, superior en 0,6 días a la estancia media bruta. La estancia media depurada del 2001 fue de 6,5 días, la del 2002 y 2003 fue de 5,9 días en ambos casos. El porcentaje de estancias con 0 días bajo del 1,9% en el 2001 al 1,6% en el 2003. El porcentaje bruto de reingresos bajo del 9,6% en el 2001 al 8,7% y 8,4% en el 2002 y 2003, respectivamente. El porcentaje de reingresos en la misma CDM bajo del 7,1% en el 2001, al 6,5% y 6,2% en el 2002 y 2003, respectivamente. El porcentaje de estancias consumidas por los reingresos bajo del 20,1% en el 2001, al 19,2% y 19,4% en el 2002 y 2003, respectivamente. El GRD con mayor episodios de reingresos es el 541 (Trastornos Respiratorios /infecc/bronquitis/asma,c/CC Mayor), si bien se aprecia una tendencia clara a su descenso: 16,6% en el 2001, 15,5% en el 2002 y 13,8% en el 2003.**Conclusiones:** En estos tres años de funcionamiento y tras la implantación del P.H.M. hemos logrado reducir de forma sustancial el número de reingresos y las estancias que los mismos consumen. Paralelamente se ha reducido la estancia media de la Unidad y la de los reingresos. La elevada tasa de reingresos del GRD 541 fue objeto de análisis y grupo de mejora en el 2002.**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FRACTURAS DEL FÉMUR PROXIMAL EN EL ANCIANO****C-195**

A. Checa, M.J. Rodea, J. Tabuenca y J. Martínez

**Palabras clave:** Cadera, Fractura, Anciano.**Objetivos:** Las fracturas de cadera en el anciano suponen una de las patologías más frecuentes motivo de ingreso en nuestros hospitales. Están relacionadas con la vejez y son motivo de un gran consumo de recursos y costes sanitarios.**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas y de los datos extraídos del CMBD desde enero de 1999 a diciembre de 2002. Revisamos un total de 984 fracturas operadas.**Resultados:** La edad media ha sido de 82,6 años. La incidencia global anual corregida (casos/100.000 habitantes de más de 50 años) ha sido de 413,06. La distribución por sexos ha sido de varones 21,3% y hembras 78,7. Las fracturas intracapsulares han sido de 370 casos siendo las extracapsulares de 614 casos. El tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la cirugía ha sido menor a 72 horas en el 91,4% de los casos intentando, si las condiciones médicas lo permitían, realizarla en las primeras 48 horas (82,5% de los casos). Para ello hemos contado con un quirófano de urgencia diferida. En todos los pacientes se utilizó prevención antitrombótica. Únicamente se registraron 3 casos de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar durante el ingreso. La estancia media hospitalaria ha sido de 9,6 días con una ds de 8,6 (137-1). La mortalidad intrahospitalaria ha sido del 4,8%. Predominaron las fracturas peritrocantéreas (614) sobre las intracapsulares (370) con una diferencia significativa  $p > 0,01$ . Si analizamos el tipo de fractura por sexos también existe una diferencia significativa  $p > 0,01$  (tabla). Hemos analizado la influencia de la estación del año, observando diferencias a favor de las estaciones frías (otoño e invierno) respecto a las cálidas (primavera y verano) pero sin significación estadística.**Conclusiones:** La incidencia global de fracturas de cadera es similar a la registrada en el conjunto de comunidades autónomas. La media de edad es similar a otras series de nuestro país. El tiempo transcurrido entre el ingreso y la cirugía es el más bajo de las series consultadas, así como la estancia media hospitalaria, lo que conduce a una disminución de costes y complicaciones intrahospitalarias. Las complicaciones tromboembólicas con repercusión clínica han sido muy bajas por el uso sistemático en todos los casos de una profilaxis tromboembólica, cirugía temprana y movilización precoz. La mortalidad intrahospitalaria ha sido del 4,8% similar a otras series, aumentando progresivamente con la edad.**CUATRO AÑOS COMO UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA: EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL U. VIRGEN DEL ROCÍO****C-194**

R. García, R. Vázquez, J.R. Rodríguez, J. Ruíz, I. Borrego y M.D. García

**Objetivos:** La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica con el objetivo de mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de servicios. Supone dar a las unidades asistenciales la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y, por lo tanto, promover su responsabilidad junto con su autonomía. Evaluar el impacto que ha tenido en el funcionamiento del Servicio de MN del HHUUVR el implantar la estrategia de Gestión clínica expresándolos en términos de eficacia, eficiencia y calidad asistencial.**Material y métodos:** Análisis de los resultados obtenidos en los acuerdos de gestión desde 2000 al 2003 centrándonos en eficacia, efectividad y eficiencia (según el modelo de evaluación de Unidades de Gestión Clínica elaborado por los Servicios Centrales del S.A.S.).**Resultados:** La producción asistencial se ha incrementado en un 120%, los tiempos de espera se han reducido hasta alcanzar <20 días, se han incorporado 12 técnicas nuevas, en el campo de investigación y docencia se ha duplicado la producción. En resumen se ha producido un aumento en la efectividad, de la calidad, de satisfacción. También se refieren los cambios organizativos y el impacto en los recursos.**Conclusiones:** A la vista de nuestros resultados la estrategia de gestión clínica es una buena herramienta para obtener mayores cotas de calidad, efectividad y eficiencia.**MEJORA DE LA COMUNICACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN AL COLECTIVO DE TÉCNICOS EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER****C-196**

R. Martínez, F.T. Moreno, D. García, S. Estevez, R.M. Gascó y P. Calventus

**Palabras clave:** Comunicación, formación, técnicos.**Objetivos:** Aumentar el número de técnicos asistentes a los cursos de formación.**Métodos:** *Tipo de estudio:* Ciclo de Mejora. *Población:* 93 técnicos. *Dimensión estudiada:* accesibilidad. *Periodo evaluado:* 5 meses. *Evaluación:* Interna. *Variables categóricas:* Criterio 1 (Cr). Los técnicos están informados de la publicación del programa formativo (PF). Cr 2: los supervisores distribuyen la información escrita del PF. Cr 3: los técnicos conocen donde se ubica el cartel del PF dirigidos a este colectivo. Cr 4: Los técnicos conocen la existencia de cursos específicos, dentro del Pf, dirigidos a este colectivo. Cr 5: Número de solicitantes del colectivo de técnicos al curso específico de calidad asistencial. *Medidas de intervención:* Reunión informativa con supervisores responsables de técnicos pocos días antes de la realización del curso. *Estadística:* variables cualitativas porcentajes. Comparaciones: Evaluación "antes-después". Test de dos colas, significación:  $p < 0,005$ . *Representación gráfica:* Diagrama de Pareto.**Resultados:** Primera evaluación (incumplimientos): Cr1: 49 (56,7%), Cr2: 75 (85,2%), Cr3: 42 (47,7%), Cr4: 74 (84,1%), Cr5: 4 (4,3%). Segunda evaluación (incumplimientos): Cr1: 25 (36,2%), Cr2: 41 (59,4%), Cr3: 22 (31,9%), Cr4: 14 (20,3%), Cr5: 32 (34,40%). En cuanto a la significación 4 de los cinco criterios han tenido  $P < 0,001$ .**Conclusiones:** 1) Tras las medidas de intervención existen mejoras significativas en todos los criterios evaluados. 2) Existen mejoras tanto en la información recibida como en el número de solicitantes de cursos por parte de los técnicos.

MESA 29

## Orientación al cliente. Atención especializada (III)

### EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA TIROIDECTOMÍA TOTAL Y HEMITIROIDECTOMÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

C-198

V. Soria, B. Flores, M.F. Candel, M.P. Fernández, J. Leal y J.L. Aguayo

**Palabras clave:** Vía Clínica, Tiroidectomía.

**Objetivos:** El proceso tiroidectomía presentaba en nuestro hospital una gran variabilidad respecto a diversos aspectos. En Octubre de 2001 implantamos en nuestro servicio la vía clínica de la tiroidectomía que incluía pautas de actuación estandarizadas con el objeto de disminuir dicha variabilidad. Presentamos un análisis de los resultados después de un año de implantación de la vía.

**Métodos:** Entre octubre de 2001 (implantación de la vía) y Septiembre de 2002 se han intervenido en nuestro servicio 88 pacientes por patología tiroidea. Se establecieron los siguientes indicadores para la evaluación de la vía: grado de cumplimiento de las estancias (2 días para hemitiroidectomía y 3 días para tiroidectomía total), indicadores de la efectividad de la atención clínica, indicadores de satisfacción e indicadores de eficiencia. Los resultados fueron comparados con una muestra de 73 pacientes intervenidos durante un año antes de la implantación de la vía.

**Resultados:** El 100% de los pacientes a partir de la fecha de la implantación de la vía han sido incluidos. Antes de la implantación de la vía, los pacientes con hemitiroidectomía tuvieron una estancia media (EM) de  $3,3 \pm 1,1$  días. Los pacientes con tiroidectomía total tuvieron una EM de  $4,3 \pm 1,9$  días. Después de la vía, la EM de  $2,4 \pm 0,5$  días y grado de cumplimiento del 55,6%. Tiroidectomía total, EM de  $3,4 \pm 0,7$  días y grado de cumplimiento de la estancia estimada del 68,6%. Indicadores de la efectividad de la atención clínica: No ha habido diferencia en cuanto a las complicaciones en ambos grupos. Indicadores de satisfacción: La encuesta de satisfacción fue cumplimentada por el 85% de los enfermos. El 100% de los pacientes que respondieron a la encuesta contestó afirmativamente a la pregunta "¿Ha sido satisfactoria la atención recibida en este ingreso?". El 93,2% de los pacientes respondió afirmativamente a la pregunta "¿Le ha parecido adecuado el tiempo que ha permanecido ingresado en el hospital?". Indicador de eficiencia: el gasto medio por paciente sometido a hemitiroidectomía fue de 2020 euros antes de la vía clínica y de 1.736 después de la implantación. En los sometidos a tiroidectomía total el gasto medio fue de 2.537 euros antes y de 2.178 después de la vía clínica.

**Conclusiones:** La implantación de la vía clínica de la tiroidectomía ha conseguido disminuir la variabilidad clínica y con ello acortar la estancia hospitalaria, todo ello sin aumentar las complicaciones, con un alto grado de satisfacción de los pacientes y una significativa disminución del gasto hospitalario.

### VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN BUCODENTAL A PACIENTES DISCAPACITADOS O NO COLABORADORES

C-197

E. Carracedo, C. Martín, E. Bartolome, C. Ferrer y J.M. de Nova

**Palabras clave:** Vía Clínica, Discapacitados.

**Objetivos:** Sistematizar el proceso de atención de la Unidad de Salud Bucodental de Atención Primaria del Área 2 a niños discapacitados o no Colaboradores, que permita garantizar una adecuada salud bucodental mediante la aplicación del programa en condiciones de sedación.

**Métodos:** 1) Analizar situación de partida: Porcentaje de niños discapacitados remitidos durante el 2003 a la Universidad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid que se quedan sin recibir la atención bucodental (Único centro que hasta la fecha aporta datos al respecto en Madrid). 2) Definir los procesos de atención: Con modelo EFQM de referencia y metodología IDEFO, así como los procedimientos utilizados. 3) Realizar una Vía Clínica: Cuadro de actividades a realizar por todos los profesionales que intervienen, Cuadro de seguimiento de la atención prestada para el paciente y familia, Diseño de hoja de recogida de datos: Control de información en una sola base de datos, Monitorización de indicadores de seguimiento de la vía, Encuesta de satisfacción de niños que acuden a nuestro servicio, 4) Presentar una valoración inicial de los niños atendidos.

**Resultados:** Un 30% de los niños Discapacitados no pudieron ser tratados. En mayo de 2003 el Instituto Madrileño de la Salude creó la Unidad de Salud Bucodental a niños Discapacitados en Atención Primaria del Área 2 con ubicación en el Hospital Niño Jesús como unidad de referencia para todo Madrid. A partir de la caja IDEFO de Asistencia Odontológica, hemos definido los procedimientos en quirófano y consulta y hemos coordinado actuación con Anestesia y Odontólogos del HNJ, fruto de la cual se ha diseñado una vía clínica de actuación. Desde el inicio se ha atendido a 192 niños. A 100 se les ha tratado con Anestesia General. El tiempo medio de cirugía es de 1 hora 48 minutos (ds 0,30) y la media de procedimientos practicados por niños asciende a 12 (ds 6). El número de exodoncias practicadas a estos niños se ha reducido a la tercera parte respecto al periodo previo de atención sin anestesia general.

**Conclusiones:** La Unidad permite atender a niños que hasta la fecha no recibían salud bucodental y hemos conseguido disminuir el número de exodoncias realizadas con un incremento de procedimientos conservadores. Queda pendiente medir la satisfacción. Creemos que para las fechas del congreso podamos aportar datos.

### VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA

C-199

B. Candía, L. Larriba, M. González, P. Farjas, R. González y A. Castro-Beiras

**Palabras clave:** Codificación, Documental Systems.

**Objetivos:** 1) Definir la estructuración y codificación de los documentos en un Complejo Hospitalario, 2) Validar el Sistema de clasificación y codificación de la documentación en un área de Gestión Clínica (Área del Corazón del CHUJC).

**Métodos:** Se constituye un grupo de trabajo con representación de profesionales del área médica, área de enfermería y área de gestión. En una primera fase se revisa la documentación disponible desde la Unidad de Calidad: normativas, documentación de utilidad clínica, documentación de gestión, es decir, toda aquella documentación que se utiliza en el Complejo Hospitalario para la asistencia, así como para los procesos estratégicos y procesos de apoyo. Este sistema excluye la codificación de las Historias Clínicas y de los diagnósticos. Se consensua la clasificación de los documentos y el método de codificación para su aplicación en todo el Complejo Hospitalario.

**Resultados:** Se han clasificado los documentos en tres posibles niveles: documentos de primer nivel (documentos de referencia interna para los Sistemas de Gestión del CHUJC-Política de Calidad, Política de Medioambiente, Manual de Calidad, Manual de Medioambiente, Procedimientos Generales y específicos, Normativas), documentos de segundo nivel (derivan de los de primer nivel y los constituyen los Planes específicos, Protocolos, Guías, Vías Clínicas, etc.), y los documentos de tercer nivel, que constituyen los formatos, que dan soporte a los documentos de primer y segundo nivel, y registros específicos. Se ha establecido asimismo, un sistema que permite la codificación basado en estos tres niveles de documentación. Para su validación, se ha aplicado al Área de Corazón del CHUJC, por considerar que es precisamente en un área de gestión clínica donde mayor complejidad podría existir, y la que mejor permitiría evaluar la operatividad de este sistema.

**Conclusiones:** La implantación de un sistema de clasificación y codificación de la documentación facilita la actualización y gestión de información a nivel global y por áreas clínicas en los centros sanitarios. Así mismo, permite a los profesionales acceder de forma organizada a la documentación que debe aplicarse en su ámbito de actuación.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ANESTESIA OBSTÉTRICA 1989 - 2003

C-200

F.L. Vilanova, V. García, I. Bolívar, I. Quintana, X. Bonfill, Comisión EVAL. RESULT

**Palabras clave:** Anestesia Locoregional, Autoevaluación.

**Objetivos:** En la Unidad de Anestesiología de Urgencias generales y obstétricas, junto con el Programa de Calidad, ya en 1988 nos propusimos monitorizar y evaluar la analgesia en la Sala de Partos. Se describen los cambios en las técnicas y las actuaciones anestésicas que se derivaron del proceso de monitorización y evaluación continua, los indicadores discriminantes de calidad definidos, y los resultados en términos de efectividad y seguridad.

**Métodos:** En el ciclo de evaluación, hemos detectado las posibilidades de mejora con métodos de grupo (técnicas de "brain storming"), e individuales (observación directa o sugerencias del colectivo), utilizando como sistema de información la monitorización de la analgesia y el estudio de incidencias y complicaciones. Hemos establecido indicadores de calidad con capacidad discriminante, evaluando su repercusión en las pacientes con complicaciones que afectan el proceso asistencial.

**Resultados:** Desde 1989 se ha monitorizado la analgesia en la Sala de Partos, evidenciando un aumento de la anestesia locoregional desde un 40% en 1989 a un 93,1% en 2003, con una disminución de la utilización de la anestesia general desde el 5% al 0,2%, respectivamente. Se ha observado también, una disminución de la utilización de la anestesia local y pudendos desde el 49% en 1989 hasta el 6,7% en 2003. Finalmente, se ha implantado de forma experimental la técnica Walking Epidural. Como indicadores discriminantes de calidad hemos estudiado las cefaleas (0,13%) desencadenadas por punciones durales (0,55%), el dolor de espalda postpunción (12 variables), cuyos primeros resultados en un estudio prospectivo multivariante son estadísticamente significativos, y las complicaciones de las técnicas utilizadas, cuyos porcentajes están dentro de las cifras aceptadas por la bibliografía internacional.

**Conclusiones:** El establecimiento de indicadores de: *Accesibilidad:* porcentaje de pacientes sin anestesia "queriéndola". *Eficacia:* utilización de método anestésico eficaz y contrastado científicamente. *Efectividad:* pacientes sin dolor y con un nº aceptable de complicaciones. *Seguridad:* disponibilidad de actuación continua e inmediata con los requerimientos necesarios. *Satisfacción:* nivel de información, encuestas a usuarias, escalas de dolor, etc. junto con la creación de un equipo coordinado y multidisciplinario, hacen posible monitorizar y evaluar la asistencia de Anestesiología en la Sala de Partos y mejorar la calidad de la analgesia obstétrica.

## PRESENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL CÁNCER COLORRECTAL Y RESULTADOS TRAS UN AÑO DE SU APLICACIÓN

C-202

V. Soria, A. Campillo, E. Pellicer, B. Flores, M.F. Candel y J. Miguel

**Palabras clave:** Vía Clínica, Colorrectal.

**Objetivos:** El cáncer colorrectal es la neoplasia digestiva más frecuente que, sin embargo, se ve gravada por una significativa variabilidad de la práctica clínica. Es por ello que, a pesar de tener un curso evolutivo difícil de prever, se trata de un proceso que se beneficiaría de ser incluido en una vía clínica. El objetivo de esta comunicación es presentar la vía clínica del cáncer colorrectal elaborada en nuestro servicio y los resultados preliminares obtenidos tras su implantación.

**Métodos:** Durante 4 meses un equipo multidisciplinar desarrolló un calendario de reuniones en las que, tras la revisión sistemática de las evidencias científicas, el análisis de una serie previa y el consenso de los profesionales implicados se establecieron una serie de protocolos (estadiaje preoperatorio, seguimiento postoperatorio), documentos (protocolo quirúrgico, informe anatomopatológico) y la matriz temporal de la vía clínica. La implantación de la vía clínica se realizó en Junio de 2003. Para la evaluación de la vía clínica se han analizado los indicadores específicos y se han recogido de forma prospectiva los datos de todos los pacientes intervenidos hasta Mayo de 2004 para compararlos con los de un grupo homogéneo de enfermos intervenidos antes del inicio de la elaboración de la vía.

**Resultados:** Entre Junio de 2003 y Mayo de 2004 se han intervenido 65 pacientes (edad media de 66,8 años, 65% hombres y 35% mujeres). Se ha encontrado una mejora significativa en la información reflejada en el parte operatorio, el inicio de la tolerancia oral (64,7% al 2º día), la estancia hospitalaria (10,3 días) y en la calidad del estudio e informe anatomopatológico (número medio de ganglios aislados por pieza 16,6). No se ha visto afectada por la vía clínica la tasa de complicaciones, disminuyendo únicamente la incidencia de íleo postoperatorio, o la mortalidad global.

**Conclusiones:** La implementación de una vía clínica para el cáncer colorrectal, con las dificultades connaturales del proceso, mejora significativamente la calidad asistencial del mismo, aunque quedan aspectos del proceso susceptibles de analizar y mejorar.

## OPTIMIZACIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES OMS EN UNA CLÍNICA MATERNAL

C-201

M. Martín, M. Sabaté, J. Mateo y R. López

**Palabras clave:** Lactancia Natural.

**Objetivos:** El mayor número de fracasos de lactancia natural se producen en la primera semana por abandono de la misma o por falta de instauración en el momento del alta obstétrica. Nuestro objetivo se centra en aumentar el número de lactancias naturales en el momento del alta y mantener la misma en los primeros quince días.

**Métodos:** Nuestro centro tiene un promedio de 650 partos anuales. Se efectúan el estudio de lactancias naturales instauradas mediante encuesta telefónica a lo largo del año 2003, con los siguientes resultados: lactancia natural al alta 524 y lactancia natural mantenida a los quince días 460. Para la mejora de esta situación se decide utilizar como indicadores los 10 marcados por la OMS en su programa de acreditación de hospitales "amigos de los niños" y efectuar los cambios necesarios en los protocolos existentes para permitir su seguimiento y evaluación. *Indicadores utilizados:* 1) Disponer por escrito de una política relativa a la lactancia natural. 2) Formación continuada del personal sanitario. 3) Información a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural. 4) Apoyo intensivo durante los 30 primeros minutos post-parto. 5) Entrenamiento de técnicas a las madres. 6) No dar a todos los RN más que leche materna. 7) Cohabitación de madre y recién nacido. 8) Lactancia a demanda. 9) Prohibición de chupetes o similares. 10) Creación de grupos de apoyo.

**Resultados:** La implementación de las medidas aconsejadas por la OMS y su medida mediante los 10 indicadores citados ha permitido obtener un resultado de lactancia natural al alta 98% y lactancia natural mantenida a los quince días del 97%.

**Conclusiones:** La utilización de indicadores que obligan a cambios en los protocolos preexistentes en las unidades de nursery permiten obtener resultados óptimos en la instauración de la lactancia natural. Las desviaciones observadas mediante la monitorización continuada son útiles para instaurar correcciones y mantener los porcentajes de partida.

## MODELO DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL CONSORCIO PÚBLICO H. SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE (HSJDA), SEVILLA

C-203

A. Juárez, J. Bachiller, V. Beltrán, J. Alonso, J. Sánchez y J. Pardo

**Palabras clave:** Calidad Asistencial, Urología.

**Objetivos:** En diciembre de 2003, se inauguró el HSJDA, en Bormujos, Sevilla. El S. de Urología se rige según un Modelo de Gestión Clínica (MGC) cuyo objetivo es prestar una atención sanitaria urológica comprometida con la calidad y la eficiencia, y orientada al cliente y a su satisfacción.

**Métodos:** Diseño de un MGC sustentado en los siguientes pilares básicos: 1) El conocimiento de las necesidades de atención sanitaria urológica de los pacientes, 2) La personalización de la atención sanitaria, desde la perspectiva de un trabajo en equipo en el marco de un Servicio con una estructura flexible donde prime la horizontalidad y la equidad en dicha atención sanitaria. 3) La autonomía profesional en la gestión clínica y en la gestión de la agenda de urología. 4) La "auditoria clínica" como instrumento de autocontrol y de mejora continua de la calidad asistencial. 5) comunicación y coordinación entre profesionales de AP y S. de Urología. 6) la satisfacción de los pacientes, sus familiares y de los profesionales de AP, 7) la coordinación, planificación y estandarización de todos los procesos urológicos, aplicando criterios de calidad y la mejor evidencia científica disponible, 8) la educación sanitaria del usuario. Las herramientas de gestión integradas en el MGC son: 1) La Consulta de Acto Único de Urología, consulta de alta resolución dotada de alta tecnología, que resuelve en una sola visita los problemas urológicos de la mayoría de los pacientes. 2) Accesibilidad: la demora 0 no es un objetivo en sí, es una herramienta básica de ahorro de revisiones. Las evoluciones normales y previsibles son competencia de los facultativos de AP. 3) Vías Clínicas: plan estandarizado de cuidados clínicos realizado multidisciplinariamente para cada procedimiento urológico. 4) Estandarización de procesos urológicos en AP.

**Resultados:** Los indicadores de actividad clínica (31 de mayo) que disponemos son: Nº de ingresos: 148. Nº de estancias: 296. Estancia media: 2. Nº Primera consulta: 2173. % de consultas sucesivas: 13%. Consultas Enfermería Urológica: 1864. Demora media 1ª vez (días) (dem. Técnica Satisfecho/muy satisfecho con el MGC: 100%. Nº intervenciones quirúrgicas: 395. Estancia media preoperatorio: 0. % intervenciones ambulatorias: 62,78. Demora media quirúrg. (días): 23.

**Conclusiones:** El MGC implementado ha tenido en los primeros 6 meses de funcionamiento un impacto positivo en los resultados asistenciales y en la satisfacción de los usuarios.

MESA 30

## Orientación al cliente. Atención especializada (IV)

### METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE NEGOCIO: UN PASO IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

C-205

I. Rodrigo e Y. Montes

**Palabras clave:** Proceso Clínico; Clasificación.

**Objetivos:** Utilizar un sistema de clasificación con coherencia clínica que permita identificar y analizar las principales áreas de negocio (siguiendo el eje de los procesos clínicos) de las organizaciones sanitarias a nivel de macro, meso y microgestión.

**Métodos:** Especificaciones técnicas de la clasificación: debe recoger al menos el 80% de la casuística de los servicios clínicos en pocas categorías; aplicable a partir del CMBD; automatizable, actualizable y de uso ágil y sencillo; coherencia clínica de los grupos resultantes para compartir acciones e indicadores comunes; debe permitir el diálogo entre clínicos y gestores y posibilitar el despliegue a nivel de servicio de salud, hospital, especialidad y unidad clínica. Las bases de datos del CMBD del año 2002 fueron analizadas con distintos sistemas de clasificación: CIE-9-MC, GRDs y CCS (Clinical Classification Software). Tras la aplicación de cada una de estas clasificaciones se estudiaba si las categorías resultantes cumplían las especificaciones requeridas. Además de la realización de los estudios técnicos pertinentes, se solicitó la opinión sobre los resultados obtenidos a los clientes finales de los mismos mediante un cuestionario estructurado a clínicos (23) y mediante entrevista a todos los directores y facultativos del servicio de calidad de los 5 hospitales del Servicio Navarro de Salud (SNS-O) para que valoraran la representatividad, inteligibilidad y utilidad de los grupos clínicos obtenidos.

**Resultados:** Con la CIE-9-MC no se pudo recoger en pocas categorías el 80% de la casuística de los servicios clínicos. El principal inconveniente de los GRDs es que los pacientes con un mismo diagnóstico y procedimiento se dispersan en varias categorías, y no siempre son bien entendidos por los clínicos. Al aplicar la CCS, 110 categorías representan los principales procesos clínicos del SNS-O, 38 representan los procesos de un hospital terciario y entre 8 y 14 categorías reflejan los principales procesos clínicos de los servicios. A más del 80% de los gestores y de los clínicos les resultó útil la CCS.

**Conclusiones:** La CCS es la única herramienta que ha cumplido las especificaciones técnicas requeridas siendo un sistema de clasificación que se adapta tanto a los imperativos de los gestores como a las necesidades de los clínicos. La CCS es la herramienta que se ha utilizado en el SNS-O para definir la cartera de servicios ya que permite conocer, no solamente los principales procesos clínicos que tratan los servicios, sino establecer parámetros de calidad a los mismos.

### ENFERMERÍA DE ENLACE. UNA PERSPECTIVA DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

C-204

M. Martínez-Piédrola, M.C. García-Tallés, S. Duque-López y M.B. Santamaría-Fernández

**Palabras clave:** Enfermero de enlace, Organización, Coord.

**Objetivos:** En el área 8 del IMSALUD, se desarrolla un proyecto de planificación al alta y seguimiento en Atención Primaria (AP) de pacientes mayores de 65 años, mediante la coordinación entre enfermeros de Atención Especializada (AE) y AP, a través de un Enfermero de Enlace. En AE colaboran 2 enfermeros captadores (EC) de pacientes para el estudio y coordinación con AP y 4 enfermeros de enlace (EE) para la valoración de pacientes mediante escalas de valoración geriátrica funcional, y educación sanitaria. Analizar el proceso de planificación del alta desde AE. Valorar la respuesta de los pacientes. Detectar puntos fuertes y áreas de mejora.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los datos obtenidos (1-XII-2003 a 25-V-2004). **Identificación:** Los EC revisan los ingresos del día anterior, seleccionando los casos adecuados al proyecto (> 65 años con patología definida al ingreso: síndromes coronarios agudos, prótesis de cadera o rodilla, EPOC, neumonía, insuficiencia respiratoria y asma). **Captación:** mediante información completa sobre el estudio al paciente y familiares/cuidadores, firma de consentimiento, y valoración usando la escala de la Cruz Roja (0-5, > de 3 implica un nivel de dependencia que los excluye del estudio). Contacto con los EE, en función de la patología motivo de ingreso, para realizar intervención. Al alta médica, las EC contactan con el centro de AP de referencia del paciente, para informar del alta, patología de ingreso, nº de caso/control, nombre del EE y teléfono de contacto.

**Resultados:** N°

Reñen requisitos estudio:	203
Puntuación Cruz Roja > 3:	60
No aceptan participar:	29
Excluidos (itinerantes):	14
Reingresos en estudio:	6
Total en estudio:	62

**Conclusiones:** *Puntos fuertes:* El proyecto implica la coordinación de enfermería en ambos niveles asistenciales. El número total de pacientes con los que se ha contactado para su inclusión en estudio es acorde con el cronograma de trabajo planteado. La coordinación entre los EC es constante. La coordinación entre los EC y EE es fluida. *Áreas de mejora:* Las dificultades para la captación de pacientes estriban en la difícil comprensión del proyecto por los pacientes, el elevado número de pacientes evaluados con mayor grado de dependencia del requerido, el número importante de pacientes detectados al cuidado de sus hijos y en rotación por diferentes domicilios familiares (itinerantes). La conexión entre los EE y los enfermeros de AP aunque constante, conlleva dificultad por la organización de cada nivel asistencial.

### IMPORTANCIA DE LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN CLÍNICA PARA LA CALIDAD Y EXPLOTACIÓN DE LA MISMA

C-206

F.J. García-Sánchez, M.C. Morales y E. Graña

**Palabras clave:** Información clínica, Grd, Codificación.

**Objetivos:** Comprobar si la implantación del nuevo formulario de asistencia al parto, de nuestro centro, ha influido en los aspectos cuantitativo y cualitativo de la información recogida en el periodo de estudio.

**Métodos:** *Ambito:* hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 220.000 hab. Se seleccionaron todos los episodios hospitalarios codificados, de la Unidad de Obstetricia, de marzo y abril de 2003 y 2004. Se utilizó para la agrupación de la casuística y, su posterior análisis, la versión 18 de AP-GRD®. Se realizó el análisis de la casuística, la distribución de la codificación de diagnósticos y procedimientos, y el resumen de indicadores de actividad asistencial para este periodo y Unidad. Por último, se comprobó en el agrupador los GRDs utilizados y la distribución de pacientes y porcentajes que se incluyen en cada uno de ellos.

**Resultados:** La observación de los datos presentados permite comprobar el descenso que se produce en los meses de marzo y abril de 2004, en el promedio de diagnósticos y procedimientos, con respecto al 2003. La distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos y procedimientos por casos, refleja claramente una disminución de episodios con 5 o más diagnósticos y, el aumento de casos con 2 o 3 diagnósticos. Pero es, sobre todo, en el apartado de codificación de los procedimientos donde se manifiesta, de forma ostensible, el aumento de casos con 2 o 3 procedimientos en detrimento de los episodios de 5 o más llegando incluso a no tener, en el mes de abril, ningún caso de estos. Por último, se evidencia en lo que respecta a datos sobre casuística por GRDs como el número de GRDs utilizados por la Unidad de Obstetricia, para definir su casuística es inferior en el 2004, observándose un aumento del porcentaje de pacientes que se distribuye en GRDs sin complicaciones.

**Conclusiones:** La interpretación de los resultados obtenidos constata la necesidad de revisar el nuevo formulario, si se desea mantener los niveles cuantitativos y cualitativos de la información clínica que recaba la Unidad de Obstetricia. Es indudable que el nuevo formulario no refleja todas las incidencias y complicaciones surgidas en los procesos obstétricos, sobre todo, en lo que se refiere a procedimientos. Por tanto, nuestro objetivo a la vista de los resultados obtenidos, es revisar el formulario de asistencia al parto y, consensuar la información que debe recogerse. La centralización de la codificación clínica resulta necesaria como garante de la calidad de la información asistencial.

**GESTIÓN DEL PROCESO CONTABILIDAD EN UN HOSPITAL**

L. Bartual, M.A. Alguacil, M.J. Arbalejo, C. Rubio y J. Ungo

**C-207****Palabras clave:** Contabilidad, Gestión Procesos.

**Objetivos:** El proceso de Contabilidad es uno de los procesos de gestión Económico Financiera de nuestro hospital. Por su importancia estratégica se seleccionó en la primera fase de implantación de gestión de procesos del centro en 2003. Su objetivo es registrar adecuadamente todos los hechos económicos que tienen lugar en el hospital, según su naturaleza y por centro de coste, proporcionando la información a agentes externos e internos en la forma y plazo establecidos.

**Métodos:** El proceso de Contabilidad se diseñó mediante un equipo multidisciplinar y fue validado por la Unidad de Calidad del centro. La implantación del mismo se realizó tras el nombramiento del propietario en Diciembre de 2003, para ello se identificaron y definieron las actividades, clientes, diagrama de flujo, indicadores y el cuadro de mando para su monitorización.

**Resultados:** Existe un cuadro de mando del proceso, actualizado mensualmente, relativo a variables como plazo de cierre mensual e indicadores de actividad del proceso. Este cuadro permite realizar el seguimiento de los objetivos del proceso y adoptar medidas correctoras oportunas en caso necesario. La evolución de los indicadores: Nº de facturas pagadas, Nº de documentos de pago, Importe de fras. Conformadas por vto. con respecto al total a pagar, Nº de fras-no conf. de Farmacia (Vencen en el mes y con Vencimiento meses sgtes.), Nº incumplimientos (acumula) en plazo (RRHH y FARMACIA), Nº incumplimientos entrega por errores (RRHH, FARMACIA), Cumplimiento del plazo en cierres (RRHH, FARMACIA), Número de facturas contabilizadas de proveedores, Número de facturas contabilizadas de deudores, % facturas contabilizadas en el mes con fecha mes anterior, y dos ó mas meses anteriores. La evolución de los indicadores durante el ejercicio 2004 ha sido positiva (y se presentará en el Congreso). Los resultados se adecuan a los estándares establecidos, y son validados externamente a través de las auditorías externas de cuentas realizadas anualmente por: empresa privada de auditoría, Intervención General de la Seguridad Social y Tribunal de Cuentas.

**Conclusiones:** La gestión del proceso contabilidad en nuestro centro se adecua a los estándares establecidos y sus resultados son adecuados a los requerimientos establecidos por las normas contables y las entidades auditoras externas así lo validan.

**EFFECTIVIDAD DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA EN LAS ALTAS HOSPITALARIAS**

B. Cuevas, J. Rebull, L. Brull, C. Diaz, P. Alegre y M. Castella

**C-209****Palabras clave:** Altas Hospitalarias, Mejora.

**Objetivos:** Describir las actividades realizadas, las acciones de mejora propuestas y los resultados obtenidos tras la evaluación del proceso de gestión del alta hospitalaria para facilitar la gestión integrada de camas.

**Métodos:** A través del Plan estratégico, se marcó como objetivo mejorar la gestión de las altas de nuestro centro. Un grupo de trabajo revisó la normativa del alta hospitalaria existente, durante el 2003, identificó disfunciones, priorizó problemas y propuso medidas correctoras. Los criterios establecidos fueron: 1) Información sobre el alta hospitalaria a pacientes y familiares en el momento del ingreso. 2) Recopilación de la información (social-familiar) que condicione el alta, durante los dos primeros días. 3) Comunicación del preaviso de alta a la familia o paciente. 4) Salida de la habitación antes de las 12 h con el informe de alta hospitalaria en mano. 5) Acondicionamiento de la habitación (limpieza). Para su evaluación se generaron 3 indicadores con sus correspondientes estándares (ST).

**Resultados:** La muestra total evaluada después de la intervención fue de 350 altas correspondientes al primer trimestre del 2004 y que pertenecían a 4 unidades de hospitalización (Cirugía general, medicina interna, especialidades médicas y especialidades quirúrgicas. Los indicadores evaluados fueron: 1) Altas antes de las 12 horas, el resultado fue del 26,8% (ST, 30%). 2) Informe en mano en el momento del alta, se obtuvo un 84,8% (ST, 90%). 3) Preaviso antes del alta, 60,8% (ST 50%). Puntos fuertes: indicadores 1 y 3 en especialidades quirúrgicas con 42% y 78% y en el indicador 2, medicina con 98%. Áreas de mejora: indicador 1 y 3 medicina 5%, 36%. Indicador 2 especialidades quirúrgicas 71%.

**Conclusiones:** El Plan estratégico es un buen instrumento para hacer un diagnóstico y planificación de la calidad. En nuestro caso ha servido para incorporar la cultura del preaviso, del informe en mano y ha supuesto una mejora importante en la gestión integral de camas al facilitar el circuito de ingreso y el alta efectiva antes de las 12 horas.

**ANÁLISIS DEL ESTUDIO TOMOGRÁFICO CEREBRAL EN URGENCIAS TRAS LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE MEDICINA BASADA EVIDENCIA**

B. Losada, E. Delgado, M. Gomez, M. de Haro, J.A. Ferreres y J.A. Oliva

**C-208****Palabras clave:** Evidencia, urgencias, tac.

**Objetivos:** La Medicina Basada en la Evidencia Científica (MBEC), consiste en la utilización consciente, explícita y fundamentada de la mejor evidencia científica-clínica para tomar decisiones sobre las actuaciones a tomar en el proceso asistencial. El objetivo de nuestro estudio ha sido el valorar la eficiencia (motivo demanda/resultado exploración) del estudio Tomográfico Computarizado (TC) antes y después de la incorporación de criterios para la demanda de TC urgente según MBEC.

**Métodos:** En función de los criterios elaborados por el Royal College of Radiologists, se establecieron las indicaciones de estudio TC urgente. Los criterios (C) considerados son: C1-Focalidad neurológica, C2-Depresión del nivel de conciencia, C3-Síntomas neurológicos progresivos o fluctuantes, C4-Papiledema, fiebre o rigidez de nuca, C5-Cefalea severa desde el inicio del cuadro clínico, C6-Historia de traumatismo craneal previo, C7-Indicación de tratamiento anticoagulante en pacientes con AIT de repetición y C8-Indicación de trombolisis. Se han comparado 120 episodios consecutivos con estudio TC, 60 antes y 60 inmediatamente después a la incorporación de los criterios establecidos.

**Resultados:** Periodo previo: C1: 21 pacientes (35%), 15 con TC patológico agudo (PA), 2 con TC normal (N) y 4 con TC con cambios crónicos (CC). C2: 3 pacientes (5%) con TC con CC, C3: 2 pacientes (3,3%) con TC CC, C6: 9 pacientes (15%), 7 con TC N, 1 TAC con fractura occipital y 1 TC PA (Exp. neurológica patológica), C7: 3 pacientes (5%) con TC con CC. No criterios (Exploración neurológica normal): 22 pacientes (36,7%), 15 con TC N, 7 con TC con CC. Ningún paciente con Criterios 4, 5, 8. Periodo posterior: C1: 28 pacientes (46,7%), 17 TC PA, 8 con TC CC, 3 con TC N. C2: 4 pacientes (6,7%) con TC CC, C3: 5 pacientes (8,3%), 3 con TC N, 2 TC CC, C5: 1 paciente (1,7%) TC N, C6: 9 pacientes (15%), 2 TC N, 5 TC con CC, 2 con TC PA ambos con exploración neurológica patológica, No criterios: 13 pacientes (21,7%), 9 con TC N y 4 con TC CC. Ningún paciente con Criterios 4,8.

**Conclusiones:** En ambos periodos de estudio se observa la ausencia de TC con lesiones agudas en los pacientes sin criterios MBEC; por el contrario la presencia de criterios MBEC conlleva un alto porcentaje de TC patológico agudo (71,4 vs. 60,7%). La incorporación de los criterios MBEC ha conllevado a una clara reducción en la demanda de TC en urgencias entre los pacientes sin criterios (21,7 vs. 36,7%) conllevando una mejora en la eficiencia de dicha exploración complementaria.

**REDISEÑO DE PROCESOS: BIOPSIA HEPÁTICA AMBULATORIA**

J. Morís, M.C. Álvarez-Navascués, Y. García-Alonso, M.L. Díaz, F.J. Román y N. Baniela

**C-210**

**Objetivos:** El hospital tiene establecida una línea de trabajo para ambulatorizar procesos que previamente se realizaban en régimen de hospitalización. Dentro de ella se constituyó un grupo de trabajo para el proceso de biopsia hepática, en el que se diseñó el circuito, incluidas las hojas informativas para el paciente. En abril de 2003 se puso en marcha la realización de esta prueba de forma ambulatoria.

**Objetivos:** Revisar la experiencia de la biopsia hepática con control de ECO sin ingreso tras un año de funcionamiento.

**Métodos:** Análisis retrospectivo y descriptivo de los casos atendidos en dicho periodo.

**Resultados:** Se han realizado un total de 43 biopsias en régimen ambulatorio. Los pacientes fueron 15 mujeres y 28 hombres, con una edad media de 46 años. En 41 ocasiones el proceso se desarrolló sin complicaciones y el paciente fue dado de alta en un intervalo entre 4 y 6 horas tras el procedimiento. Dos pacientes requirieron ingreso por dolor, sin repercusión hemodinámica y permanecieron ingresados menos de 24 horas.

**Conclusiones:** 1) La biopsia hepática bajo control ecográfico es un proceso que se puede realizar de forma segura sin hospitalización. 2) En nuestra experiencia, las complicaciones se presentan con una frecuencia muy baja y son de escasa gravedad.

MESA 31

## Orientación al cliente. Atención primaria (I)

### EFICIENCIA Y EVIDENCIA: GESTIÓN DE LAS TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-212

J.M. Mena, A. Cañada, R. Rodríguez, Gerencia Área 4 Atención Primaria de Madrid.

**Palabras clave:** Procesos, Diabetes, Autoanálisis.

**Objetivos:** El aumento del consumo de tiras reactivas de glucosa (TRG) en nuestro Área entre 2002 y 2003 fue del 24%. Su uso parece no ajustarse a las recomendaciones científicas y la gran diferencia de consumo por centros y meses indica que los procesos de gestión de este material sanitario no están controlados. Presentamos los resultados de la implantación de un programa de mejora global para la adecuación del uso de TRG.

**Métodos:** El proyecto fue desarrollado por un grupo que incluía profesionales del Departamento de Suministros, Unidad de Calidad y médicos y enfermeras de los Centros de Salud. Las propuestas fueron consensuadas posteriormente con los Endocrinólogos de nuestro hospital de referencia. *Las líneas de trabajo adoptadas han sido:* a) Gestión del proceso completo. Se identifican dos grandes subprocesos. "Indicar y Ajustar" y "Entregar y Registrar". Se rediseñan todos los procesos, definiendo para cada uno de ellos su misión, límites, propietarios, especificaciones de calidad e indicadores propuestos para su monitorización. Los procesos se presentaron en todos los equipos para su posterior implantación. b) Dentro de las especificaciones de calidad se emitieron recomendaciones actualizadas sobre la evidencia científica de las necesidades e indicaciones de autoanálisis para cada tipo de diabético (tipos 1 y 2 y diabetes gestacional) según su tipo de tratamiento y grado de control. c) Se adecuó la oferta de tiras/máquinas del Área consensuando los modelos con los diabetólogos (pediátricos y de adultos) del Hospital Camón y Cajal. d) Se diseñó un protocolo específico de uso de TRG en la Historia Clínica informática OMI-AP. e) Monitorización del consumo de área y específico de cada centro.

**Resultados:** Los procesos están implantados y se mide actualmente su impacto. La utilización de un protocolo informático permite la explotación fácil de datos y su análisis. Se han redefinido los criterios de asignación de TRG para cada centro, adecuándolos a su número real y tipo de diabéticos. La identificación de áreas de mejora ha permitido desarrollar programas específicos en algún equipo de atención primaria. Los criterios definidos desde el hospital se han incluido para definir las recomendaciones del curso de compra de TRG.

**Conclusiones:** La gestión de los procesos disminuye su variabilidad y permite en los procesos asistenciales incluir la evidencia científica. La coordinación con nuestros diabetólogos facilita cumplir con las expectativas de todas las partes implicadas, especialmente de los diabéticos y sus familiares que demandaban criterios comunes.

### MONITORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS POR ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

C-211

J.J. López-Picazo, A. Barragán, R. Hernández, C. Escibano, G. Bravo y J.J. Herranz

**Palabras clave:** Monitorización, Primaria, Servicios.

**Objetivos:** En 1991 INSALUD desarrolló la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP), catálogo de servicios a prestar evaluable anualmente. Su uso evidencia la necesidad de cambios en su estructura y dinámica que mejoren su efectividad como herramienta de gestión de calidad. Pretendemos desarrollar un catálogo de servicios de AP adaptado al Plan Autonómico de Salud (PS) y construir una herramienta de evaluación y monitorización que facilite la mejora continua.

**Métodos:** Formamos un grupo con responsables de las áreas de salud y de la Subdirección AP para fijar criterios y adecuar la oferta de servicios a la actividad real y PS. Diseñamos una estructura y dinámica de evaluación monitorizable y facilitadora de la mejora continua. Después formamos grupos dirigidos de profesionales para definir contenido e indicadores de cada servicio.

**Resultados:** Concretamos 38 servicios agrupados en 3 tipos (preventivos, asistenciales, otros) y 14 áreas de atención (consulta, enfermería, urgencias, niño, joven, mujer, adulto-anciano, comunitaria, inmunizaciones, cirugía menor, bucodental, fisioterapia, mental y gestoría). *Estructura de los servicios:* Objetivo. Población diana. En asistenciales, además criterio de inclusión (situación que hace al individuo susceptible de recibir el servicio) y estándar (proporción que la cumple). Normas de proceso: Hasta 10 (formato enunciado-excepciones-aclaraciones). 4 tipos de indicadores de monitorización (IM) por servicio y sus estándares: a) Accesibilidad, 1-2. b) Proceso, 1-4. c) Uso de medicamentos, 0-2 (servicios que precisen). d) Resultado, 0-2. *Desarrollo de los servicios:* 15 grupos con (in)formación en medicina basada en la evidencia detallan el contenido de los servicios según modelo estandarizado. En los de nueva creación elaboran además una guía de práctica. *Dinámica de evaluación y mejora:* IM informatizados, por profesional, tras identificar códigos de proceso (CIAP) y de datos del paciente (DGP) en la historia informatizada (OMI-AP), generalizada en 2005. Ciclos de evaluación y mejora: según resultados de IM y análisis de normas de proceso. Planificación y formulación de objetivos: análisis por área de IM según estándares, y priorización por Pareto.

**Conclusiones:** Desarrollar una nueva estructura de oferta de servicios adecua la AP de nuestra Comunidad a las líneas estratégicas de su PS y a la actividad real de los centros.

El soporte informatizado permite monitorizar eficientemente estos servicios. Su dinámica de evaluación facilita una adecuada gestión de su calidad y la mejora continua.

### MANEJO DEL EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA: ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GOLD

C-213

E. Albarca, J. Meseguer, A. Serrano, S. Martínez, B. Hernando y M. Esteve

**Palabras clave:** EPOC, Calidad, Seguimiento.

**Objetivos:** Evaluar la adherencia a las recomendaciones GOLD, en el manejo de los pacientes EPOC.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo en un Centro de Salud con 19.000 habitantes. *Sujetos y métodos:* Todos los pacientes con EPOC (109) que figuran en el registro de crónicos del centro diagnosticados antes del 31 de enero de 2002. Se excluyeron pacientes inmovilizados. De historia clínica, se recogieron, la edad, sexo, año de diagnóstico, consumo de tabaco. *Variables de diagnóstico:* síntomas, espirometría, otras pruebas diagnósticas. *Variables de seguimiento:* espirometría y pruebas complementarias, consejo y tratamiento antitabaco, ingresos, exacerbaciones, comorbilidad.

**Resultados:** Un 86,2% (94) eran hombres, media de edad de 62 años (DE 8,5) la media de años desde el diagnóstico 8,9 (DE 3,1). *Variables de diagnóstico:* El hábito tabáquico no constaba en un 15,6%; en los que constaba un 62% eran fumadores activos, un 31,5% exfumadores. No constaba el número cigarrillos/día en un 43,1% tampoco el año de inicio 79,8%. En uno de cada cuatro pacientes no constaba anamnesis de tos, expectoración o disnea. Se realizó espirometría diagnóstica en un 64% de pacientes, rx en un 54%, hemograma y bioquímica en un 51,4%, ECG en un 32,1 y gasometría en un 23,9%. *Variables de seguimiento en el último año:* Un 35% tenían RX, un 30,3% espirometría, gasometría 11,9%, Hemograma 39% y bioquímica 36,7%, consejo antitabaco un 31,9% de los fumadores, un caso tomaba medicación antitabaco, un 18,3% había dejado de fumar. Un 32,1 había ingresado en el último año y un 43,1% había presentado exacerbaciones. La comorbilidad era frecuente en los pacientes siendo la más frecuente la HTA 34,9%, diabetes en 23,9%, dislipemias 25,7%, alcohol un 22% un 10% antecedentes de TBC y un 12% cardiopatía isquémica.

**Conclusiones:** Un porcentaje adecuado de pacientes tiene espirometría diagnóstica, mientras que la espirometría de seguimiento sigue siendo una prueba poco solicitada. Llama la atención la escasa intervención en consejo antitabaco. Otros indicadores de calidad en el diagnóstico y tratamiento son mejorables.

### ACREDITACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

M. Gens, F. Bobé, M. Maxenchs, E. Lorente, L. Palacios y N. Hernández

C-214

**Palabras clave:** Acreditación, Experiencia, Calidad.

**Objetivos:** Describir y analizar la experiencia de una acreditación (evaluación externa) de un Equipo de Atención Primaria (EAP) como modelo para obtener mejora de la calidad en la asistencia sanitaria según sistema internacional de la Joint Commission Internacional (JCI).

**Métodos:** Se nos hizo la auditoría externa y posteriormente recibimos un manual donde quedaba reflejado el estado inicial y propuestas de actuación en puntos a mejorar. El manual consta de once funciones: evaluación y asistencia de los pacientes, gestión de la información, educación, vigilancia prevención y control de la infección, liderazgo, mejora de la actuación de la organización, gestión del entorno, derechos del paciente y ética de la organización, continuidad de la asistencia y gestión de los recursos humanos. Cada estándar está subdividido en diferentes problemas a solucionar y cada uno consta: una puntuación, explicación de la situación actual en relación al problema y recomendaciones para intentar solucionarlo. Los problemas detectados están puntuados del uno al cinco. La puntuación cinco sería un problema a mejorar mucho y la puntuación uno la deseada.

**Resultados:** Des del centro de salud y con el soporte de la SAP (servicio de atención primaria), se asignó un responsable del proyecto y posteriormente a cada estándar se asignó un responsable de grupo de intervención y para cada problema del estándar unos líderes y finalmente colaboradores para ayudar a los diferentes líderes a solucionar los problemas. Al inicio del proyecto se priorizó los problemas con puntuación máxima. En una segunda fase se definieron los planes de acción, implantación de las soluciones a los problemas detectados y en la actualidad nos encontramos en la fase de reevaluación y elaboración de indicadores para el monitorage. Se ha establecido una manera sistemática de trabajo realizando reuniones periódicas con los diferentes responsables de los grupos de intervención y sesiones semanales de martes a jueves informativas para todo el personal del centro de salud.

**Conclusiones:** Desde hace muchos años las organizaciones sanitarias han considerado importante la evaluación de la "calidad de los servicios" que damos a la sociedad, como un esfuerzo de asegurar un servicio de calidad al cliente. En este sentido pensamos que nuestra experiencia en relación al proceso de acreditación nos abre una oportunidad para demostrar estándares de calidad asistencial y nos ha servido como un buen instrumento para la mejora continua.

### ELIMINANDO BARRERAS ESTRUCTURALES EN LA ASISTENCIA A PACIENTES SIN CITA (APSCP) EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Puig Fortuny, P. Carrillo, I. Bertrán de Lis, R. Pérez López, M. Gómez Ruiz y Calaf

C-216

**Palabras clave:** Accesibilidad, Calidad.

**Objetivos:** Mejorar la facilidad con que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa en el momento oportuno es uno de los objetivos del sistema de salud y en especial de la atención primaria. Siendo uno de los determinantes de la accesibilidad las barreras estructurales y organizativas de la asistencia sanitaria, el objetivo del presente trabajo es ilustrar la metodología y el resultado en el desarrollo del proceso APSCP en atención primaria.

**Métodos:** Proceso desarrollado en un Equipo de Atención Primaria (EAP) de ámbito urbano, con una población de referencia de 27.000 habitantes. El EAP esta formado por 13 médicos adjuntos y 6 residentes. Se han aplicado las herramientas de la calidad asistencial a través del ciclo PDCA. Para la evaluación se analizó la actividad asistencial de 12 días tomados de forma aleatoria, realizándose análisis estadístico descriptivo calculando tiempos medios, intervalos confianza, frecuencias relativas y absolutas y para la inferencia estadística se ha utilizado técnicas no paramétricas para una significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Durante el periodo enero-marzo 2.003 se creo un grupo de mejora de APSCP con participación de médicos, enfermeras y personal administrativo. Las conclusiones se plasmaron en el proceso APSCP. Durante el periodo de estudio se atendieron 507 pacientes, tiempo de espera 17 minutos, estancia en el centro 31 minutos, genero masculino 51%, media edad 55 años, con 13% mayores 64 años, siendo el 96% remitidos a domicilio y 4% a hospital referencia.

**Conclusiones:** La APSCP tiene importantes repercusiones en la planificación de los centros de Atención Primaria siendo necesario la mejora de estructura y proceso en vías a mejorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes. La aplicación de la metodología de la calidad asistencial y la participación de los profesionales como método de identificar problemas y desplegar áreas de mejora ha permitido desarrollar el proceso APSCP y mejorar la atención prestada a los usuarios.

### ANÁLISIS COMPARADO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA AL USUARIO (2001-2003). ÁREA 11 DE ATENCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

J.M. Mallo Fernández, J. Ferrándiz Santos y M. Beamud Lagos

C-215

**Palabras clave:** Atención Telefónica, Accesibilidad.

**Objetivos:** Conocer la calidad de la accesibilidad de los servicios que prestan las unidades funcionales (Equipos de Atención Primaria) y la homogeneidad de los procedimientos en la atención telefónica.

**Métodos:** Estudio observacional transversal de carácter semestral con significación de Área y Unidad funcional (39 EAPs) donde se valoran indicadores normativos explícitos de los procesos de atención telefónica de las Unidades Administrativas de Atención al Usuario (U.A.A.U.). Ítems de demanda y citación (% de llamadas contestadas, Frase introductoria, Trato correcto, Cita con antelación, Oportunidad de seguir hablando) ítems estructurales y administrativos (Trato usted, Identificación centro, Nombre del centro, Saludo, Confirmación de cita, Despedida). Realizamos un análisis comparativo de 11 ítems (accesibilidad/estándares de calidad telefónica) para determinar la diferencia de los puntos porcentuales de mejora, entre los periodos 2001-02 y 2002-03 por unidad funcional y sobre que ítems debemos incidir para mejorar.

**Resultados:** El 46,15% de las unidades funcionales han mejorado o mantienen sus resultados en el ítem, % de llamadas contestadas, en el periodo 2002-2003, frente al 53,84% que ha empeorado sus resultados con respecto al periodo 2001-2002. Media de Área 2001: 90, 42; 2002: 93,4; 2003: 94,53. El 43,53% de las unidades funcionales han mejorado o mantienen sus resultados en el resto de los ítems analizados en el periodo 2002-2003, frente al 56,41% que ha empeorado sus resultados con respecto al periodo 2001-2002. Media de Área 2001: 79,22; 2002: 76,64; 2003:78,75. Ítems susceptibles de mejora 45,45% (Identificación del Centro, Nombre de Centro, Saludo, Confirmación de cita, Despedida), respecto al 54,54% que mejoran o se mantienen (% de llamadas contestadas, Frase introductoria, trato usted, cita con antelación, trato correcto, oportunidad de seguir hablando).

**Conclusiones:** Aunque la media de Área presenta una tendencia ascendente, han aumentado el número de unidades funcionales que empeoran sus resultados. Se ha producido un incremento de población de 105.135 habitantes (2001: 687.973 hab. 2003: 793.108 hab.). Se da mayor relevancia a los ítems relacionados con la demanda y citación que a los ítems estructurales y administrativos. Debemos reforzar de forma periódica aquellos aspectos que contribuyen a proyectar una imagen positiva del servicio telefónico e intervenir de forma directa en aquellas unidades funcionales que han empeorado sus resultados para determinar cuales son las posibles causas.

### REEVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

L.A. Hijós, D. Ara, R. Martínez-Sánchez, E. Gracia-Trujillo, A. Castellanos y M. Jiménez-Sender

C-217

**Palabras clave:** Hypertension Quality Control.

**Objetivos:** Después de la realización de un estudio retrospectivo mediante un audit, (19 criterios relativos a la calidad científico-técnica), se propusieron las medidas correctoras las relativas a solucionar los problemas estructurales (revisión de esfigmomanómetros, manguitos de obesos, esfigmomanómetros electrónicos), y procesales (realización de analítica, microalbuminuria, fondo de ojo y reconocimiento específico). Por lo tanto, el objetivo es realizar la reevaluación del programa de Hipertensión arterial (HTA).

**Métodos:** Sobre los pacientes incluidos en programa de hipertensión arterial se realizó un muestreo sistemático de 62 historias (a = 0,95; e = 0,12). Las fuentes de datos utilizadas fueron la historia clínica, registro de formación continuada y la encuesta sobre adhesión al tratamiento. Para el análisis de los datos y comparación con los datos de la primera evaluación se usaron gráficos de Pareto, de estrella e histogramas de cumplimiento.

**Resultados:** La cobertura del programa fue 959 pacientes (un 4% más que en la evaluación inicial). Al comparar los datos se obtuvo una mejora del 24,81% en el cómputo de todos los criterios. El cumplimiento de los criterios agrupados era superior al 65% en todos los casos excepto en resultados, destacando la mejora obtenida en estructura, proceso formación continuada y proceso-seguimiento. En el análisis de los subcriterios, destacar que en criterios de bajo cumplimiento (40,3%, mejora de 12,1%) como los relativos a la analítica ya al reconocimiento medico observamos una mejora del 39,25% y del 22,24%, respectivamente.

**Conclusiones:** Queremos resaltar que el buen resultado obtenido refleja la efectividad de las medidas propuestas. Considerando que el nivel de calidad alcanzado es óptimo debemos realizar la monitorización de este programa. Para lo cual en primer lugar, crearemos un criterio específico y posteriormente realizaremos un muestreo para la aceptación de lotes (LQAS).

## MESA 32

# Orientación al cliente. Atención primaria (II)

### ELABORACIÓN DE UNA GUÍA METODOLÓGICA PARA LA REALIZACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**C-219**

A. Cardona, M. Esteban y P. Lillo

**Palabras clave:** Plan Estratégico, Calidad.**Objetivos:** Elaborar una Guía Metodológica para la confección de un Plan Estratégico (PE) en una Gerencia de Atención Primaria, utilizando herramientas clásicas de planificación sanitaria (Misión, Visión, Valores, DAFO) junto con nuevas herramientas de gestión de calidad: QFD (Análisis de la Función Calidad), AMFE (Análisis a Modo de Fallos). Todas las herramientas descritas se ensamblan de tal forma que se establece una ruta metodológica para elaborar un PE en una Gerencia de Atención Primaria.**Métodos:** Se establece un equipo de trabajo compuesto por dos gestores de Atención Primaria y una de de Atención Especializada, cuyo trabajo se desarrolla en tres Áreas de Salud del SESCOG (Servicio de Salud de Castilla La Mancha). Las decisiones se toman por consenso bajo la supervisión de un facilitador con amplia experiencia en gestión de calidad. Se diseña una Gerencia de Atención Primaria Virtual, que se enmarca en el entorno de la Atención Primaria de Castilla La Mancha y que se usa como base para el desarrollo y utilización de diversas herramientas de gestión. Para la definición y ponderación de los requisitos de los clientes finales y otras partes interesadas, colaboraron expertos en Atención Primaria y de otros ámbitos sanitarios. El QFD aporta el diagnóstico y la priorización de los procesos clave. Se confecciona la Guía conforme al criterio 7 de las Normas ISO 9001:2000, sobre realización del producto.**Resultados:** Se ha elaborado como producto final una Guía Metodológica para la realización de un Plan Estratégico en una Gerencia de Atención Primaria.**Conclusiones:** La Utilización conjunta de varias herramientas para la obtención, clasificación y evaluación de los datos ha resultado gratamente beneficiosa, pues ha permitido el estudio minucioso de todos aquellos aspectos relevantes y necesarios para la realización exitosa de un PE. El QFD, aunque inicialmente su desarrollo y aplicación ha resultado complicado, nos ha permitido realizar un despliegue funcional de la calidad total, atendiendo fundamentalmente a los requisitos del cliente, que son los que nos dan las claves del éxito del PE. El AMFE nos ha permitido conocer todos aquellos puntos críticos de nuestros procesos clave, donde se han aplicado acciones preventivas con el fin de evitar posibles fallos y resultados no deseados.

### LA LEGIBILIDAD DE LOS ESCRITOS DE RESPUESTA A RECLAMACIONES. ÁREA 11 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**C-218**

J.J. Muñoz-González, J.M. Mallo-Fernández, J. Ferrándiz-Santos y Beamud-Lago

**Palabras clave:** Legibilidad, Índice Flesch.**Objetivos:** El análisis de las reclamaciones es un método de detección de oportunidades de mejora que utilizado de forma sistemática con perspectiva individual y global en la organización permite desarrollar mecanismos y actividades que mejoran la calidad de los servicios. La preocupación por la legibilidad y comprensibilidad del mensaje escrito ha sido objeto de estudio en los medios de comunicación, por su influencia en el uso de la lengua y en la elaboración de materiales docentes. En el ámbito sanitario, se ha evaluado en los formularios escritos de consentimiento informado y en la información contenida en los prospectos de los envases de los medicamentos. **Objetivo:** Comprobar el grado de legibilidad de los escritos de respuesta a las reclamaciones (ERR).**Métodos:** Fase de análisis inicial descriptiva de un ciclo de mejora. Muestreo aleatorio (nivel de confianza 95% y error de precisión máximo 5%) del total ERR (1137) de usuarios del Área de A.P. en el período junio 2003 – diciembre 2003 (n = 134). Comparación con textos de noticias (NT) obtenidas de diarios nacionales. (n = 30). Análisis de comprensibilidad del texto mediante Índice de Flesch (I.F). Valora el texto en una escala de 100 puntos; cuanto más alto sea el resultado, más fácil será comprender el documento. La legibilidad aceptable se obtiene con valores de Flesch mayores de 10, de complejidad de oraciones menor de 40. Análisis de legibilidad bajo sistema de Microsoft Word (Windows XO Home). Tratamiento estadístico: programa SPSS versión 11.6.**Resultados:** El valor medio del IF en los ERR (5,94; IC 95%: 4,76-7,13) no alcanza la cifra considerada como aceptable (>10). Sin embargo, no existen diferencias significativas respecto al IF de los TN (media: 7,53; IC95% 4,47-10,58). Del resto de los parámetros analizados, únicamente se observaron diferencias entre los ERR y las NT respecto a la complejidad oracional que fue significativamente inferior (p = 0,022 IC 95%: 0,83-10,03) en los ERR (media: 46,97; IC95%: 43,25-50,75) que en las NT (media: 57,06; IC95%: 52,94 – 61,19).**Conclusiones:** Los resultados encontrados en este trabajo coinciden con los artículos publicados que cuestionan el valor absoluto del IF en los escritos en castellano ya que únicamente el 30% de las NT analizadas superan un IF del 10% considerado como aceptable. Si se utiliza como referencia de nivel de legibilidad el IF obtenido en las NT, nuestros resultados sugieren que la legibilidad de los ERR se encuentran dentro de los límites aceptables.

### CALIDAD DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE UN ÁREA DE SALUD

**C-220**

J. Martínez, J. Fernández y M. Ayuso

**Palabras clave:** Atención Telefónica, Calidad.**Objetivos:** Analizar la accesibilidad y la atención telefónica de las Unidades Administrativas (UU.AA.) de nuestra Área de Salud, con el fin identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar su impacto.**Métodos:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en el 2003 con un estudio transversal por evaluación externa. Ámbito de estudio: las UU.AA. de todos los Centros de Salud (32) de la Gerencia de Atención Primaria. Los criterios evaluados fueron: accesibilidad (número de llamadas necesarias para establecer comunicación), atención (saludo con identificación del Centro de Salud y bienvenida) y concreción (información ofrecida antes de 45 segundos). Los datos se obtuvieron a través de llamadas de “usuarios fantasmas” a los teléfonos de cita previa, durante los meses de junio y noviembre de 2003. Actualmente se están llevando a cabo medidas correctoras de tipo educacional (cursos de formación, difusión de resultados, protocolización, sesiones informativas) y estructural (nuevas líneas, grupos de salto) estando prevista una reevaluación en junio y noviembre de 2004.**Resultados:** Se realizaron 1.312 llamadas para un total de 640 comunicaciones. Las comunicaciones se consiguieron en una media de 2,05 llamadas, con un rango por UU.AA. entre 1,1 y 3,25 llamadas. El 55% de las llamadas fueron atendidas correctamente (rango entre UU.AA.: 15 a 90%). En concreción, un 89% de las comunicaciones se atendieron en menos de 45 segundos (rango por UU.AA.: 65 a 95%). Por días de la semana, la mejor accesibilidad es el miércoles (1,7 llamadas) y la peor el lunes (2,8). Por tramos horarios la mejor accesibilidad se da entre las 13-15:00 horas (1,71 llamadas) y la peor entre 8-9:00 horas (2,56). El rango de accesibilidad semanal va de 1,51 llamadas necesarias por comunicación los miércoles de 13-15:00 horas, a las 3,17 llamadas los lunes de 8-9:00 horas.**Conclusiones:** La calidad telefónica ofrecida por las UU.AA. de esta Gerencia ofrece buenas oportunidades de mejora en accesibilidad y atención, considerándose la concreción como buena. En la organización interna de las UU.AA. debería darse prioridad a la atención telefónica y tenerse en cuenta los picos de demanda para realizar una adecuada distribución de los recursos.

**COMUNICACIÓN INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES Y GESTORES****C-221**

A. Cisneros, R. Garuz, D. Judez, A. Aller, M. Andreu y M. Rodríguez

**Palabras clave:** Comunicación Interna. Auditoría.**Objetivos:** Conocer el estado actual de la Comunicación interna percibida por los profesionales y gestores de Atención Primaria. Conocer posibles estrategias futuras de mejora de la comunicación interna.**Métodos:** Se utilizó como metodología la auditoría de Comunicación. Con metodología cuantitativa y cualitativa: *Cuantitativa:* un estudio descriptivo transversal realizado a finales del año 2003 en el ámbito de la Atención Primaria (Centros de Salud, Gerencias de Atención Primaria y Dirección Gerencia del Salud). La información se obtuvo a través de un cuestionario previamente validado de Clima, Cultura y Comunicación Interna, que incluía un apartado específico sobre Comunicación Interna. Este cuestionario se administró a una muestra de 1800 personas que representaba a los profesionales que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Aragón. *Metodología cualitativa:* con 13 entrevistas semiestructuradas y 4 grupos de discusión.**Resultados:** Los profesionales de Atención Primaria no están satisfechos con el actual sistema de comunicación interna, manifiestan su desconocimiento de las nuevas estructuras en el Salud, de las estrategias organizacionales. La opinión sobre la información que recibe el profesional sobre el centro de trabajo es significativamente mayor (tanto en abundancia, claridad, periodicidad, credibilidad, puntualidad y formalidad) en los trabajadores que están satisfechos con su trabajo, los que participan en las decisiones que afectan a su trabajo y los que creen que merece la pena esforzarse en su trabajo. Los gestores reconocen que el actual sistema es mejorable y que la estructura actual del Salud en Sectores puede ser una oportunidad para mejorar la Comunicación Interna.**Conclusiones:** Ante los resultados de esta auditoría interna será importante establecer un plan de comunicación que permita ordenar la Comunicación dentro de la Institución. La generación de nuevos canales de comunicación más participativa, el establecer un sistema de feed-back informativo y la puesta en marcha de visitas periódicas a las distintas estructuras, para reuniones informativas, de coordinación que favorezcan la comunicación "cara a cara" servirá para que los profesionales se sientan "más escuchados".**EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIINFECIOSOS DURANTE CINCO AÑOS (1999-2003) EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ¿CANTIDAD O CALIDAD?****C-223**

M. Bárcena, M.V. Fustero, M. Siles y M. Goldaracena

**Palabras clave:** Antiinfecciosos. Consumo. Calidad.**Objetivos:** Conocer la evolución del consumo de antiinfecciosos en un centro de salud rural a lo largo de cinco años, para en base a ella implantar acciones de mejora.**Métodos:** Estudio descriptivo transversal, encuadrado en el Plan Integral de Calidad del centro de salud. *Población:* Todas las prescripciones de antiinfecciosos del subgrupo terapéutico J01 realizadas en receta oficial, a los usuarios incluidos en los diez cupos del centro desde 1999 hasta 2003, periodo en el que se pasó de 7261 a 7712 tarjetas sanitarias. Los datos de consumo se obtuvieron mediante el Sistema Informático Farmacéutico Servicio Aragonés de Salud. Se procesaron con Microsoft Excel 2000. Se ha asignado a cada especialidad el principio activo que contiene, usando la clasificación internacional ATC de la Organización Mundial de la Salud. Como unidad de medida se usó la Dosis Diaria Definida (DDD), y de comparación la DHD (DDD/ 1000 habitantes/ día). Los valores para las DDD son los publicados por la WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (ATC Index 2004).**Resultados:** Consumo total de antiinfecciosos en DHD de los años 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003: 24,58; 22,13; 17,52; 19,40 y 24,17. *Consumo por subgrupos:* Penicilinas: 6,70; 6,88; 5,30; 5,06 y 8,09. Penicilinas más inhibidor de b-lactamasas: 6,25; 5,64; 4,16; 5,37 y 7,18. Macrólidos: 4,64; 3,70; 3,38; 3,55 y 3,67. Cefalosporinas: 3,16; 2,49; 1,87; 1,99 y 2,17. Quinolonas: 1,97; 1,91; 1,70; 2,05 y 1,84. Otros subgrupos: 1,86; 1,51; 1,11; 1,38 y 1,22. Consumo de antiinfecciosos que habitualmente no son de primera elección en atención primaria: Cefalosporinas de 3ª generación: 0,62; 0,44; 0,38; 0,56 y 0,50. Quinolonas respiratorias: 0,03; 0,14; 0,23; 0,36 y 0,25.**Conclusiones:** El consumo total de antiinfecciosos tras descender los primeros tres años alcanza en 2003 un nivel muy similar al de 1999. Se ha disminuido el uso de antiinfecciosos que habitualmente no son de primera elección en atención primaria (cefalosporinas de 3ª generación, quinolonas y macrólidos). El aumento de los dos últimos años ha sido a expensas de penicilinas con o sin inhibidores de beta-lactamasas, pasando a suponer del 52% al 62% del total de la prescripción. Se observa una mejora en la calidad del perfil de la prescripción, pero un aumento en el consumo total. Esta sistemática de trabajo es útil para identificar problemas en la prescripción, sobre los que poder actuar para mejorarla. Pensamos que la monitorización del consumo, la información a los profesionales y otras actividades de mejora nos podrán ayudar a conseguirlo.**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN AP****C-222**

C. Carrera, F.J. Pérez, E. Medrano, O. Arroyo, C. Carretero y M.A. López

**Palabras clave:** Cobertura, Mamografía, Enfermería.**Objetivos:** En 1998 se inició el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (DEPRECAM), mediante cribado con mamografía de carácter bianual a mujeres de 50-65 años de edad en la Comunidad de Madrid (CM). *Objeto:* Conocer el impacto y los costes de una intervención de enfermería en la cobertura del programa DEPRECAM e identificar los motivos para no participar.**Métodos:** *Ámbito y periodo estudio:* Centro de Salud Potes (Area 11 Madrid). 1º trimestre de 2004. *Tipo de estudio:* Análisis descriptivo longitudinal de la cobertura de participación en el programa analizando la participación basada en el reclutamiento habitual de citación por carta y una estrategia de refuerzo positivo (contacto telefónico previo a la fecha de citación de la mamografía para informar y concienciar de la importancia de realizarse la prueba diagnóstica). *Proceso:* Intervención sobre la población asignada a los cupos de 3 enfermeras con respecto al total de mujeres del centro de salud citadas en el Programa. Cálculo de costes considerando el importe directo por retribución horaria de una enfermera (19,28€/hora) y el coste originado por las llamadas telefónicas (0,07€ por llamada <160 sg). *Análisis estadístico:* Programa SPSS 11.6 (distribución de frecuencias y test de chi-cuadrado).**Resultados:** La cobertura de participación en el Programa fue del 57% en las mujeres que se realizó contacto telefónico y del 40,4% en las que no se contactó ( $p < 0,001$ ), siendo sensiblemente inferior en las mujeres que participaban por primera vez (32,4% vs. 23,9% respectivamente,  $p = 0,004$ ). El 46,2% de las mujeres indicó como motivo de no participación la falta de concienciación (35,6%) o la dificultad para acudir a la cita (10,6%). Tras la intervención de refuerzo, el 60,4% de estas mujeres se realizaron la mamografía. Se efectuaron 381 llamadas, con una dedicación de 10,2 horas (3,4 horas por enfermera), resultando un coste global de 223,37€ (196,7€ en gasto de personal y 26,7€ en consumo telefónico).**Conclusiones:** Existe un insuficiente nivel de información en la población sobre la eficacia de la mamografía como intervención potencial sobre la morbimortalidad asociada al cáncer de mama. Conocer los motivos de no asistencia es esencial para incluir medidas de mejora. La estrategia de refuerzo (intervención enfermera) ha permitido mejorar la cobertura de participación en costes aceptables. Resulta favorable adoptar medidas que faciliten el incremento de cobertura en campañas poblacionales, especialmente en términos de adherencia inicial a los Programas de cribado.**CONTROL ESTADÍSTICO DE LA CALIDAD DE UNA ACTIVIDAD DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL****C-224**

R. Gómez, A. Galve, J. Albiñana y S. Carrasco

**Palabras clave:** Atención Primaria. Cirugía.**Objetivos:** Monitorizar la estabilidad del servicio de cirugía menor implementado. Demostrar la normalidad estadística, para asegurarnos posteriormente que se mantiene unos niveles de calidad aceptable en ésta actividad tras evaluar un ciclo de mejora previo e identificar si los hubiera aspectos-problema o priorizar nuevas oportunidades de mejora.**Métodos:** Estudio realizado en el EAP Teruel Rural del SALUD, con una población aproximada de 2400 usuarios. Estudiamos la estabilidad de la actividad desarrollada desde octubre de 2002 hasta mayo de 2004 utilizando gráficos de control y de desarrollo. Para estudiar si encontramos con niveles de calidad aceptable de la actividad tras la evaluación de un ciclo de mejora previo (octubre 2003) emplearemos el muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) de las intervenciones realizadas entre octubre 2003 y mayo 2004 utilizando cuatro indicadores: 1) Constancia del diagnóstico que motivo la intervención. 2) Identificación y presencia de dos profesionales en la intervención. 3) Descripción de la técnica empleada. 4) Existencia de consentimiento informado. La evaluación se realizó sobre la base de datos diseñada para este fin procesando los datos con el Programa de Gestión de Calidad Asistencial IGUAL®.*Proyecto incluido en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud BOA 15/11/2002.***Resultados:** Desde octubre de 2002 hasta el 30 de mayo de 2004 hemos realizado 137 intervenciones. El análisis del gráfico de desarrollo para valores absolutos (número de intervenciones mensuales, seguimiento de 20 meses) nos determina una mediana de 7 sin patrones significativos de variación. El análisis del gráfico de control para valores individuales el valor medio es 7, la tolerancia ( $\pm s$ ) es 3,453, el límite inferior -3,358 y el límite superior 17,36 y no encontramos ninguna situación significativamente fuera de control. Para el LQAS en todos los casos definimos un error tipo I del 5% y una especificidad del 80%. *Indicador 1:* (Diagnóstico) estándar (e) 95%, umbral (u) 85%, muestra (m) 44, número decisional (nd) 39; cumplimiento 100%. *Indicador 2:* (Profesionales) (e) 90%, (u) 75%, (m) 33, (nd) 26; cumplimiento 100%. *Indicador 3:* (Técnica) (e) 95%, (u) 80%, (m) 22, (nd) 19; cumplimiento 95,45%. *Indicador 4:* (Consentimiento) (e) 95%, (u) 85%, (m) 44, (nd) 39; cumplimiento 100%.**Conclusiones:** Con la monitorización no hemos detectado problemas de calidad en el proceso que previamente hemos demostrado que está controlado estadísticamente y por lo tanto no se hace preciso en este momento aplicar medidas correctoras.