

COMUNICACIONES ORALES

MESA 1

Orientación al cliente

CUÉNTAME COMO TE HA IDO. HÁBLAME DE LO QUE HAS ENCONTRADO

Herrera-Carral P, Robles-García M, Dierssen T, Díaz-Mendi A, Rodríguez-Rodríguez M, Rodríguez-Cundín P
Hospital Sierrallana.

C-002

Palabras clave: Opinión del usuario. Gestión de la calidad.

Objetivos: Potenciar la participación del usuario, para conocer su opinión sobre los Servicios ofertados.

Métodos: Aplicando en su diseño una metodología de gestión de procesos, desde el año 2001, se han ido estableciendo las siguientes herramientas: A través de las Hojas de Sugerencias, incluidas en la Guía de Acogida, que forma parte del Protocolo de Acogida al Paciente; a través de las reclamaciones y la aplicación de una metodología para conocer expectativas y percepciones, encuesta SERVQHOS, y para aquellos usuarios incluidos en alguna de las 4 Vías Clínicas existentes, mediante la Encuesta de Opinión que forma parte del propio desarrollo de la Vía.

Resultados: Se han revisado para el estudio, 361 Hojas de Sugerencias, 760 reclamaciones/quejas, 247 encuestas SERVQHOS y 974 Encuestas de Opinión de Vías Clínicas. Destaca la semejanza de los resultados encontrados entre las distintas herramientas analizadas. El nivel de satisfacción es muy elevado, destacando dentro de éste, el trato personal. Dentro de las oportunidades de mejora, destacar que el mayor volumen de las mismas, va dirigido hacia aspectos hosteleros de la estancia, comida, confortabilidad de sillones, baños, limpieza. Tras el análisis de estos resultados se han llevado a cabo varias acciones de mejora, orientadas tanto hacia el cambio de bandejas térmicas, como estableciendo además encuestas de opinión periódicas, todo sobre la comida; la renovación paulatina de los sillones de las habitaciones, y la monitorización del desarrollo del Protocolo de Acogida. En el proceso de autoevaluación EFQM, realizado el año 2002, en el criterio 6, resultados en los clientes, el Hospital obtuvo el mejor resultado.

Conclusiones: El modelo de Gestión de la calidad Total, permite orientar la organización hacia el usuario. La información recogida, nos permite avanzar en el conocimiento de las dimensiones de la calidad valoradas por nuestros usuarios. Hemos identificado como proceso clave en nuestro modelo de gestión de la calidad, la gestión de la información sobre sugerencias, quejas y reclamaciones, lo cual nos permitirá tener una fuente de detección primaria de oportunidades de mejora.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD EN UN SERVICIO MÉDICO HOSPITALARIO

Ara JR, Capablo JL, López-Gastón JI, Oliveros A, García-Mata JR y Grupo de Calidad de Neurología
Hospital Universitario Miguel Servet.

C-001

Palabras clave: Gestión de calidad. Evaluación de resultados. Satisfacción del paciente.

Objetivos: Medir la repercusión que supone la implantación de un plan de calidad sobre las actividades y resultados de un servicio médico hospitalario.

Métodos: Se fijó el ámbito de actuación a 2 niveles: hospitalización y consultas externas, constituyéndose sendos grupos de mejora coordinados por un mismo responsable de calidad. Se diseñó un plan general de actuación a nivel científico-técnico, interactivo o funcional y corporativo, con una metodología general del tipo de los ciclos de mejora continua de la calidad basados en el modelo PDCA de Deming.

Resultados: Se realizaron 19 reuniones y las siguientes actividades: Estudio de la lista de espera en consultas externas, elección e inicio de la protocolización de las 7 patologías de mayor importancia en neurología ambulatoria, desarrollo de la vía clínica de asistencia al paciente con isquemia cerebral transitoria, desarrollo de formularios de consentimiento informado para punción lumbar, prueba de tensilón y tratamiento con toxina botulínica, participación en actividades con las asociaciones de pacientes y exteriorización de nuestras acciones. La estancia media hospitalaria descendió desde el año 2000 (12,8 días) al 2002 (10,5 días) y primer trimestre de 2003 (9 días). La estancia media por isquemia cerebral transitoria se redujo de 9,4 días en 2001 a 7,2 en 2002. Mejoraron todos los parámetros en relación con la encuesta post-hospitalización de satisfacción del paciente. La lista de espera para primeros días en el CME elegido se redujo de 60 días a 31.

Conclusiones: La implantación del plan de gestión de la calidad en nuestro servicio se ha asociado a una mejora medible de índices de actividad y eficiencia así como de satisfacción de nuestros pacientes.

ELABORACIÓN DE UNA CLASIFICACIÓN PARA LAS SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES: ESTUDIO DE LA CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES

Arencibia M, Júdez D, Moliner J, Fernández R, Escribano MT, Eguizabal MA
Hospital Clínico Universitario Zaragoza.

C-003

Objetivos: Crear un sistema para clasificar las sugerencias escritas por los pacientes en la encuesta que se envía después de la estancia en el Hospital.

Métodos: Las sugerencias se obtuvieron de una pregunta abierta de la encuesta post-hospitalización. Inicialmente, cada anotación del paciente se agrupó en tres posibilidades: queja, agradecimiento o propuesta. Además, por consenso del grupo de trabajo y basado en el método de clasificación de las reclamaciones, las sugerencias se agruparon en cuatro categorías: 1) Estructura del hospital, 2) Organización y tiempos de espera, 3) Información y práctica clínica y 4) Atención recibida y trato del personal sanitario, diferenciando códigos específicos dentro de cada una de estas cuatro categorías. El estudio de concordancia consistió en la clasificación por separado del mismo grupo de 122 sugerencias por parte de dos personas del Servicio de Información y Atención al Paciente, que previamente no habían participado en la elaboración del método. Se cuantificó el índice kappa y su significación estadística.

Resultados: En el año 2002 se envió la encuesta de opinión a 2.600 pacientes, de los que respondieron el 40%. Se han seleccionado al azar 200 de esas encuestas, en las que se recogieron 122 sugerencias. La concordancia en la clasificación del tipo de sugerencia (queja, propuesta o agradecimiento) fue evaluada por los dos revisores en 101 casos, con un porcentaje de casos coincidentes de 77,2%, y un índice kappa entre observadores de 0,664 ($p = 0,00$). En el caso de la concordancia entre grupos de causas se evaluaron 89 casos con un % de coincidencia de 84,3%, y un índice kappa de 0,782 ($p = 0,00$). Los porcentajes de coincidencia entre los revisores al asignar códigos específicos dentro de cada grupo de sugerencia varían de la siguiente de manera: Estructura 21 (71,4%), Organización (56%), Información (55,6%) y Atención recibida (40,7%).

Conclusiones: Parece que este sistema de clasificación de las sugerencias de los pacientes es válido, realizándose de forma similar por observadores diferentes. La codificación de las sugerencias puede facilitar a su vez el análisis de las mismas, para monitorizar cuáles son las necesidades del ciudadano con respecto al sistema sanitario que le atiende.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL COMO OBJETIVO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-004

Bueno-Domínguez MJ, Ríos-Valles L, Grifoll-Hernández A, Puig-Soler J, Doblado-López O, Olmedo-Pujol E
Grup Sagessa/ABS Cambrils

Palabras clave: Bioética. Primaria. Anticoncepción post-coital.

Objetivos: Diseñar un protocolo que dé respuestas a los conflictos en el ámbito de la asistencia en la anticoncepción post-coital. Valorar la implementación del protocolo y si se requiere realizar propuesta de mejora.

Métodos: Diseño del protocolo tras revisión bibliográfica y reunión de expertos (ginecólogo, médico de familia, jurista y experto en ética) que dé respuestas a los profesionales de Atención Primaria. Elaboración de un protocolo: Concepto de anticoncepción post-coital, mecanismos de acción, tipos, indicaciones/contraindicaciones, visión jurídica, visión ética y circuito alternativo en el caso de objeción de conciencia. Estudio retrospectivo de todas intervenciones desde la puesta en marcha del protocolo en junio 2002 hasta 31 mayo 2003 en nuestra Área Básica de Salud. **Variables:** Edad, sexo, adscrito al ABS o desplazado, frecuentación/relación con estar adscritos o no al ABS, tratamiento prescrito (método Yuzpe/Levonorgestrel).

Resultados: Elaboración de un protocolo: Concepto de anticoncepción post-coital, mecanismos de acción, tipos, indicaciones, contraindicaciones, visión jurídica, visión ética y circuito alternativo en caso de objeción de conciencia. Población atendida N = 124. Sexo: 96,8% Femenino/ 3,2% Masculino. Edad: < 18 años: 13,7% / > 18 años: 86,3%, mínimo = 15/ máximo = 52. El 45,2% usuarios no adscritos al ABS. **Frecuentación:** 89,5% (1) / 7,3% (2) / 2,4% (3) y 0,8% (4). 55% reincidentes adscritos al centro. **Tratamiento:** Yuzpe 19,4% / Levonorgestrel 80,6%.

Conclusiones: El protocolo se diseñó pensando en la adolescencia como principal usuaria, pero la realidad demuestra que, la existencia y correcta difusión de un protocolo consensuado, unifica la actuación ante la anticoncepción post-coital no solamente de los adolescentes sino de toda la población. La elaboración del protocolo ha llevado a contemplar el concepto de menor maduro y la posible objeción de conciencia de los profesionales, creando un circuito alternativo para la asistencia del usuario. El seguimiento del protocolo requiere del papel educador del profesional sanitario y valorar el impacto de dicha educación, siendo necesario unificar criterios de registro y como propuesta de mejora se ha diseñado un protocolo informatizado para consensuar el registro y recoger información que oriente a realizar nuevas propuestas para disminuir por ejemplo, la tasa reincidentes de usuarios del propio centro.

MOTIVOS DE INSATISFACCIÓN DE NUESTROS USUARIOS

C-005

de la Puerta M, Villares JE, Martín E, García F, Fabero A, Martínez R
Gerencia de Atención Primaria Área 10, Madrid.

Palabras clave: Reclamaciones. Atención Primaria.

Objetivos: Tradicionalmente sólo registrábamos el motivo general de las reclamaciones (opinión del usuario) lo que conllevaba una dificultad para realizar un análisis general de los problemas más frecuentes en nuestra organización. A partir del 2002 se establece una modificación en la recogida y análisis de esta información y se pasa a un sistema de registro que además especifica la causa que motiva cada reclamación. Este trabajo pretende analizar los motivos y causas más frecuentes de las reclamaciones.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el que se analizan todas las reclamaciones presentadas por los usuarios de los centros de salud de Atención Primaria del área 10 de Madrid desde enero de 2002 a abril de 2003. Las variables estudiadas son motivo y causa de la reclamación. Los motivos de reclamación se clasifican en 21 y cada motivo puede tener diferentes causas. El total de causas posibles asciende a 157. Todo el procedimiento de actuación sobre la gestión de las reclamaciones, incluido el desarrollo de un diagrama de flujo, está recogido en un documento elaborado por el personal técnico de apoyo y la unidad administrativa de la Gerencia. En el año 2002 se crea una base de datos diseñada específicamente para recoger y analizar toda esta información.

Resultados: El Área 10 de Madrid cuenta con una población de 291.901 habitantes (datos de tarjeta sanitaria a diciembre de 2002) y en Atención Primaria trabajan 642 profesionales. Se han presentado un total de 1.098 reclamaciones. El motivo principal ha sido demora en la asistencia con un 20,2%; siendo su causa más frecuente el retraso provocado por tener que atender al mismo tiempo consulta y urgencias (27%) seguida por las relacionadas con la planificación de las agendas de citas (12%).

Conclusiones: El registro exclusivo de los motivos no nos permitía cuantificar el problema para poder intervenir y mejorar desde una perspectiva global. Con el análisis de las causas que motivan las reclamaciones podemos evaluar de una manera más detallada las deficiencias de nuestra organización para implantar a corto y largo plazo medidas organizativas encaminadas a disminuir el efecto de estas causas y mejorar todos los aspectos relacionados con la satisfacción de nuestros clientes.

MESA 2

Desarrollo e implicación de las personas

SALARIO, ORGANIZACIÓN Y POSIBILIDADES DE ASCENSO: PRINCIPALES CAUSAS DE INSATISFACCIÓN PROFESIONAL

C-006

Pérez-Blanco V, Gracia San Román, Alonso-Vigil P, Ariza G, Rodríguez-Suárez L, García-Caballero J
Hospital La Paz.

Palabras clave: Satisfacción. Profesional.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de un servicio médico-quirúrgico hospitalario.

Métodos: Estudio transversal utilizando un cuestionario de satisfacción para profesionales sanitarios (participaron todos los profesionales del Servicio de Urología del Hospital La Paz). **Variables:** satisfacción con salario, posibilidades de ascenso, tipo de trabajo realizado, jefes, organización, personal subordinado, compañeros de trabajo y satisfacción con el servicio en general. Análisis descriptivo y estratificación por categorías profesionales y tipo de contrato, comparándose las respuestas mediante el Test de Fisher, mediante el paquete estadístico SPSS.10. Análisis cualitativo de las sugerencias y comentarios.

Resultados: Contestados 35 cuestionarios: 14 médicos adjuntos, 5 médicos residentes, 7 DUE, 6 Auxiliares y 3 no explicitaron su categoría. El 85,7% estaban poco o nada satisfechos con su salario. El 71% se declaró satisfecho, bastante satisfecho o muy satisfecho con el trabajo realizado. El 48,6% se declaró satisfecho, el 37% poco satisfecho y el 14,3% nada satisfecho con sus jefes. Con las posibilidades de ascenso, la insatisfacción fue la respuesta más frecuente. Los adjuntos valoran más su tipo de trabajo y al personal subordinado. Los DUE destacan su satisfacción con compañeros y su insatisfacción con salario, jefes, posibilidades de ascenso, organización y servicio. Los auxiliares destacan su insatisfacción con el salario, posibilidades de ascenso y con la organización. No se hallaron diferencias significativas al estratificar por tipo de contrato (fijo o eventual). **Análisis cualitativo:** 1) Facultativos, 5 de 19 (26,3%) han realizado sugerencias o comentarios: insatisfacción con la organización (actividades, consultas, quirófano, objetivos pactados), insatisfacción con el servicio en su globalidad (falta de información y comunicación), insatisfacción con salario. 2) No facultativos, 5 de 15 (33,3%) han realizado sugerencias o comentarios: productividad, incentiación, organización, formación continuada, aumento de personal, programación del trabajo, excesiva carga laboral.

Conclusiones: 1) El mayor porcentaje de insatisfacción se encuentra en: salario, posibilidades de ascenso y organización. 2) La mayoría de los profesionales se encuentran satisfechos con compañeros, personal subordinado y tipo de trabajo. 3) Las acciones de mejora se han de concretar en liderazgo y organización.

PROCESO DE MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS EN OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD

Rodríguez M, Múgica MJ, Beitia C, Redondo M

C-007

Palabras clave: Mejora satisfacción personas.

Objetivos: Disponer de indicadores directos y comparables sobre la satisfacción que permitiesen una mejora sistemática de los procesos de gestión de personas.

Métodos: En 2001 culmina la labor de un grupo de trabajo que, con el referente EFQM y tras el estudio de 9 experiencias previas en la red (1998-00), identifica las dimensiones vinculadas a la satisfacción y define un procedimiento de evaluación y una encuesta corporativa que, salvaguardando especificidades organizativas, permitiese la integración y comparabilidad de resultados. La encuesta, autocumplimentada y de respuesta cerrada, evalúa 12 dimensiones de satisfacción y ha sido revisada en 2003. De las 30 organizaciones del Ente, 14 han realizado la evaluación en el periodo 2001-02, mientras las 16 restantes están en proceso. Asimismo, 8 organizaciones efectuarán su 2ª evaluación en 2003.

Resultados: Hasta 2002, con una muestra del 50% de la plantilla del Ente y con una participación del 46% (64% Primaria y 43% Especializada), la satisfacción en Osakidetza es del 47,5% (52% Primaria y 47% Especializada). El análisis de resultados (globales y segmentados: tipo de centro, grupo profesional, etc.) se realizó a través de una matriz que distribuye en 4 ámbitos las dimensiones, según la satisfacción y la importancia para los profesionales. *Prioridades de mejora:* Retribución y Formación. *Áreas de mejora:* Comunicación, Percepción de la Dirección, Organización, Participación y Conocimiento Objetivos. *Áreas a mantener:* Clima Trabajo, Promoción-Des. Profesional, Condiciones Trabajo y Reconocimiento. *Áreas a revalorizar:* Relación Mando-Colaborador.

Conclusiones: El proceso desarrollado ha posibilitado, a nivel de cada organización, analizar sus resultados, en comparación con los globales y con los de organizaciones afines, y establecer objetivos de mejora de la satisfacción. A nivel de todo el Ente, destacamos dos actuaciones: 1) Actualización de la Política de RRHH en relación a los procesos de Planificación, Organización, Selección, Formación, Promoción, Compensación, Salud Laboral y Relaciones Laborales. Desarrollo de la gestión sistemática de procesos. 2) Incorporación al Plan de Calidad 2003-07 de los siguientes objetivos: Nivel de participación $\geq 50\%$, Satisfacción global $\geq 50\%$, Satisfacción dimensiones Promoción-Des. Profesional, Reconocimiento y Comunicación, $\geq 60\%$, $\geq 60\%$ y $\geq 50\%$ respectivamente.

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS CLIENTES INTERNOS (MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA) DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

Risso-Bertagnon A, González-Gutiérrez EM, Cañas-Bello D, Martínez-Pérez C, Sáez-Valero AM^a, Navarro-Gracia JF

C-009

Palabras clave: Calidad asistencial, encuestas de satisfacción, laboratorio de análisis clínicos.

Objetivos: Conocer, por medio de una encuesta de satisfacción (ES) específica y adaptada al trabajo del Laboratorio de Análisis Clínicos (LAC), el grado de satisfacción general percibido por clientes internos (médicos de Atención Primaria) (MAP) y la satisfacción sobre los componentes básicos de la misma.

Métodos: Elaboración de un cuestionario específico que consta de: presentación, espacio para la identificación, 10 ítems en escala de 1-10 y un espacio en blanco en cada una para comentarios libres. Se envían por correo prefranqueado 142 encuestas a todos los MAP del Área. Se calculan las puntuaciones medias de respuesta a la satisfacción global y de sus componentes (hoja de petición, extracción, tiempo de respuesta general, tiempo de respuesta en peticiones urgentes, fiabilidad, interpretación, confidencialidad, disponibilidad y cartera de servicios).

Resultados: Se recogen 92 cuestionarios (64,8% de respuesta). La media de puntos para satisfacción general fue de 8,2 puntos. Las medias de puntuación para hoja de petición, extracción, tiempo de respuesta general, tiempo de respuesta en peticiones urgentes, fiabilidad, interpretación, confidencialidad, disponibilidad y cartera de servicios fueron, respectivamente: 8,2, 7,2, 8,7, 8,4, 8,4, 8,2, 7,5, 7,7 y 7,7. Se recogieron 79 comentarios relativos a todos los aspectos de la ES.

Conclusiones: El sistema de consulta y modelo de encuesta responde bien a las necesidades de información del LAC y ha tenido una excelente acogida por los MAP. La satisfacción general y por áreas es muy elevada, aunque existen puntos mejorables. La información obtenida está siendo integrada por el equipo del LAC en la realización de actividades de mejora.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL EN EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ÁREA

Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, Abad-Corpa E, Alcaraz-Martínez J, Garito-García Y, Martínez-Sánchez C
Hospital Morales Messeguer.

C-008

Palabras clave: Motivación. Enfermería. Hospital.

Objetivos: 1º Diseño y validación de cuestionario para medir motivación en enfermería. 2º Conocer la estructura motivacional de este colectivo en el Hospital.

Método: Validación de cuestionario. Estudio cualitativo transversal cuestionario anónimo autoadministrable, escala Likert. Muestra: enfermería del Hospital Morales Messeguer. 1ª fase: Diseño cuestionarios: a) Adaptación cuestionario para médicos[®]; b) Validación: grupos focales; c) Elaboración final cuestionario. 2ª fase: Presentación plenaria, distribución/cumplimentación cuestionarios. 3ª fase: Análisis. Estadística: cálculos fiabilidad-validez, concordancia, análisis factorial, regresión lineal múltiple, desviación típica, T de Student, P de Pearson y test ANOVA.

Resultados: 1ª Fase Diseño-Validación: 4 grupos focales, 5 enfermeras, 1 moderador, lectura por bloques de 5 ítems y registro. Trabajo campo: 6 hospitales (Madrid). 190 cuestionarios (63,3%) respondidos por enfermería elegida al azar. Validez aparente: porcentaje pérdidas 0,5. Validez contenido: Sensibilidad 80%. Fiabilidad: índice concordancia $> 0,7$. Diseño cuestionario: parte 1: datos sociodemográficos, parte 2: 58 preguntas (escala 1-5) y pregunta sobre vínculos (escala 1-10). 2ª Fase: 338 enfermeros/as, 174 respuestas (51,5%). 48 varones (27,6%), 123 mujeres (70,7%), media edad $34 \pm 7,1$. Área trabajo: Urgencias 16 (9,6%), UCI 24 (14,05), Consultas 8 (4,8%), Centrales 32 (19,3%), Clínicos 86 (51,8%). Contrato: fijos 84 (48,8%), temporales 50 (29,1%), interinos 38 (22,1%). Resultados vínculos: económico (VE) 4,4. Atractividad trabajo (VT): 6,7. Valores internos (VI) 5,0. Valores externos (VEx) 6,6. Relaciones vínculos y variables sociodemográficas: relación VE-Sexo: varones $5,0 \pm 2,6$. Mujeres $4,1 \pm 2,5$ ($p = 0,040$). VI según área: Urgencias $3,1 \pm 3,1$. UCI $3,8 \pm 3,1$. Consultas $4,2 \pm 2,2$. S. Centrales $6,1 \pm 2,3$. S. Clínicos: $5,3 \pm 2,8$ ($p = 0,02$). VI según turno: fijo $5,8 \pm 2,7$, rotatorio $4,6 \pm 2,9$ ($p = 0,02$).

Conclusiones: 1) El cuestionario de motivación en enfermería hospitalaria muestra resultados satisfactorios de validez y fiabilidad. 2) Estructura motivacional de enfermería: el vínculo menos valorado es el económico y el mejor, el de atractividad del trabajo. 3) Existen relaciones significativas entre vínculo económico y sexo y entre el vínculo de valores internos con el turno y área de trabajo.

ANÁLISIS ORGANIZACIONAL DE UN HOSPITAL: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA GESTIÓN

Novoa-Jurado AJ, Coronado-Romero D, Carrillo-González A, Herranz-Marín MT, Valdés-Belmar JL, Iniesta-Alcaraz J
Hospital Morales Messeguer.

C-010

Palabras clave: Análisis organizacional. Hospital. Gestión.

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales del Hospital acerca de su satisfacción con el trabajo, el funcionamiento del Hospital, la Comunicación Interna y las relaciones establecidas con los superiores.

Métodos: Cuestionario autoadministrado validado distribuido tras una aleatorización simple a 135 facultativos, 249 profesionales de enfermería y 163 profesionales no sanitarios y a la totalidad de los mandos intermedios (80).

Resultados: Tasa de respuestas media del 49,8%; el 63,3% está satisfecho o muy satisfecho con su trabajo; el 76,1% está dispuesto a esforzarse para mejorar el hospital; 76,4% cree que no existen adecuadas políticas de incentivos y desarrollo profesional; el 47,5% está insatisfecho con su participación en la toma de decisiones de su servicio; el 67,6% está insatisfecho con su participación en la toma de decisiones del hospital; el 64,6% está satisfecho con la coordinación entre compañeros; el 35,1% está satisfecho con la coordinación entre servicios; el 57,1% está satisfecho con la definición de sus funciones; el 61% está insatisfecho con la información que tiene de sus objetivos; el 47,4% está insatisfecho con el grado en que puede participar en la mejora del hospital; el 72,5% está insatisfecho con la claridad, cantidad, periodicidad, credibilidad, puntualidad, formalidad y distribución de la información generada en la Institución.

Conclusiones: 1) La satisfacción laboral y motivación de los profesionales del Hospital es adecuada a pesar de no existir políticas adecuadas de incentivos y desarrollo profesional y de que los canales de información no sean óptimos. 2) Es necesario que la Dirección trabaje en a) implementar el reparto de incentivos y las posibilidades de desarrollo profesional entre los trabajadores del Centro; b) Generar ámbitos para la participación de los profesionales en la toma de decisiones de cada servicio y del hospital; c) Desarrollar un Plan de Comunicación Interna para mejorar la transmisión de valores, información y conocimiento dentro del Hospital.

MESA 3

Gestión por procesos

REVISIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES EN EL HGV, DESDE 1991 HASTA LA ACTUALIDAD

C-012

Boada J, Autonell J, Cerdà I, Carrera R, Vallés A, Quer X

Palabras clave: Protocolo. Evaluación. Participación.

Objetivos: Revisión de los diferentes protocolos institucionales elaborados en nuestro Centro desde 1991 hasta la actualidad, con especial atención a la evaluación de su cumplimiento, revisión, vigencia, número de profesionales participantes y propuestas de mejora para el futuro.

Métodos: En este estudio hemos analizado el total de protocolos institucionales elaborados en los últimos 12 años, mostrando los resultados en cuanto a evaluación y cumplimiento, intentando determinar las causas del alto o bajo resultado del mismo. También se analiza el número de participantes en cada protocolo, así como el porcentaje de facultativos, enfermeras y no sanitarios que han participado en la elaboración de los mismos.

Resultados: Desde 1991 se han elaborado, consensuado y firmado 17 protocolos. Actualmente hay 3 más en proceso. De los 17, en 1 caso (5,8%) se optó por avanzar la revisión del protocolo, otros 3 (17,6%) no requieren evaluación ni revisión al ser realizados hace menos de 2 años, y 13 (76,6%) han sido evaluados en el período establecido previamente. El grado de cumplimiento de los protocolos fue variable (45% del de pancreatitis aguda hasta 91% del de catéteres venosos y 87% de patología de bocio simple y multinodular). En los casos de bajo cumplimiento, se abordaron las causas y se propusieron acciones de mejora. No hubo relación entre el grado de cumplimiento y la exigencia de la hoja de evaluación. En los protocolos han participado desde 1991 83 médicos (59% del total), 33 enfermeras (22% del total) y 4 profesionales no sanitarios. La media de participantes en cada protocolo ha sido de 7, con una participación media por profesional de 1,64 protocolos.

Conclusiones: 1) La práctica de elaborar protocolos institucionales es un hecho habitual en nuestro Centro desde 1991. 2) El personal de nuestro Centro participa de forma bastante activa en la elaboración de los mismos, sobre todo en facultativos, y bajo porcentaje en enfermería. 3) El uso de protocolos facilita la uniformidad de la práctica asistencial. 4) La evaluación y revisión sistemática de los protocolos ha permitido detectar opciones de mejora de la práctica habitual.

MODELO DE PROCESOS DEL GRUPO SAGESSA Y SUS CENTROS SEGÚN EL LENGUAJE IDEFO COMO PRIMER PASO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GESTIÓN POR PROCESOS

C-011

Ripoll J, Simón R

Palabras clave: Gestión por Procesos (GPP). Modelo de procesos. IDEFO.

Objetivos: La Gestión por Procesos (GPP) es una línea estratégica de abordaje de la mejora continua en Grup Sagessa, en línea con la ISO (requisito 4) y la EFQM (criterio 1b y 5). Diseñar el modelo de procesos del grupo (con lenguaje IDEFO) es el primer paso para asegurar la correcta implantación de la GPP.

Métodos: Las fases para implantar la GPP son: 1) Modelar: diseñar y validar el modelo de procesos. 2) Seleccionar: elegir procesos a trabajar y nombrar propietarios. 3) Definir el proceso: establecer misión (objetivo, que hace, que entrega, valor añadido, cliente), alcance (comienzo y fin), indicadores (cantidad, calidad, plazo entrega y costes, con plazos de recogida) y definir interrelaciones, procedimientos y documentos. 4) Definir mejoras: elaborar DAFO y acciones de mejora. 5) Validar: aprobar fase 3 y priorizar mejoras (Dirección y mandos). 6) Implantar: las mejoras para aportar el máximo valor añadido al proceso. 7) Comprobar: medir mejoras implantadas y volver a la fase 4 (aconsejable realizar cada año). *Para ello se necesita:* Grupo de trabajo de Centro: previa formación en GPP e IDEFO (también recibida por mandos intermedios), diseñar la lista de procesos y sus interrelaciones, modelándolos con IGRAFEX. Grupo coordinador: con 1 o 2 miembros de cada Centro lidera formación metodológica e implantación. Dirección y mandos intermedios validan el modelo.

Resultados: El resultado es el modelo de procesos del Grup Sagessa y sus Centros, obteniendo un modelo navegable (colocado en la intranet corporativa) de todos los procesos de la organización (presentación en el Congreso).

Conclusiones: La GPP permite modelar el proceso según su entorno y recursos existentes, normalizando los procedimientos y el intercambio de información, intentando aumentar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Además permite: 1. Identificar destinatarios del proceso. 2. Conocer expectativas. 3. Definir el nivel de calidad del servicio. 4. Coordinar las actividades del proceso. 5. Eliminar actuaciones que no aporten valor añadido. 6. Conocer el consumo de recursos. 7. Definir una estructura de indicadores (verificar eficacia y eficiencia). 8. Detectar oportunidades de mejora. Para aplicar la GPP la organización debe tener definido el modelo de procesos en el que se incluyan todas sus actividades e identifiquen los procesos clave, siguiendo el modelo EFQM en su impacto en resultados (de organización, de satisfacción de clientes y del personal, económicos,...).

MAPA DE LA PROTOCOLIZACIÓN CLÍNICA EN ALERGOLOGÍA

Comité de Calidad Asistencial (Sociedad Española de Alergia).

C-013

Palabras clave: Protocolos clínicos, Guías.

Objetivos: El Comité de Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Alergia se propuso recoger y analizar los llamados "instrumentos de Normalización asistencial" (IdN) de uso habitual en la práctica alergológica de nuestro país y que, por tanto, respondieran a necesidades asistenciales de los alergólogos.

Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, voluntario y confidencial a través de cuestionario estructurado remitido a las unidades clínicas de alergología no unipersonales, es decir formadas por un grupo de alergólogos. Se atendió al Directorio de 1998 vigente en esos momentos. Se solicitaban datos acerca de los IdN de uso real y que constaran por escrito en cada unidad. Se pedían así mismo datos acerca del IdN, es cargado y calendario de revisión, fundamento y modo de elaboración. Se definía Protocolo Clínico como una secuencia lógica de elementos clínicos en los que es necesario tomar decisiones intermedias y Procedimiento (ProCE) como elementos clínicos de normalización clínica de rutina o de conducción obligada.

Resultados: Respondieron adecuadamente 58 unidades de un total de 122 contactadas. El 85% de ellas eran unidades hospitalarias. El 90% eran de titularidad pública. En total se recibieron 2.110 IdN con una mediana (e IQR) de 29,5 (18,8-45,5). El 92% de los IdN fue catalogado como ProCE (%5 consentimientos Informados, 37% Normas para pacientes, 7% Terapéuticos, 51% Diagnósticos). Los Protocolos Clínicos fueron clasificados en Diagnósticos, 94% y Terapéuticos un 6%. En todas las categorías de IdN se registraron respuestas "Cero", es decir, unidades sin disponibilidad de algún tipo de IdN. El 40% de los IdN no referían responsable de revisión.

Conclusiones: Se aporta una instantánea real de la extensión de los IdN asistenciales en la alergología de nuestro país, lo cual resulta novedoso. Los datos informan de las verdaderas necesidades asistenciales de la base, es decir de los Clínicos. Se observa una desproporción a favor de los ProCE (procedimientos clínicos). En todas las categorías de IdN hay unidades con respuesta "cero". El Protocolo Clínico mas frecuente fue el Estudio de la Alergia a antibióticos Betalámicos. Estos datos están destinados a iniciar un coperniquiano proceso de elaboración de IdN conjunta desde la base de los principales usuarios, en estrecha comunicación con otros estamentos.

COSTO-EFICACIA DEL LAVADO ARTICULAR (LA) COMPARADO AL TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) EN LA GONARTROSIS

C-014

Barbero N, Rodríguez A, Gich I, Cortés MA, Vazquez G

Palabras clave: Lavado articular. AINE. Costo-Eficacia.

Objetivos: Valorar el costo-eficacia y la seguridad del LA frente a AINE en el tratamiento sintomático de la osteoartritis de rodilla.

Métodos: Se compararon los resultados del LA realizado en 283 pacientes con artrosis de rodilla según criterios ACR realizado como estudio observacional, prospectivo y abierto de serie de casos con los resultados de 4 ensayos clínicos controlados con un total de 54 pacientes, doble ciego y aleatorizados frente a otro AINE comparador, practicado por el mismo equipo investigador sobre pacientes externos en el mismo período de tiempo (1995-2000). Se aplica T de Student para medidas repetitivas, para analizar la significación de la diferencia entre las medias entre las distintas poblaciones consideradas. Se utilizó mediante métodos lineales generalizados, un análisis de la varianza de 2 factores: tiempo (antes y después) de medidas repetidas y grupo (AINE y LA) de medidas independientes, evaluando ambos factores y la interacción entre ellos. Se asumió un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Los grupos de pacientes eran similares, salvo la edad media del grupo lavado (68,5) contra el grupo AINE (65,3) $p < 0,0002$. El análisis de respuesta al tratamiento fue similar en los dos grupos respecto al tiempo, con una diferencia estadísticamente significativa entre la basal y los tres meses para las variables: intensidad del dolor (EVA), derrame articular y dolor a la presión ($p < 0,0005$). No se hallaron diferencias significativas con el análisis de la evaluación de ambos factores (tiempo-grupo) y la interacción entre ellos. La opinión del paciente respecto a la eficacia del tratamiento presenta una significación a favor del LA ($p < 0,005$). Seguridad: La tasa de abandono del LA fue del 7,42% frente al 11,11% del AINE. Los efectos adversos del LA se observaron en 4 pacientes (2,06%) frente a 9 pacientes (16,6%) del AINE ($p < 0,0005$). Costo: material fungible del LA = 6 Euros. Costo del tratamiento con AINE durante 3 meses oscila de 16,98 Euros el AINE más barato a 134,04 Euros el AINE más caro (no se incluye la valoración del gasto por gastroprotectores).

Conclusiones: El Lavado articular y los AINE se muestran como tratamientos sintomáticos eficaces en la artrosis de rodilla, durante un período de evaluación de tres meses, sin diferencias entre ambos. El lavado articular presenta un coste más económico, tanto por el coste directo del procedimiento, como por la presencia de menos efectos secundarios.

MESA 4

Sistemas de información

UTILIZACIÓN DE LOS DIAGRAMAS PERT, EN EL ANÁLISIS DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO COMO INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD Y PROPONER MEDIDAS DE MEJORA

C-015

Menéndez S, de Abajo S

Palabras clave: Gestión por procesos. Calidad. Pert.

Objetivos: Conocer los tiempos empleados en cada fase del proceso asistencial y el tiempo de permanencia en el Servicio de Urgencias Generales (SUG) hospitalario de los pacientes que acuden en los momentos de mayor afluencia, con el fin de obtener información útil para la mejora de la calidad asistencial; utilizando los Diagramas de PERT como herramienta auxiliar.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. La toma de datos se realizó en el SUG del Hospital de Cabueñes las tardes de los lunes de los meses de diciembre del 2001 y de enero, febrero y marzo del 2002. Para el estudio se eligieron pacientes tomados al azar de las cinco patologías que se atienden con mayor frecuencia en el SUG (Dolor precordial, disnea, dolor abdominal, accidente cerebro-vascular (ACV) y cólico renal), hasta un total de 60 individuos. Se registraron todos los tiempos del proceso asistencial, desde que el paciente o sus acompañantes daban sus datos hasta que éste salía del servicio. La representación gráfica de las medias de los tiempos registrados para cada actividad de cada proceso asistencial se llevó a cabo utilizando Diagramas de PERT.

Resultados: En la muestra que se recogió había 12 pacientes de cada tipo de proceso analizado. Los datos se analizaron por separado para cada uno de ellos. Así el resultado de los tiempos medios de permanencia en el SUG fueron los siguientes: Dolor precordial 131,17 minutos, Disnea 234,92 min., Dolor abdominal 174,33 min., ACV 270,67 min., Cólico renal 141,83. También se analizaron los tiempos empleados en cada actividad del proceso, observándose que la mayor demora se producía la mayor parte de las veces en el tiempo de espera para recibir la 1ª atención médica. Seguimiento del tiempo de espera por las exploraciones complementarias.

Conclusiones: Los Diagramas PERT son una herramienta útil en el control y mejora continua de la calidad de un SUG. Sólo los pacientes que acudían por dolor precordial, cólico renal y dolor abdominal permanecían un tiempo menor de 3 horas en el SUG. Identificando las actividades en las que existe mayor demora pueden proponerse mejoras y de este modo agilizar la resolución de los procesos.

QUESTIONARIO AL ALTA HOSPITALARIA COMO MÉTODO DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD

C-016

Alcaraz-Martínez J, Abad-Corpa E, Sánchez-Nieto JM, Cortés-Parra C, de la Hera-Fontcuberta C, López-Martínez P

Palabras clave: Calidad Asistencial. Alta Hospitalaria. Cuestionario.

Objetivos: El objetivo de este estudio es la evaluación de un método para obtener información sobre determinados aspectos de la calidad asistencial.

Métodos: Se ha confeccionado un cuestionario que consta de 8 preguntas dicotómicas (sí/no) sobre aspectos donde no inter venga la subjetividad y una pregunta abierta final sobre si tenían alguna sugerencia. En una primera fase, entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre, fue repartido por las supervisoras de cada planta al dar el informe de alta al paciente/familiar, invitando a este a rellenarlo en ese momento. En abril de este año, tras notificarlo a los Jefes de Servicio y Supervisores, se ha vuelto a repetir el proceso de forma similar.

Resultados: En la primera fase se cumplimentaron 394 cuestionarios (tasa de respuesta del 27%), y en la segunda 213 casos. Se obtuvieron datos sobre la proporción de informes a máquina entregados (89,4% en el 1º y 91,2% en el 2º muestreo), primeras recetas entregadas al alta (32% y 30,2%), caídas (1,8% y 3,3%), informes de enfermería (27,5% y 35,7%) y coincidencias del menú servido (76% y 70,5%). También se analizaron las sugerencias. Se encontraron diferencias significativas sólo en el aumento de informes de enfermería ($p = 0,03$).

Conclusiones: Se ha puesto en marcha una herramienta que nos puede informar de algunos indicadores de calidad, por medio de las respuestas de los pacientes al alta. Se ha encontrado una mayor respuesta sobre si se les había entregado informe de enfermería.

EL PORTAL CLÍNICO: UN SOPORTE INNOVADOR PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS

Herráiz-Montalvo C, Huerta-Almendo J, Gómez-Barbadillo J, Cuadros-Gómez M, Muñiz-Marcos J
Hospital Alto Guadalquivir.

C-017

Objetivos: El Hospital Alto Guadalquivir ha desarrollado un Portal Clínico con los siguientes objetivos: 1. Introducir una herramienta informática que permita la gestión por procesos y de sus normas de calidad. 2. Gestión de la actividad médica y de enfermería. 3. Integración en la Dirección por Objetivos. 4. Explotación estadística. 5. Uso con dispositivos móviles y redes inalámbricas. 6. Optimización de procesos y eliminación de papel. 7. Integración con otras aplicaciones. 8. Servir a la función de comunicación interna: difusión de noticias, formación e investigación de interés...

Métodos: a) Análisis y diseño con participación de informantes clave. b) Implementación en entorno Web, integrando otros sistemas de información: Gestor de pacientes, Laboratorios, y Sistema de información radiológica digital. c) Pilotaje tutelado con introducción de requerimientos de clientes. d) Introducción progresiva en unidades proclives a la innovación, facilitando la labor de los profesionales.

Resultados: El Portal Clínico en entorno Web integrado contiene un módulo médico que permite gestionar y medir la actividad en Consultas Externas (gestión de visitas, pruebas complementarias realizadas, realización de consulta única e Informe de consulta) así como en Hospitalización incluyendo información antecedente (altas, radiología y analítica). Asocia un proceso asistencial al paciente atendido y registra criterios de Calidad. El módulo enfermero presenta estas utilidades: estado del mapa de camas; alarma de indicadores desviados y avisos entre turnos; valoración inicial; plan de cuidados; informe de continuidad; criterios de calidad; asignación de responsable enfermero; gestión de dietas; nivel de cuidados.

Conclusiones: La herramienta permite la gestión clínica informatizada con un factor diferenciador: permite registrar los criterios de calidad, aportando continuidad e intercomunicación al enfoque médico y al enfermero. Ello permite abrir un desarrollo real a aspectos como: formulación de objetivos; investigación desde la mejora continua; sistema de acreditación de la calidad. La capacidad de interactuar se abre a sistemas de información futuros más globales (proyecto de Historia de Salud Digital o la Base de Datos de Usuarios).

EVALUACIÓN EXTERNA DE INDICADORES DE CALIDAD CONSENSUADOS EN LAS ENTIDADES TUTELARES DE PERSONAS INCAPACITADAS JUDICIALMENTE

Hilarion P, Suñol R., Vilaró A, Cucurella E

C-019

Palabras clave: Tutelas. Evaluación externa. Calidad técnica.

Objetivos: 1) Presentar la experiencia de formulación de indicadores de calidad en las entidades que tutelan personas incapacitadas en el ámbito de una comunidad autónoma, personas con demencia, problemas de salud mental, etc. 2) Establecer la situación basal de cumplimiento de los Indicadores de calidad consensuados para las entidades tutelares. 3) Identificar oportunidades de mejora para el sector para los próximos 2 años.

Métodos: Se han evaluado un total de 31 indicadores agrupados en 4 dimensiones. Los indicadores han sido elaborados de forma consensuada con un grupo de expertos, técnicos, representantes de las entidades y de la administración, con soporte metodológico y técnico específico. Las dimensiones evaluadas son atención a la persona, relación, información y derechos de los tutelados, coordinación, y organización y gestión de la entidad. Se realizó un estudio observacional descriptivo con muestreo aleatorio de casos en 10 entidades con desarrollo del plan de calidad de la Secretaría de Bienestar y Familia; los resultados se presentan con un nivel de significación del 95% y una precisión para el sector de 2,1%.

Resultados: 10 entidades tutelares evaluadas. 567 expedientes de personas en situación de pretutela y tutela revisados. 1) Porcentaje de cumplimiento de los indicadores en el sector de 60,1% 2) El cumplimiento por dimensiones ha oscilado entre el 41,7% de la dimensión relación, información y derechos de los tutelados y el 74% de la dimensión organización y gestión de la entidad. 3) Los aspectos relevantes con mejor puntuación son la valoración de la pretutela y los de menor cumplimiento son la valoración del grado de satisfacción de otras organizaciones y de los propios tutelados (10%).

Conclusiones: 1) Ha sido posible utilizar la misma metodología de consenso de indicadores de calidad técnica que en los sectores sanitario y social en un sector muy ligado al ámbito jurídico. 2) El presente estudio ha permitido la 1ª evaluación de calidad a nivel de toda una comunidad autónoma en entidades tutelares de personas incapacitadas por problemas de salud mental, discapacidad psíquica o en personas mayores incapacitadas. 3) Los resultados obtenidos ponen de manifiesto las áreas de mejora necesarias en todas las entidades y las oportunidades de mejora del modelo de atención (estrategias de comunicación con personas con dificultad de expresión, protección de derechos, mejora del abordaje interdisciplinario, etc).

DISEÑO DE UN ENTORNO DE SOPORTE INTEGRADO PARA LA INFORMACIÓN ENFERMERA EN EL PROCESO ASISTENCIAL

Rich-Ruiz M, Farnos-Brosa MG, Bravo-Rodríguez MC, Cubillo-Arjona G, Torre-Peñad MD, García-Díez M
Hospital Universitario Reina Sofía

C-018

Palabras clave: Entorno tecnológico, Cuidados, Accesibilidad de la información.

Objetivos: El Proyecto Azahar tiene un doble objetivo: por un lado llevar la informatización de los cuidados a pie de cama, punto real de trabajo en el hospital, y por otro, establecer un soporte tecnológico de información inter-nivel que llegue incluso al domicilio del paciente.

Métodos: Análisis, interpretación y adaptación a nuestra situación de toda la información disponible, la obtenida de fuentes bibliográficas y la derivada de estudios previos de nuestro hospital. Para hacerlos realizables participamos en la última convocatoria del Programa PROFIT-2003 incluida en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2000-2003) del Ministerio de Ciencia y Tecnología, obteniendo la financiación que facilitará la realización del Proyecto.

Resultados: El análisis de los Requerimientos de los distintos destinatarios a los que deberá responder esta herramienta dio como resultado un DISEÑO que contempla: 1) La participación del paciente y/o familia, dando así respuesta a un paciente "que desea estar informado, quiere participar en las decisiones acerca de su salud y es mucho más crítico ante las actuaciones de los profesionales sanitarios". 2) La integración del nuevo conocimiento, que permita al paciente disponer siempre de una información fiable, a la vez que comprensible y accesible, durante su estancia en el hospital (a través de unos profesionales que están actualizados) y en su domicilio (recordemos que el 17 % de los internautas españoles utiliza la red para buscar información de salud). 3) Evitar transcripciones innecesarias y con ellas posibles errores para la comunicación; dando respuesta, además, a la "sentida pérdida de tiempo" en el registro -una de las resistencias más frecuentes-. 4) La evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora continua. 5) Una producción de servicios única y coordinada, mejorando la continuidad de los cuidados -más de un 60 % de nuestros pacientes ya disponen al alta de un informe de continuidad de cuidados-.

Conclusiones: Los requisitos descritos han resultado en la concepción de una plataforma abierta e interoperable soportada en redes tecnológicamente diferentes: LAN y Wi-Fi intrahospitalaria, que proporcionan la capilaridad hasta pie de cama y el acceso nomádico; la Extranet del SAS, que proporciona la conectividad entre niveles; e Internet y Red GPRS para el acceso por red fija y celular digital desde el domicilio.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "LA PAZ"

Hernández S, Albarracín A, del Amo R, Bravo P
Servicio de Archivo y Documentación Clínica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

C-020

Objetivos: 1) Analizar los resultados de una auditoría del CMBD de hospitalización del año 2001.

2) Revisar el circuito de información clínica de los servicios asistenciales y detectar posibles causas que pueden disminuir la fiabilidad del CMBD y de variabilidad en el caso mix.

Metodología: 1) Se selecciona una muestra aleatoria de episodios hospitalarios codificados del año 2001 y se realiza una recodificación. 2) Se aplica el sistema de clasificación de pacientes AP-GRD en una muestra de pacientes y se utiliza el AP-GRD Definitions Manual y el programa DRG Finder con el fin de detectar posibles diferencias en la asignación de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y como consecuencia en el case-mix.

Resultados: 1) El índice de case-mix (ICM) para los 25 GRD de mayor consumo de recursos es de 4,06 frente a 3,39. Los ICM por hospitales fueron 1,88 vs 1,24 en Hospital General, 3,71 vs 3,63 en Traumatología, 0,56 vs 0,67 en Maternal y 1,48 vs 1,14 en Infantil. 2) Se detecta un 17,35% de casos que sufren cambios en la asignación de GRD cuando se codificó mediante informe de alta (IA) provisional. El ICM fue 1,56 para la codificación con IA definitivo vs 1,50 con IA provisional. Se comparan los GRDs obtenidos cuando el diagnóstico principal y el resto de diagnósticos se delimitan al máximo.

Conclusiones: La "especialización" planificada en las unidades de codificación resulta ser un método de trabajo más eficiente. La calidad del CMBD del hospital influye de forma importante en la asignación de los procesos a un determinado GRD según demuestran las variaciones en el índice de case mix del hospital.

MESA 5

Medida de resultados

ERRORES HOSPITALARIOS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD (ESPH)- 12 AÑOS DE RESULTADOS

C-022

Moleiro MA, Sadurni J, Anglada A, Carrera R, Cerdà I, Piñana A

Palabras clave: Errores. Mortalidad. Práctica clínica.

Objetivos: Mostrar como la revisión de la mortalidad, de forma sistematizada, es un instrumento de detección de errores hospitalarios.

Métodos: El Hospital General de Vic (HGV) analiza, de forma sistemática desde 1985 los exítus, y desde 1991, los errores hospitalarios en los exítus, llamándoles exítus Secundarios a Problemas Hospitalarios (ESPH). En 1991 el grupo de mortalidad revisó el 100% de las HC de exítus, por parte de dos grupos de médicos diferentes, buscando la detección de errores hospitalarios desde el ingreso hasta la muerte, demostrándose un nivel de concordancia excelente entre los dos grupos (coincidencia de análisis del 98%, con una Kappa de 0,95). De los 206 exítus analizados (33 rechazados por ser ingresos cadáver) se detectó ESPH en el 22% de los exítus, correspondiendo al 0,55% de las altas (8.136) del período IC 95% (0,47 ÷ 0,62). Las referencias bibliográficas demuestran que el 30% de las altas tienen efectos adversos y relacionados con la mortalidad, un 0,5%. Desde el estudio de 1991 se clasificaron los ESPH en 5 categorías (1- infección nosocomial, 2- técnica diagnóstico-terapéutica, 3- omisión/demora de tratamiento/profilaxis, 4- incidente nocivo, 5- problema organizativo/estructural). De 1991 a 2002 han sido analizados el 100% de los exítus, gracias a 17 profesionales, representantes de los servicios con más exítus del hospital, cumplimentando un registro específico, informatizado desde 1997. En el grupo de mortalidad se analizan conjuntamente y con detenimiento los errores detectados (ESPH). Las mejoras que se proponen en el grupo son traspasadas por el técnico de mortalidad al coordinador de calidad y a los jefes de servicio, impulsando mejoras en el resto de ámbitos del hospital (documentación, protocolos de actuación, ética, farmacología, informatización de HC, etc). Se elaboran informes de mejora y sesiones de análisis, por parte de los jefes de servicio y específicos de calidad en los ESPH con problema organizativo/estructural.

Resultados: Evolución 1991-2002 (ESPH y Problemas según tipo)

	1991	92	93	94	96	97	98	99	2000	01	02
% ESPH/Altas	0,55	0,6	0,58	0,44	0,43	0,37	0,48	0,33	0,37	0,34	0,41
% Prob tipo 1	36,7	49,2	34,4	25,5	26,2	26,1	32,2	47,5	44,4	28,6	31,4
% Prob tipo 2	13,3	19,0	14,8	23,5	33,3	23,9	37,3	25,0	31,1	40,8	29,4
% Prob tipo 3	21,7	17,5	32,8	37,3	28,6	23,9	15,3	15,0	20,0	14,3	19,6
% Prob tipo 4	16,7	9,5	14,8	11,8	11,9	26,1	15,3	12,5	2,2	16,3	15,7
% Prob tipo 5	11,7	4,8	3,3	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	3,9

Conclusiones: El ESPH es un concepto que se puede objetivar fácilmente, que detecta errores asistenciales desde el ingreso hasta la muerte del paciente. El 80% de servicios con exítus realizan sesiones de análisis de la mortalidad y se han realizado el 100% de informes de los ESPH por parte de los jefes de servicio. Se han sistematizado las reuniones de análisis de la mortalidad perinatal (intra y extra-hospital), y de correlación clínico-patológica. Se ha pasado del 50% de exítus con epicrisis en 1991 a un 85% a 2002. El 65% de las HC de exítus son cerradas en < 30 días. En 1991 se desconocían los pacientes terminales, a 2002 hay un 43,2%. Esta metodología permite detectar los errores asistenciales, de forma (regular i sistemática) generalizada y ha permitido realizar acciones de mejora organizativas.

GESTIÓN PARA LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS DE UNA UNIDAD CENTRALIZADA EN EL SERVICIO DE FARMACIA: SISTEMA DE MONITORIZACIÓN

C-021

Plaza V, Calvo P, Moro I

Objetivo: Conseguir una disminución de costes en relación con: 1) Tiempo/enfermera. 2) Material fungible. 3) Medicamentos. Conseguir una disminución en los errores de administración de mezclas intravenosas (M.I.V.).

Que las M.I.V. que se administran cumplan las condiciones asépticas más adecuadas.

Metodología: Preparación en una Campaña de Flujo Laminar Horizontal Tipo II. Personal cualificado para la elaboración de las M.I.V. Elaboración de un Protocolo Bacteriológico. Descripción detallada de cada M.I.V. mediante un etiquetado individualizado. Anotación en la Hoja de Registro de los posibles errores en las M.I.V. Estudio comparativo de costes en una Unidad de Hospitalización, en relación con ahorro de tiempo/enfermera: en el Sistema tradicional y la Unidad Centralizada.

Resultados: Monitorización a tiempo real durante los meses de enero y febrero de las M.I.V. Presentación de los Resultados Finales del Estudio.

Conclusiones: 1. Disminuye la manipulación de los medicamentos en las Unidades de Hospitalización, así como el tiempo necesario para su administración. 2. Etiquetar individualmente las M.I.V. permite a la enfermera de la Unidad de Hospitalización evitar errores de administración, tiempo de infusión, identificación del paciente etc. 3. La M.I.V. a administrar está diluida en la solución adecuada. El sistema no permite que se administre por el personal de enfermería una M.I.V. que no haya sido comprobada por el Farmacéutico/a. 4. Se ha conseguido una disminución en coste tiempo/enfermera en relación con la preparación de M.I.V. 5. Ahorro en coste de material fungible. 6. La elaboración de las M.I.V. en Farmacia, reduce considerablemente el tiempo que la enfermera de Hospitalización emplea en ésta tarea, para dedicarlo al cuidado integral del enfermo.

MEDIDA DE RESULTADOS EN MEDICINA INTERNA. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA INDIVIDUAL Y SUS IMPLICACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

C-023

Bernacer L, Orfila J
Hospital de Manacor.

Palabras clave: Gestión clínica. Eficiencia. Variabilidad.

Objetivos: Analizar la influencia del EPM sobre los resultados de la actividad asistencial y sus implicaciones en la planificación hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo-analítico, realizado en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Comarcal (SUH) de 196 camas, de ámbito rural, con una población de referencia de 145.000 habitantes, con una frecuentación de urgencias de 45.000 pacientes/año y unos ingresos en el Servicio de Medicina Interna de 2.300 pacientes/año. El Hospital fue el primero que se constituyó al amparo de las nuevas formas de gestión. El Servicio esta formado por 6 médicos adjuntos y un Jefe de Área compartido con el resto de especialidades médicas. Se han analizado los datos de la actividad asistencial en planta de hospitalización durante los años 2000, 2001 y primeros seis meses del 2002. La información se ha obtenido del Servicio de control de Gestión del hospital IASSIST 98® y un sistema de información interna del servicio. Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 10® para Windows®.

Resultados: Durante el periodo de estudio, ingresaron 5.439 pacientes. El resultado de la actividad asistencial por médico se refleja en la tabla nº 1 y en el gráfico nº 1. La relación entre estancia media/peso medio/porcentaje ingresos se muestra en el gráfico 2. Las necesidades de camas y facultativos en función de los distintos patrones de productividad se muestran en la tabla nº 2 y gráfico nº 3.

2000-01-02		npac %	estanc %	em	pm	producción	
Médico 1	873	16,1%	6952	15,6%	7,9	1,76	1536
Médico 2	1029	18,9%	6501	14,6%	6,3	2,00	2058
Médico 3	574	10,6%	6969	15,7%	12,2	1,66	953
Médico 4	805	14,8%	7102	16,0%	8,7	1,68	1352
Médico 5	566	10,4%	4982	11,2%	8,9	1,70	962
Médico 8	154	2,8%	1395	3,1%	9,1	1,92	296
Jefe servicio	390	7,2%	2477	5,6%	6,5	1,87	729
Médico 7	1048	19,3%	8129	18,3%	6,9	1,72	1803
	5439	100,0%	44507	100,0%			

Médico nº 5 finalizó su contrato final diciembre'01. Médico nº 8 comenzó enero'02

Conclusiones: A nivel de la microgestión, la VPM tiene su origen en el estilo de práctica médica individual. El estilo de práctica clínica individual tiene importantes repercusiones en la planificación de los servicios de medicina Interna Hospitalarios siendo determinante en cuanto a la dotación de camas y de recursos humanos.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

Arjona C, Giménez DJ, Jiménez RM, Garrido O
Hospital Morales Meseguer.

C-024

Palabras clave: Fractura cadera. Estancia media.

Objetivos: La estancia media (EM) inadecuada es un indicador de calidad deficiente, buscamos factores que influyan negativamente en este indicador.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo sobre una muestra representativa de 26 casos según metodología EMCA. La muestra incluía 20 mujeres, 6 hombres con una edad media de 79,65 años (60-91). Se estudia la estancia preoperatoria, postoperatoria, número de patología de base al ingreso, presencia de síndrome confusional agudo (SCA), tratamiento anticoagulante o antiagregante al ingreso y número de interconsultas realizadas. Análisis estadístico con hoja de cálculo Excel.

Resultados: La estancia media fue de 14,19 días (7-35), la preoperatoria 6,73 (3-13) y la postoperatoria 7,42 (4-27), 8 pacientes tomaban anticoagulantes o antiagregantes (AC o AA) al ingreso (30,8%) con una estancia media de 14 días y preoperatoria de 7,37 frente a un 14,28 y 6,44 que presentaban los pacientes sin AC o AA respectivamente. No existían diferencias estadísticamente significativas. Diez pacientes presentaron SCA durante su ingreso (38,46%) con una EM de 16,8 días frente a los 12,5 que tuvieron los pacientes sin SCA, aunque esta diferencia no es significativa $p = 0,056$. Se hicieron un total de 10 hojas de interconsulta a 6 pacientes (23%). La estancia media de estos pacientes fue de 19,5 días, mientras que la de los que no precisaron interconsulta fue de 12,6 ($p < 0,003$). El 84,6% de los pacientes presentaban alguna patología de base al ingreso pero este factor no afectó a la estancia media.

Conclusiones: La estancia media en este GRD (14,19 días) es muy elevada, sobre todo a expensas de la estancia media preoperatoria. La presencia de tratamiento anticoagulante o antiagregante no parece influir en la EM global ni en la preoperatoria. El único factor que influye en la estancia media es la necesidad de realizar hojas de interconsulta a otras especialidades por complicaciones durante la estancia. No hemos podido determinar si esto se produce por la complicación en sí o por una demora a la hora de contestar las interconsultas.

MESA 6

Medida de resultados

NUEVAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN, ¿VALEN LO QUE CUESTAN?

Arizti I

C-025

Palabras clave: PET. Cáncer. Mama.

Objetivos: El presente trabajo pretende ser un acercamiento al potencial coste-efectivo de la técnica PET en el manejo de esta enfermedad.

Métodos: Dos estrategias diferenciadas son comparadas. Por un lado, la mamografía como técnica diagnóstica comúnmente utilizada y bien contrastada, considerada estrategia base y por otro lado, la incipiente tecnología PET con mayor capacidad diagnóstica y variedad de aplicaciones, pero restringida por su elevado coste. Una simulación de mil pacientes es utilizada para calcular la distribución de beneficios y costes derivados de la aplicación de ambas pruebas independientemente. A partir de la revisión de literatura médica, se calculan los valores de todas las variables incorporadas al modelo y se estiman la esperanza de vida ganada y los costes implicados, para cada una de las estrategias analizadas. Los efectos de la variación en el valor de algunos de los parámetros incluidos, son detallados mediante un análisis de sensibilidad.

Resultados: El resultado del análisis presenta un incremento de coste por cada año de vida ganado de 12.399 euros, valor significativamente menor que el admitido comúnmente de 50.000 euros por año. El análisis de sensibilidad demuestra la estabilidad del resultado.

Conclusiones: El modelo de análisis aquí presentado, vislumbra tras la incertidumbre provocada por la inexactitud de criterios y estimaciones, el potencial coste-efectivo de la tomografía por emisión de positrones aplicada al diagnóstico del tumor primario en el cáncer de mama. Clínicamente aceptada la exactitud diagnóstica de la prueba, parece ser inevitable su incorporación paulatina a los sistemas diagnósticos convencionales, en la medida que su elevado coste disminuya, como es habitual en el campo de la tecnología.

ANTIAGREGANTES Y USO DE RECURSOS SANITARIOS EN ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR

Barceló M, Moreno NR, Ruiz D, Vázquez G

C-026

Palabras clave: Antiagregantes. Fractura de fémur. Uso de recursos.

Objetivos: El retraso de la cirugía en los ancianos que toman antiagregantes y tienen una fractura de fémur se está extendiendo. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto que tiene el retraso de la cirugía en el uso de recursos y las repercusiones sobre el estado de salud.

Métodos: Desde abril del 2002 a noviembre del 2002 se incluyeron 179 pacientes con fractura femoral que fueron ingresados. Se realizó un estudio de caso-control y se evaluaron las complicaciones, mortalidad, estancia hospitalaria y uso de recursos sanitarios al alta. Se compararon los dos grupos mediante la t de Student para las variables cuantitativas y de la Chi cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una diferencia $\geq 0,05$.

Resultados: Los dos grupos fueron comparables en edad y tipo de intervención quirúrgica.

	Antiagregantes n = 63	No antiagregantes n = 116	$\alpha = 0,05$
Delirium (%)	27,6	22,4	0,386
Transfusión (%)	46,9	43,1	0,574
Complicaciones totales (%)	39,8	42,2	0,717
Mortalidad (%)	5,1	5,2	0,981
Días estancia hospital media	9,04 (11,53)	15,03 (6,10)	0,001
Días espera IQ media (DE)	4,88 (3,22)	2,95 (2,01)	0,000
Días espera CSS media (DE)	3,52 (8,41)	3,32 (2,23)	0,871
Domicilio (%)	20,4	32,8	0,043
CSS (%)	44,9	43,1	0,390
Residencia (%)	24,5	15,5	0,100

Conclusiones: Los pacientes que consumen antiagregantes no tienen más complicaciones ni mortalidad que los que no los consumen, en cambio tienen una mayor estancia hospitalaria a expensas de la espera de la intervención y son trasladados con menos frecuencia a domicilio. Estos resultados no avalan el uso de esta práctica en cuanto a resultados de salud y uso de recursos.

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES QUIRÚRGICAS

Asensio A, Valverde L, González A, Díez-Esteban A, Leal L, Sáinz A

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

C-027

Objetivos: En este estudio se describe la identificación de un exceso de ISQ para la cirugía de prótesis de rodilla y el abordaje multidisciplinar que condujo a su disminución.

Métodos: 1) Seguimiento de una cohorte de pacientes de cirugía ortopédica mediante la vigilancia activa y prospectiva de la incidencia de ISQ. 2) Creación de un grupo multidisciplinar para la detección de los problemas, análisis de las causas, propuesta de acciones y monitorización de su efectividad. Este grupo revisó las prácticas que se realizaban en los pacientes y formuló unas medidas de intervención entre las que destacan: a) Actualización de las normas generales de prevención de las ISQ; b) Cambios en el protocolo de profilaxis tromboembólica con sustitución de la heparinización de inicio preoperatorio por postoperatorio; c) Descontaminación profiláctica de *S. aureus*; d) Cambios organizativos para intentar mantener la estancia prequirúrgica inferior a 48 horas y; e) Calentamiento del paciente en el quirófano. Dichas prácticas se implementaron a partir de enero del 2003.

Resultados: Durante 4 trimestres de los años 2001-2, el riesgo de ISQ de los 82 pacientes intervenidos fue superior al esperado según su categoría de riesgo NNIS (Razón estandarizada de ISQ 8,7; IC95% 2,9-11,3). Tras la implementación de las medidas propuestas, la incidencia de ISQ para esta cirugía, en los siguientes 4 meses del año 2003, fue del 0% (0/30; $p = 0,03$). La estancia preoperatoria no se modificó (media 6 días). Sin embargo la estancia postoperatoria descendió desde 11,8 días (IC95% 8,8-14,7) hasta 7,1 días (IC95% 6,3-8,0) ($p = 0,11$). Dado que la estancia atribuible a la ISQ en estos pacientes es de 26,9 días, y que si el riesgo de ISQ durante el primer cuatrimestre del 2003 hubiera permanecido constante se hubieran desarrollado 4 ISQ, el ahorro de días de estancia estimado para este periodo es de 108 días, que representa un coste aproximado de 45.576 € (a 422€/día de estancia).

Conclusiones: La monitorización de la incidencia de las ISQ permite identificar excesos de riesgo y su magnitud. El abordaje multidisciplinar de un problema de las ISQ por los profesionales responsables permitió la reducción del riesgo y la mejora de los resultados tanto en la morbilidad evitable como en los costes. Sin embargo la estancia preoperatoria no se redujo. Además, es necesario prolongar el seguimiento para asegurar el cumplimiento, la efectividad y la eficiencia de las acciones implementadas.

MONITORIZACIÓN DIARIA DE LA MORTALIDAD. LA MEJORA CONTINUA A TRAVÉS DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE DÉFICITS

Pérez-Bartolí J, Abelló-Somolinos C, Robles A, Salvadó J, Martín-Osorio JA, Colomer J

Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

C-029

Palabras clave: Mortalidad. Calidad. Monitorización.

Objetivos: Detección precoz de eventuales déficits de calidad en el proceso asistencial que puedan estar relacionados con casos de mortalidad no previsible.

Diseño de intervenciones de mejora en relación a los déficits detectados.

Métodos: Los profesionales de los núcleos de soporte del Plan de Calidad realizan, a través del sistema de información hospitalario, un procedimiento de detección y análisis diario de todos los casos de mortalidad hospitalaria acontecidos el día anterior. Si en alguno de los casos, la información disponible en el sistema no ofrece una visión clara y razonable de todo el proceso asistencial, se inicia una investigación, solicitando información a los profesionales asistenciales que han intervenido en el proceso y revisando exhaustivamente la documentación clínica. En el caso de apreciar una mortalidad no previsible o de estimar algún déficit tanto estructural como de proceso, se elabora un informe con el resultado de la investigación que contiene, además, conclusiones en las que se explicitan los déficits detectados. El informe se entrega a la Dirección asistencial y a la Gerencia para que establezcan las medidas ejecutivas oportunas.

Resultados: El procedimiento funciona desde finales de 2001 y ha permitido identificar siete casos de mortalidad en los que se detectaron déficits de proceso o de estructura. En todos ellos se han diseñado y aplicado intervenciones dirigidas a evitar que las situaciones detectadas puedan volver a producirse.

Conclusiones: La mortalidad es uno de los resultados del proceso asistencial que requiere mayor atención y seguimiento. Las comisiones de mortalidad realizan el análisis de los casos en profundidad pero sin la inmediatez que se perfila necesaria en aquellos casos en los que no se dispone de información suficiente o que el proceso ofrece alguna laguna. La monitorización diaria de la mortalidad es un sistema ágil que ha permitido un análisis precoz y profundo de los casos, el diseño de medidas de intervención y una información rápida a las direcciones con el consiguiente aumento de seguridad en el proceso asistencial. A pesar de no disponer de encuestas de satisfacción, se ha detectado una acogida favorable del procedimiento entre los profesionales asistenciales.

ANÁLISIS DEL REGISTRO DE BACTERIEMIAS EN LAS DIFERENTES FUENTES DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Calcerrada N, Ruiz P, López-Pedraza MJ, Troncoso D, González C, Sanz F

Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-028

Palabras clave: Bacteriemia. Registro. Fuentes de información.

Objetivos: 1) Evaluar la validez del registro de bacteriemias en el CMBD, Informe de Alta hospitalaria e Historia Clínica, comparándola con la fuente de información del Laboratorio de Microbiología (Gold standard) en un hospital de tercer nivel. 2) Analizar si existen diferencias en el registro de infección, dependiendo del microorganismo y el tipo de infección (nosocomial/comunitaria).

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. **Población base:** Todos los pacientes con informes confirmados por el Laboratorio de Microbiología de bacteriemia con hemocultivo positivo realizados en un hospital de tercer nivel durante el periodo septiembre de 2000 a julio de 2001 ambos inclusive. **Población de estudio:** Muestra aleatoria de 6 meses calculada para una prevalencia de registro de infección del 50% y nivel de confianza 95%. Total 117 informes. **Fuentes de datos:** Registro Microbiología, historia clínica, informe de alta y CMBD. **Variables del estudio:** Edad, sexo, tipo de infección, origen de la infección, germen y diagnóstico literal de bacteriemia. **Análisis estadístico:** Distribución de frecuencias, media y desviación estándar (DE). Test de chi-cuadrado; odds ratio.

Resultados: La media de edad de los pacientes con bacteriemia fue de 63,0 años (DE 16,6). El 65% fueron hombres. El tipo de infección más frecuente fue la infección nosocomial (76,3%), siendo el catéter intravenoso el origen más frecuente (23,9%) y el microorganismo más frecuente fue el estafilococo coagulasa negativo (18,8%). El registro escrito del diagnóstico de bacteriemia y/o sepsis en la historia clínica fue del 73,1%, en el informe de alta del 63,6% y en el CMBD del 22,5%. En el CMBD se recogieron otros diagnósticos relacionados con la infección en 53 casos (47,7%). El tipo de infección comunitaria se asoció a un mayor registro en el informe de alta OR = 13,1 ($p = 0,003$). En cuanto al tipo de microorganismo y registro no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,3$).

Conclusiones: En general existe un bajo registro de las bacteriemias identificadas por el Laboratorio de Microbiología en las distintas fuentes de información estudiadas. Existe una pérdida de información entre el Informe de Alta y el registro del CMBD.

VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA. EL CASO DE LA CIRUGÍA NASOSINUSAL EN ESPAÑA*

Jiménez A, Bandera A, Lara A, Perea E, Piedrola D, Pons J

C-030

Palabras clave: Variaciones en la práctica médica. Cirugía nasosinusal.

Objetivos: Analizar si existen diferentes patrones de práctica clínica en la atención a las patologías nasosinusales en hospitales españoles, estudiando para ello 4 indicadores de eficiencia y calidad asistencial.

Métodos: Se analizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Sistema Nacional de Salud de 1998-2000 para los diagnósticos "pólipos de cavidades nasales y senos" y "sinusitis crónica". Para cada hospital, se calcularon: estancia media (EM), porcentaje de altas sin intervención quirúrgica, porcentaje de intervenciones por vía endoscópica (CENS) y tasa de complicaciones quirúrgicas. Se realizó un análisis de conglomerados o clusters, del que se excluyeron los centros con menos de 10 altas anuales, para clasificar los hospitales en función de los valores de dichos indicadores.

Resultados: Se analizaron 13061 altas correspondientes a 263 hospitales diferentes. La EM fue 3,3 días, un 22,1% de altas se produjeron sin intervención quirúrgica, el 22,5% de las intervenciones se realizaron por CENS y el 1,9% de los pacientes intervenidos sufrió complicaciones, principalmente hemorrágicas (1,5%). El análisis de conglomerados agrupó los hospitales en 3 categorías: a) 32 hospitales con indicadores de eficiencia y calidad mejores que el promedio: EM baja (2,8 días), sólo 14,3% de altas sin intervención quirúrgica, elevado porcentaje de CENS (69,9%) y bajo porcentaje de complicaciones postquirúrgicas (1,9%); b) 35 hospitales con indicadores de calidad por debajo del promedio: EM prolongada (4,0 días), alto porcentaje de altas sin intervención (42,4%), bajo porcentaje de CENS (19,5%) y complicaciones frecuentes (3,9%) y c) 74 hospitales con porcentaje de CENS por debajo de los otros grupos (14,7%) y valores intermedios de EM, altas sin intervención y complicaciones quirúrgicas.

Conclusiones: Se detectaron importantes variaciones en la asistencia a las patologías nasosinusales en hospitales españoles. Las características de los 3 grupos de hospitales obtenidos mediante el análisis de conglomerados, resulta coherente con nuestra hipótesis de que los indicadores seleccionados valoran la eficiencia y calidad de la asistencia prestada.

*Es parte de un Proyecto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias financiado por el Instituto de Salud Carlos III (exp.01/10046).

MESA 7

Orientación al cliente

ARTETERAPIA, UN VALOR AÑADIDO DE CALIDAD EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑOJESÚS

Delgado-Gómez MF, Morandé G, López-Robledillo JC
Hospital Universitario Niño Jesús.

C-032

Palabras clave: Arte. Calidad asistencial. Pediatría.

Objetivos: 1) Describir las actividades propias de "Arteterapia" que se realizan en un hospital general pediátrico desde su inicio hace ya 10 años y que ha acogido a más de 700 pacientes. 2) Valorar el impacto de dicha actividad terapéutica en la sociedad y 3) Valorar la mejoría de aspectos físicos y psíquicos relacionados con las enfermedades de los niños que han acudido a los talleres de ARTETERAPIA.

Métodos: 1) Descripción audiovisual de las diferentes actividades realizadas en los talleres de torno, modelado, cerámica, óleo, policromía, esmaltes al fuego, jardinería. 2) Recuento de "alusiones" a la actividad desarrollada en prensa, libros y otras publicaciones, así como en radio y TV. 3) Encuesta tipo informe de usuario/calidad percibida.

Resultados: 1) En la presentación se describen de forma audiovisual las actividades que constituyen la ARTETERAPIA. Se contemplan los recursos físicos y humanos con que está dotada. 2) Recuento de "alusiones y menciones": a) Prensa: total 5 ("EL PAÍS" enero 1995; mayo 2000. "EL MUNDO", diciembre 1996, febrero 2000, "EL PAÍS" diciembre 2002.) b) Libros: total 2 ("MI TIGRE ES LLUVIA" Libro publicado en 1998, "Derecho a la Igualdad" UNICEF 1998. c) Revistas: total 4 ("HUMANA" 1998, Revista "CALIDAD DE VIDA" Ayuntamiento de Madrid marzo 2002, Revista "LUX" 2º premio internacional de pintura y escultura, Catálogo y participación "FERIARTE" 1996.) d) Radio, TV e internet: total 9 (Grabación Radio Telemadrid programa "LA SOMBRA" 2002. Internet "MANOS MARAVILLOSAS" enero 2003. TVE "MADRID NOTICIAS" septiembre 1996. Telemadrid "MADRID DIRECTO" OCTUBRE 1996. Televisión Italiana 2001. "MADRID DIRECTO" junio 2002. "ESPEJO PÚBLICO" diciembre 2002. "MADRID DIRECTO" Talleres en el 125 Aniversario diciembre 2002. Reportaje en video "INSTITUTO PARA LA FORMACIÓN" octubre 1994. e) Exposiciones: total 20 (Dibuja a tu pediatra calendario 2002 "ABBOTT"... f) Premios: total 5 (Revista LUX, Fundación Theodora...). 3) Mejoría de todos los aspectos relacionados con la enfermedad (valoración subjetiva) destacando relación con otros niños y actividades de la vida cotidiana.

Conclusiones: 1) La Arteterapia a pesar de contar con una experiencia de 10 años en nuestro Hospital, representa un aspecto novedoso a considerar en el tratamiento integral de niños con enfermedades crónicas. 2) El Impacto en la sociedad es muy favorable y extenso como hemos demostrado. 3) La mayoría de los aspectos relacionados con la enfermedad de los niños mejoran. 4) Convencimiento de que la implantación de programas de ARTETERAPIA en hospitales generales benefician la calidad asistencial.

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE INFORMAR A LOS PACIENTES PARA INCREMENTAR SU CAPACIDAD DE DECISIÓN?

C-031

Mira JJ, Tirado S, Pérez V, Sitges E, Vitaller J, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Cornejo MJ

Objetivo: Determinar cuál es la mejor manera de informar a los pacientes para que puedan comparar resultados y elegir hospital.

Material: Se elaboró información sobre tres hospitales ficticios y tres patologías (cáncer de mama, hipertrofia de próstata y cataratas) en cuatro modalidades de presentación: 1) un folleto con datos de los 3 hospitales con tablas, 2) un folleto con datos de los 3 hospitales con gráficos, 3) tres folletos -uno por hospital- con tablas y 4) tres folletos -uno por hospital- con gráficos. Todos ellos incluían datos acerca del personal, resultados de efectividad médicos y quirúrgicos, efectos secundarios, satisfacción de otros pacientes y familiares, demandas y reclamaciones efectuadas contra el hospital.

Método: Se pidió a 1.259 sujetos (43,4% varones) que compararan datos de efectividad terapéutica y satisfacción de otros pacientes presentados mediante 3 soporte diferentes, para que eligieran hospital dónde preferían ser atendidos. La asignación del tipo de soporte de información fue aleatoria.

Resultados: Los datos se analizaron mediante la prueba de Mann-Whitney, con la corrección de Bonferroni para evitar la acumulación de error Tipo I. Un 64% eligió el hospital con mejores resultados clínicos. M-W mostró diferencias significativas en cuanto a la comprensión de la información entre las dos modalidades de gráficos, las dos modalidades de un solo folleto comparativo y la modalidad de un folleto de gráficos frente a la de tres folletos de tablas, tanto en patologías graves como leves ($p < 0,0083$).

Conclusión: Los resultados sugieren que la información presentada mediante tablas es más comprensible y que disponer de un solo folleto con toda la información facilita las comparaciones y la toma de decisiones.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y PSICOSOCIAL DE LOS INMIGRANTES MAGREBIES EN CATALUNYA

C-033

Saura RM, Suñol R (FAD), Chaib M, Elmanouari M (IBN Batuta), Achotegui J (SAPIR).

Palabras clave: Inmigrantes. Satisfacción. Expectativas.

Objetivos: 1) Conocer la accesibilidad y grado de satisfacción con la atención sanitaria de la población inmigrante magrebi. 2) Identificar la presencia e intensidad de factores estresores y de apoyo psicosocial. 3) Valorar el cumplimiento de las expectativas del proyecto migratorio.

Métodos: Población de estudio: Inmigrantes magrebíes de más de 18 años y estancia en Catalunya entre 3 meses y 10 años. Muestra: 403 casos (Z2α:95%, e2: 5%; pe: 50%). Selección aleatoria de un universo muestral estratificado por sexo y lugar de residencia. Cuestionario con preguntas cerradas: primera fase a cargo de expertos y modificación posterior tras la realización de 2 grupos focales. Adaptación transcultural y prueba de comprensión. Encuesta realizada por encuestadores magrebíes, previamente entrenados. Trabajo de campo: junio y julio de 2002.

Resultados: El 86% dispone de tarjeta sanitaria y un 70% ha utilizado la red sanitaria, preferentemente a nivel ambulatorio. Un 30% tiene problemas de comunicación durante la consulta y el 24% expresa haber recibido un trato poco o nada amable por parte del personal sanitario. El 50% manifiesta que no se ha tenido en cuenta su cultura durante el proceso de atención, llegando al 10% los que además se han sentido discriminados por ser inmigrantes. El 50% evidencian un alto grado de estrés generado por factores como: trabajo, vivienda, alejamiento familiar y legalización. El nivel de apoyo social, medido por el número de personas a quien recurrir entre la familia o amigos (marroquíes o autóctonos), pocas veces supera las 2 personas por colectivo. El 34% no ha cumplido sus expectativas y el 11% expresa estar peor que antes.

Conclusiones: El estudio identifica diversas áreas de actuación. Mejora de la información sobre accesibilidad a la red sanitaria, y disponibilidad de tarjeta y su relación con legalización. A nivel de profesionales sanitarios es evidente las dificultades de comunicación y sensibilización frente al hecho diferencial cultural, que compromete la comprensión del tratamiento y pautas a seguir. Posiblemente sería necesario potenciar los programas con mediadores culturales, pudiendo así mejorar el nivel de satisfacción que se sitúa entre 15 y 20 puntos porcentuales por debajo de la población autóctona en encuestas de satisfacción de la atención sanitaria. El nivel de estrés psicosocial es intenso, pero las grandes áreas urbanas como Barcelona presentan menores índices estrés. En general el nivel de apoyos sociales disponibles es bajo y hace difícil compensar la intensidad de los factores de estrés.

ACCESIBILIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO DE EXTREMADURA

García-Sanz-Calcedo J, González-Conde G, Trejo-Mostazo P

C-034

Objetivos: Profundizar en el estudio de la normativa existente junto con las organizaciones sociales implicadas, con el objeto de complementarla con disposiciones específicas y a emprender métodos de actuación que permitan minimizar las dificultades especiales existentes dentro de este tipo de espacios singulares aplicando los siguientes objetivos: Complementar la legislación en vigor con recomendaciones específicas para el ámbito sanitario en colaboración con las asociaciones de discapacitados físicos de Extremadura. Convertir en Prácticas; todos los centros sanitarios existentes. Sensibilización del personal sanitario, gestores y equipos técnicos sobre la accesibilidad. Establecer un protocolo de comunicación adecuado con el usuario. Dotar de las condiciones de accesibilidad adecuada a todos los centros sanitarios existentes.

Métodos: Creación de un grupo multidisciplinar de trabajo formado por miembros del Servicio Extremeño de Salud y la Confederación de Asociaciones de Discapacitados Físicos de Extremadura. Elaboración de una Guía Básica de recomendaciones de diseño complementaria de la normativa en vigor sobre accesibilidad y particularizada al entorno sanitario. Evaluación del estado actual de todos los edificios públicos sanitarios. Redacción de un Plan Extraordinario de Contingencia para el período 2004-2007 para convertir todos los centros sanitarios regionales en prácticos. Formación para la sensibilización e información del personal.

Resultados: 1) Publicación de la Guía Básica de Recomendaciones de Diseño sobre Accesibilidad particularizada al Entorno Sanitario. 2) Celebración de jornadas divulgativas, dentro del Plan de Formación Permanente. 3) Creación de un sistema de comunicación vía correo electrónico donde se recibirán los informes de incidencias sobre accesibilidad en los centros sanitarios. 4) Introducción de objetivos concretos sobre mejoras de las condiciones de accesibilidad en los Contratos de Gestión 2004. 5) Creación de Comisión de Evaluación y Seguimiento. 6) Convocatoria del Premio a la accesibilidad en el entorno Sanitario.

Conclusiones: La clara disposición de la administración sanitaria de asumir su responsabilidad, garantizando entornos accesibles para todos los ciudadanos y la decisión de emprender medidas de mejora en este ámbito, junto con los usuarios y los colectivos sociales, garantiza la consecución de niveles altos de calidad. Implicación de los usuarios de los centros sanitarios, y en particular del colectivo de discapacitados en la consecución de los objetivos marcados mediante su aportación y colaboración basada en su experiencia diaria. Establecimiento de un protocolo de comunicaciones, incluyéndose así la propia administración en parte de la red social de apoyo y defensa de los derechos de todos los ciudadanos en lo referido a accesibilidad, añadiendo esta metodología de trabajo mayor efectividad a las actuaciones.

MONITORIZACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ACCESIBILIDAD A LAS CONSULTAS DE MEDICINA FAMILIAR

Sánchez-Janáriz H, Hernández-Gallego R, Sanz-Oliveda E
Dirección Gral. Programas Asistenciales, Las Palmas de Gran Canaria.

C-036

Palabras clave: Atención Primaria. Accesibilidad.

Objetivos: Conocer la evolución de la accesibilidad del usuario a la consulta del médico de cabecera a través de la cita telefónica y valorar los tiempos de espera para entrar en consulta en la Comunidad Autónoma Canaria.

Métodos: En los años, 1997 (antes de la puesta en marcha de la cita previa centralizada), 2001 y 2002 se realizan sendos estudios descriptivos transversales por encuesta telefónica. Se extraen muestras representativas de la Comunidad Autónoma, se estratifican por Área de Salud atendiendo a la población adscrita. El tamaño de las muestras se calculan: en 1997 y 2001 para una precisión del 3%, un nivel de confianza del 95% y una $p = q$ del 50%; en el 2002 para una precisión del 1%, un nivel de confianza del 90% y una $p = q$ del 50%. Se incluyen en el estudio los usuarios que han acudido a consulta de Medicina en los últimos 15 días.

Resultados: Se realizan 1.409, 1.575 y 7.752 encuestas respectivamente en los tres años monitorizados. En la primera encuesta solo al 47% de los encuestados les resulta muy fácil o fácil contactar con su centro para pedir cita, frente a un 81,4% en el 2001 y un 84,3% en el 2002. En el 2001 el 66,6% consiguen cita para el día que quiere, bajando este porcentaje a 56,6 en el 2002. La espera para entrar en consulta se distribuye de la siguiente manera: hasta 30 minutos, un 55,5% en 1997, un 60,5% en el 2001 y 73,1% en el 2002; entre 31 y 60 minutos los porcentajes son de 28, 25,7 y 18,6 respectivamente; esperan mas de una hora 16,2%, 13,9% y 8,2%. El tiempo de espera para entrar en consulta en 1997 les parece Muy bien o Bien al 47%, en el 2002 el resultado fue de un 46,9%.

Conclusiones: Destaca la ostensible mejora en la accesibilidad a la cita telefónica con la centralización de la misma. Ligera disminución en los tiempos de espera para entrar en consulta, que no se ve reflejado en la satisfacción de los usuarios.

¿+ MÉDICO = + SALUD?

Collado A, Jiménez C, Morales E, Glaria T, Celma F, Espejo T
CAP Hospitalet.

C-035

Palabras clave: Gasto sanitario. Satisfacción. Salud.

Objetivos: Valorar los efectos de la ampliación horaria en un consultorio sobre la salud de la población atendida, el gasto sanitario y la satisfacción de los usuarios.

Métodos: Estudio analítico transversal.

Población de estudio: usuarios visitados en un consultorio rural (cobertura: 800 habitantes).

Obtención de datos de actividad, petición de pruebas complementarias, derivaciones a otros niveles asistenciales y control de patologías crónicas a partir de los registros informatizados de la historia clínica correspondiente al periodo 2001-2002.

Tabulación de datos mediante Microsoft Acces. Se comparan porcentajes entre los dos años estudiados. No se realiza estadística inferencial al trabajar con el total de la población.

1/1/02: incremento de 13 horas semanales de consulta médica e incorporación de un médico

Resultados: Sin cambios en el tamaño ni la estructura de la población.

Noviembre 2001: demanda canalizada por el Ayuntamiento de la población de aumentar las horas de asistencia.

Variaciones observadas:

- Número de visitas: +44%.
- Número de solicitudes de analíticas: +90,7%; radiología: +38,3%; ecografías: +42,9%.
- Número de derivaciones a especialistas: +75,3%; servicios de urgencias: +92,3%.
- Hipertensos controlados: +1,9%; dislipémicos: -52,4%.

Febrero 2003: Se repitió la demanda de la población de aumentar las horas de asistencia.

Conclusiones: El aumento de las horas de asistencia médica en nuestro centro no ha supuesto una mejora en la satisfacción de la población ni de los parámetros de salud estudiados.

Por el contrario, han aumentado el gasto sanitario (sueldo del médico, aumento de pruebas complementarias) y ha disminuido el nivel de resolución (aumento de las derivaciones).

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA: EL PERFIL DEL PACIENTE "SUPERSATISFECHO"

Díaz AR, Robles M, Dierssen T, Rodríguez M, Herrera P
Hospital de Sierrallana.

C-037

Palabras clave: Satisfacción. Encuesta. Supersatisfacción.

Objetivos: Evaluar la satisfacción de los pacientes ingresados en el Hospital e identificar los factores asociados a la supersatisfacción.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyen todos los pacientes dados de alta en 2002 durante los periodos analizados: 15-30 septiembre, 15-31 octubre, 15-30 noviembre. El instrumento de medida ha sido la encuesta SERVQHOS administrada a través de correo postal. Con objeto de identificar el perfil del paciente supersatisfecho; se ha elegido como variable dependiente: la satisfacción valorada de manera global y como variables independientes: características sociodemográficas y asistenciales. Como medida de asociación entre los distintos factores evaluados y la supersatisfacción; se han utilizado el riesgo relativo y su IC 95%.

Resultados: Se han enviado 1017 encuestas (Tasa de respuesta 24,55%, Tasa de participación 24,29%). Destaca positivamente la valoración de la amabilidad y cortesía del personal (71,68% mejor o mucho mejor de lo que esperaban). Como aspecto peor valorado se obtienen la puntualidad de las consultas médicas (38,07% mejor o mucho mejor de lo esperado). El 45,7% de los pacientes se consideró supersatisfecho; a la hora de valorar el nivel global de satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos durante su estancia. En relación a las características sociodemográficas la mas fuertemente asociada a la supersatisfacción resultó ser la edad > 70 años (P50) RR = 1,49 [1,12-1,97], seguida por la situación laboral de jubilado (con respecto a la de trabajador) RR = 1,34 [0,87-2,08]. Respecto a las características asistenciales los criterios que más contribuyeron a la supersatisfacción fueron la información proporcionada por los facultativos RR = 2,46 [1,88-3,19], la capacitación del personal para su trabajo RR = 2,43 [1,87-3,15], el interés mostrado por el paciente RR = 2,43 [1,86-3,18], la capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes RR = 2,32 [1,81-2,99], y el trato personalizado RR = 2,29 [1,74-3,01].

Conclusiones: La valoración global de la calidad de la atención hospitalaria recibida ha sido satisfactoria o muy satisfactoria en el 97,94%. La calidad de la información, la profesionalidad y el trato e interés mostrado son aspectos más valorados que los relacionados con la imagen del Centro. El SERVQHOS es un instrumento que utilizado periódicamente ofrece la oportunidad de monitorizar indicadores de calidad percibida y permite identificar oportunidades de mejora.

INTERCONSULTA DOCENTE DERMATOLÓGICA: UNA EXPERIENCIA DE CONSENSO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS BASADA EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

C-038

Novoa-Jurado AJ, Peña-García A, Ródenas-López JM, Muñoz-Romero F, González-Díaz M, Valdés-Belmar JL, Iniasta-Alcazar J
Hospital Morales Messeguer.

Palabras clave: Satisfacción. Interconsulta. Dermatología.

Objetivos: Describir una experiencia de interconsulta docente dermatológica basada en el paradigma de la gestión del conocimiento y evaluar la satisfacción de profesionales y pacientes

Métodos: Se evaluó satisfacción de los especialistas participantes mediante cuestionario escrito con multi-respuestas y de los pacientes mediante encuesta telefónica.

Resultados: Se realizó interconsulta de 18 pacientes en tres sesiones de 1 hora. Participaron 3 dermatólogos (D) y 10 médicos de familia (MF). Respondieron a la encuesta todos los médicos. Todos los MF estaban satisfechos o muy satisfechos con la experiencia y consideraban que merecía la pena el esfuerzo. Para 2 D la experiencia fue satisfactoria pero no sabían si merecía la pena el esfuerzo y para 1 fue insatisfactoria y no merecía la pena el esfuerzo. EL 80% de los MF creen que la metodología utilizada es satisfactoria o muy satisfactoria; para 2 D fue insatisfactoria o muy insatisfactoria. Comparado con la sesión docente tradicional este modelo es mejor para el 50% de los MF. Para los 3 D, el modelo es igual. Comparado con los protocolos, este método le parece mejor o igual al 80% de los MF; es peor que los protocolos para 2 D. Para todos los médicos participantes la relación establecida con los profesionales del otro nivel fue satisfactoria o muy satisfactoria. El 80% de los MF cree que derivará menos pacientes al Hospital y que los pacientes están más satisfechos con esta modalidad de interconsulta que con la tradicional. Se encuestó telefónicamente a 10 pacientes, edad media 61 años, 6 mujeres y 4 hombres. Todos estaban satisfechos o muy satisfechos; 1 paciente no repetiría la experiencia en otras especialidades y 2 prefieren el modelo tradicional de interconsulta. Para el 50% el local no era adecuado.

Conclusiones: La interconsulta Docente Dermatológica parece un método adecuado para la mejora de las relaciones personales entre profesionales, y podría racionalizar tasas de derivaciones y facilitar el consenso de prácticas clínicas, mostrándose superior, en opinión de los MF, a otras metodologías como protocolos y sesiones docentes. La satisfacción de los pacientes es elevada aunque habría que mejorar las condiciones del local.

“NO COGEN EL TELÉFONO EN LOS CENTROS DE SALUD”: MEDIMOS Y.... ¿PODEMOS ACTUAR?

C-040

Cervera X, Rius C, Díaz de Sonseca P, López A, Cordero A, Martín-Rabadán M
Centro de Salud de Es Viver, Ibiza.

Objetivos: Conocer la accesibilidad telefónica a los centros de salud del Área durante el periodo de Agosto a Octubre de 2002.

Métodos: Se valoró el acceso telefónico a través de la realización de 2500 llamadas a los 5 centros de salud que componen el Área. Las llamadas fueron realizadas por una sola persona en los distintos días laborales, en diferentes tramos horarios y a todos los números disponibles para el usuario en cada centro de salud. La respuesta observada para cada una de las llamadas se clasificó en acceso directo, acceso diferido (cuando se queda a la espera de ser atendido, sin preguntar previamente que desea), comunica y no lo cogen.

Resultados: El acceso telefónico directo en el global del Área es de 61,7%. El centro de Salud que peor acceso mostró fue el B con sólo un 39,4% de las llamadas con acceso directo y con un 45,8% con comunica como respuesta. El centro con mejor acceso telefónico fue el D con un 77,6% de acceso directo y sólo un 16% de Sant Antoni no lo cogen. El día de la semana en que es más difícil contactar con los todos los centros es el lunes, un 52,6% de acceso directo, variando del 30% observado en el centro B al 74% observado en el centro C. El tramo horario peor para ser atendido es el de 8 a 10 h. con acceso directo de un 54,1% en el Área, y en sólo el 25,6% de las ocasiones en el centro B.

Conclusiones: El acceso telefónico es muy variable en función de las características funcionales y de personal de cada centro. Los resultados obtenidos de la encuesta telefónica fueron presentados en cada centro por los miembros de la comisión de calidad de cada equipo de atención primaria, y de la discusión suscitada surgieron una serie de recomendaciones de las que derivaron las medidas correctoras específicas para cada centro de salud, como por ejemplo que al menos una persona esté dedicada exclusivamente a contestar el teléfono (en puesto rotatorio y apartado del mostrador), reforzar horarios con menor acceso, identificarse al descolgar el teléfono y no dejar llamadas desatendidas.

¿LISTAS DE ESPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA? MIDIENDO UN TABÚ

C-039

López-Picazo JJ, Sánchez-Ruiz JF, Agulló F, Villaescusa M, Sanz G, Lázaro MD
Gerencia de Atención Primaria, Murcia.

Palabras clave: Accesibilidad. Atención Primaria.

Objetivos: Presentamos aquí los resultados de la medición de demoras para acceder a la consulta de Atención Primaria (APS), y los resultados que se obtienen en función de la elección de distintos indicadores.

Métodos: Medimos la demora en las 215 consultas de medicina de familia informatizadas mediante el sistema OMI-AP de una Gerencia de Atención Primaria (58% del total) durante la semana del 12-16 de mayo de 2003 usando 2 indicadores diferentes: *Ind1*: Número de consultas con 0, 1, 2, 3 o más días de demora el martes, 17 de mayo, entendida como tal los días necesarios para encontrar el primer hueco libre en las agendas de cita. *Ind2*: Número de consultas cuya mediana del número de días transcurridos entre la fecha de solicitud y fecha de consulta es superior a 1, ajustando el efecto “fin de semana” y despreciando las demoras superiores a 10 días. Se comparan los resultados con los de una encuesta sobre demoras realizada a los coordinadores de los centros en enero de 2003

Resultados: *Ind1*: Consultas sin demora: 186 (87%); con demora: 29 (13%), de 1 día: 22 (10%), 2 días: 5 (2%), 3 o más: 2 (1%). *Ind2*: Consultas sin demora: 147 (68%); con demora: 68 (32%), de 1 día: 49 (23%), 2 días: 13(6%), 3 o más: 6 (3%). El reconocimiento de demoras en la encuesta fue excepcional.

Conclusiones: Existe un grave problema de accesibilidad a las consultas de medicina de familia y por ello al Sistema Nacional de Salud. El informe de los médicos implicados no es un buen método para detectarlo. Para adoptar el uso de uno u otro indicador es necesario sopesar su validez: *Ind1* puede subestimar demoras si los facultativos dejan huecos libres en sus agendas para utilizarlos como “colchón”, mientras que en *Ind2* la elección del percentil a partir del cual se reconoce la existencia demora es arbitrario. Independientemente de ello y del indicador utilizado, los órganos de gestión deben tomarlos como indicadores-centinela y actuar en consecuencia.

MESA 8

Desarrollo e implicación de las personas

EXPERIENCIAS DIRECTIVAS SOBRE ESTRATEGIAS DE PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Cadena-Caballero R, Llorens-Basses D, Sánchez-Linares A, Valls-Guallar C
Hospital Sant Pau.

C-042

Palabras clave: Cuidados. Profesionalización. Informatización.

Objetivos: Profesionalizar los cuidados de enfermería en el hospital.

Metodología: En 1997 la Dirección de Enfermería inició el proyecto Plan de cuidados el cual incluía: 1) Valorar la configuración de los equipos y cargas de trabajo mediante PRN. 2) Seleccionar un modelo de cuidados. 3) Formación teórica-práctica en planes de cuidados. 4) Normalizar cuidados: Realización de procedimientos enfermería (PE), planes de cuidados estandarizados (PC), procedimientos educación (EDU) y recomendaciones alta (RA). 5) Compartir el conocimiento de los profesionales. 6) Revisión y mejora monitorización de indicadores de calidad. 7) Establecer comunicación entre niveles asistenciales. 8) Enero 2003 informatizar cuidados enfermería.

Resultados: 1) Equipos especializados. Adecuación de plantillas en base PRN. 2) Modelo de Cuidados de Necesidades. 3) Profesionales formados: 85%. 4) Participación de 494 enfermeras realizando 467 (PE), 64 (PC), 20 (EDU) y 39 (RA). 5) Los conocimientos generados (PE), (PC), (EDU), (RA) se comparten y utilizan a través de la intranet. 6) Indicadores añadidos al sistema de monitorización: valoración dolor en pacientes con pauta fija: 85,9%, eficacia analgesia a demanda: 70%, declaración errores medicación: 4 casos, identificación pacientes: 70,2%. Se establece que los profesionales propongan acciones de mejora, las implementen y reevalúen. 7) Puesta en marcha programa de coordinación hospital-primaria-sociosanitaria, con un 90% de pacientes satisfechos con la atención. 8) Implantación aplicación Gacela en 6 unidades. La evaluación cuantitativa observa que en el 100% de pacientes se trabaja en base a plan de cuidados. Encuesta opinión a 86 profesionales, con índice de satisfacción sobre el proceso implantación de 6,68 ($\pm 1,51$) enfermeras y 6,46 ($\pm 1,34$) auxiliares y sobre la aplicación de 5,14 ($\pm 1,88$) enfermeras y 6,67 ($\pm 1,68$) auxiliares.

Conclusiones: 1) Se han podido poner en marcha todas las intervenciones planificadas puesto que los profesionales se han implicado en todos los proyectos. 2) Los cambios se han consolidado e integrado dentro de la práctica asistencial. 3) La informatización es muy reciente, a partir de la 1ª evaluación se considera que la aplicación debe mejorar. Deben plantearse nuevas estrategias para conseguir mejorar la satisfacción de los profesionales en la informatización. 4) El reto de futuro consiste en poder conjugar la profesionalización con la satisfacción de los profesionales.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LOS FACULTATIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL TIPO II

Diez-Manglano J
Hospital Royo Villanova.

C-041

Palabras clave: Calidad de vida profesional. Motivación.

Objetivos: Conocer la calidad de vida que experimentan los facultativos de un hospital general de grupo II, así como su motivación, la demanda de trabajo que experimentan y el apoyo directivo y social que perciben.

Métodos: Se ha utilizado el cuestionario de calidad de vida profesional, enviado por correo y autoadministrado. Consta de 35 ítems al que se ha añadido un ítem extra para valorar la confianza del encuestado en la utilidad de la encuesta para su calidad de vida profesional. Cada ítem contiene una afirmación y se puntúa 0-10 el grado de acuerdo con la misma. Se han recogido datos sobre edad, sexo, antigüedad y estabilidad laboral.

Resultados: Se recibieron 45 cuestionarios de 92 enviados (48,9%). Los facultativos tienen niveles altos de motivación ($7,93 \pm 0,98$), experimentan niveles medios de demandas en el puesto de trabajo ($5,61 \pm 1,55$) y perciben niveles medios de apoyo ($5,00 \pm 1,61$). El apoyo social percibido ($7,67 \pm 1,79$) es superior al soporte emocional que dan los directivos ($4,46 \pm 2,07$). Las posibilidades de promoción ($1,95 \pm 2,94$), el sueldo ($2,75 \pm 2,89$) la confianza en la empresa ($2,86 \pm 2,82$) y la información sobre los resultados del trabajo ($3,81 \pm 3,11$) son los aspectos que generan menor satisfacción. La calidad de vida global en el trabajo es media ($5,54 \pm 2,43$). La edad, el sexo, la antigüedad o la estabilidad laboral no influyen en la motivación.

Conclusiones: Los facultativos perciben un nivel medio de calidad de vida global en el trabajo. Están insatisfechos con su sueldo y sus posibilidades de promoción y perciben altos niveles de apoyo familiar y social.

¿ES POSIBLE PARAR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA VALORAR Y MEJORAR LA CALIDAD DE SU TRABAJO?

Muelas-González S, Rodríguez-Alonso JJ, Murciano-Antón MA, Hernández-Pascual M

C-043

Palabras clave: Agenda de calidad. Equipo. Procesos.

Objetivos: Nuestros objetivos fueron: Evaluar si la parada es una herramienta útil para la organización de un EAP. FOMENTAR la implicación de TODOS los profesionales del Equipo. Trabajar en mini-equipos con herramientas de calidad.

Métodos: Se formaron tres grupos de trabajo y se priorizaron las necesidades de mejora (método de Hanlon). 1) Analizar los problemas detectados, estableciendo acciones y objetivos de mejora de: a) Reorganización de las consultas médicas con la implantación de las Agendas de Calidad y establecimiento de circuitos clínico-administrativos (anticoagulación oral, Its, tratamientos farmacológicos). b) Triage de enfermería de los pacientes sin cita y urgentes. c) Formación Continuada del EAP. 2) Identificación de los indicadores y elaboración del diagrama IDEF en su nivel 3, representado mediante diagramas de flujo. 3) Puesta en común de las conclusiones, por cada uno de los tres grupos de trabajo. 4) Evaluación de la parada por el Equipo, por una encuesta/evaluación.

Resultados: En total participaron 26 miembros del Equipo, sobre un total de 27. El 92% de los miembros del EAP valoran la actividad como buena o muy buena. El 100% apoya la continuidad de esta línea de trabajo, así como la posibilidad de poder realizar la parada técnica con más frecuencia. En los grupos de trabajo se realizaron diagramas para establecer los circuitos antes mencionados. Las agendas médicas se organizan en función de tiempos de espera y presión asistencial, de cara a intentar disminuir espera y aumentar tiempo real de consulta. Se consolidaron los circuitos de cara a agilizar los procesos. Disminución de la carga burocrática y mejorar la accesibilidad del paciente.

Conclusiones: La parada técnica resultó ser una herramienta muy útil en la organización de un Centro de Salud.

ELABORACIÓN DE CUESTIONARIO PARA EL ANÁLISIS DE AUSENCIAS EN LA FORMACIÓN CONTINUADA

López-López E, Sánchez-Nieto JM, Abad-Corpa E, Carrillo-Alcaraz J, Bermejo-López I, Novoa-Jurado AJ
Hospital Morales Meseguer.

C-044

Palabras clave: Ausencia. Formación continuada. Riesgo.

Objetivos: Medir en el colectivo de enfermería y auxiliares de enfermería los factores de riesgo relacionados con la constatación de ausencias injustificadas en la realización de actividades de formación continuada en un hospital de Área, mediante la elaboración y validación de un cuestionario.

Métodos: 1) Análisis del problema: Detección de ausencias durante el periodo de formación 2002. 2) Muestreo por conglomerados de conveniencia. 3) Formación de grupos focales con los profesionales implicados en el problema mediante reclutamiento telefónico y participación voluntaria. Escenario neutro en lo infraestructural y en lo simbólico. Entrevistas coordinadas por un moderador experto en comunicación y un observador encargado de la anotación y registro en cinta grabadora. Fases de la entrevista: 1º Preparación y selección de preguntas potenciales. 2º Explicación de objetivos de la reunión. 3º Exposición de preguntas abiertas por el moderador. 4º Desarrollo y agradecimiento. 4) Análisis de los datos recogidos en los grupos focales por tres investigadores. 5º Elaboración preguntas del cuestionario.

Resultados: Se contactó telefónicamente con 20 personas, rechazando la invitación 6. Se conformaron dos grupos focales, uno para auxiliares de enfermería y otro para enfermeras/os con 7 personas cada uno. Se identificaron tres áreas básicas de factores de riesgo: relacionados con las características del curso, con las políticas del centro y con las características personales. El cuestionario elaborado consta de 15 preguntas cerradas, 2 abiertas y 4 cuantitativas y 5 dicotómicas. Para la medición de preguntas interrelacionadas se utiliza la escala Likert.

Conclusiones: 1) Tras el análisis de la información surgida de los grupos focales se han identificado tres áreas de factores de riesgo. 2) La identificación y el peso de estos factores asociados con el problema detectado debe hacerse mediante la elaboración de cuestionarios como el propuesto en nuestro estudio. 3) La fase de pilotaje y validación de este cuestionario nos dará el alcance de su utilidad.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD A TRAVÉS DE UNA TÉCNICA CUALITATIVA CON INFORMADORES CLAVE

Alonso-Lorenzo JC, Cabañeros-Vicente JJ, Fernández-Díaz J

C-046

Palabras clave: Atención primaria. Calidad. Estudios Cualitativos.

Objetivos: Evaluar la utilidad de un cuestionario con respuestas abiertas dirigido a coordinadores de los equipos de atención primaria para identificar las dificultades para el desarrollo de un Programa de Mejora.

Métodos: Se elaboró un cuestionario con siete preguntas con respuestas abiertas (hasta 5) referidas a los problemas que a juicio de los encuestados podían dificultar la consecución de los objetivos de calidad incluidos en el Programa de Mejora. Se preguntaba por los problemas genéricos y específicamente por los distintos aspectos del Programa: Registro de alergias, consumo de tabaco, consumo de alcohol, presión arterial, índice de masa corporal (IMC) y situación vacunal respecto al tétanos. El cuestionario se envió a los coordinadores médicos y responsables de enfermería del Área (28 profesionales). Las respuestas se agruparon para confeccionar propuestas susceptibles de ser valoradas en una segunda ronda. Los criterios de agrupación fueron consensuados entre los tres miembros del equipo de investigación.

Resultados: Se contestaron 16 cuestionarios (57,1%). Se confeccionaron 104 fichas con respuestas distintas. El mayor número de propuestas se dio para la pregunta referida a los problemas genéricos con 31 propuestas (media = 1,9 propuestas), el menor número de propuestas se dio para la pregunta referida al registro de alergias (5 propuestas). De los problemas genéricos los más habituales fueron: Falta de tiempo/cupos excesivos (47,6%) y los déficits organizativos (19,1%). En el tabaco había 17 propuestas, la dificultad más habitual (3 casos) hace referencia a que los pacientes no acuden a consulta; para el alcohol se identificaron 21 propuestas, y la dificultad más frecuente (3 casos) era la falta de sistemas de recuerdo en la historia; en la presión arterial la dificultad más habitual era la no protocolización (2 casos); en el IMC hubo 12 propuestas que no se pudieron agrupar; para la vacunación del tétanos hubo 15 propuestas, 5 (30%) hacían referencia a problemas organizativos de centro o miniequipo. No se pudo realizar una agregación coherente para realizar una segunda ronda.

Conclusiones: Las mayores dificultades declaradas son aquellas de orden estructural. Las propuestas que se obtuvieron para cada uno de los aspectos tratados en el Programa de Mejora fueron muy dispersas. El método propuesto presenta limitaciones para identificar las dificultades para mejorar la calidad en aspectos concretos.

CREACIÓN DEL PORTAL DEL PROFESIONAL EN UNA COMARCA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nuñez A, Merino M, Lapuente I, Rotaache R, Bustinduy A, González Lombide E

C-045

Palabras clave: Portal del Profesional.

Objetivos: Creación de un portal para los profesionales de la Comarca Gipuzkoa Este, que facilite la transmisión y el intercambio del conocimiento entre ellos.

Métodos: Grupo de trabajo multidisciplinar. Valoración de las tecnologías de la información disponibles. Análisis del grado de madurez tecnológica de la organización y los profesionales. Definición de los factores críticos de éxito.

Resultados: Factores críticos de éxito identificados:

- 1) Definición de los contenidos y funcionalidad del portal
- 2) Identificar y anticipar posibles soluciones a potenciales barreras
- 3) Involucrar a la Dirección y a los profesionales
- 4) Evaluación de la satisfacción de los profesionales, estableciendo pautas de mejora

Características del portal:

- 1) Contenidos personalizables.
- 2) Contenidos sencillos, útiles y presentados de forma atractivos.
- 3) Actualización periódica de los contenidos más relevantes.
- 4) Tecnología que permita fácil accesibilidad.

Contenidos:

- 1) Gestión del conocimiento explícito.
 - a) Documentación de la Comarca.
 - b) Bases de datos.
 - c) Revistas electrónicas.
 - d) Enlaces con direcciones de interés.
 - e) Protocolos y guías de práctica clínica.
- 2) Establecimiento de redes de usuarios.
 - a) Intercambio de información entre los centros de salud.
 - b) Foros de debate.

Conclusiones: El grado de madurez tecnológica la organización y de los profesionales nos ayuda a decidir el tipo de intranet más adecuada, el contenido y la funcionalidad. El portal de la Comarca es una herramienta útil para la gestión del conocimiento. La información debe ser accesible desde el puesto de trabajo.

ESTRUCTURA MOTIVACIONAL DEL PERSONAL MEDICO EN UN HOSPITAL DE ÁREA

Valledor-Mendez M
Hospital San Agustín, Asturias.

C-047

Palabras clave: Motivación. Incentivos.

Objetivos: Estudiar la relación entre necesidades y satisfacciones de los profesionales, conociendo la estructura motivacional de los médicos, su identificación con los objetivos y valores del hospital y la reacción a los incentivos que se aplican.

Métodos: Se envió por correo, una encuesta anónima a todos los médicos que trabajan en el hospital con sobre franqueado para remitir la respuesta. Se asociaba una carta solicitando su colaboración. La encuesta utilizada es la realizada por la Unidad de Investigación en Servicios de Salud, del I. de S. Carlos III de Madrid, validada en nuestro medio y ya utilizada en otros estudios. Las preguntas se agrupan por bloques que exploran la motivación intrínseca, la extrínseca y la trascendental y sus correspondientes compensaciones: remuneración, condiciones del trabajo y valores del hospital, también incluye la valoración del grado de compromiso y la dedicación. Se esperó a recibir las respuestas y no se utilizó ningún tipo de refuerzo para aumentar la participación. Una vez cerrado el periodo de recepción de encuestas (2 meses) se analizaron los datos.

Resultados: Se enviaron 190 cuestionarios y se recibieron 62 encuestas válidas lo que representan el 32,6% porcentaje bajo pero aceptable al no haber utilizado ningún tipo de refuerzo. Edad media 40,2 SD 7,6 años. El 59,7% eran varones y el 56,5% viven fuera del área sanitaria a la que pertenece el hospital. El 40% realizó comentarios en la parte correspondiente del cuestionario. En la tabla se muestran los resultados obtenidos y se comparan con los valores de referencia utilizados:

	H. San Agustín	Referencia 1	Referencia 2
Motivación Extrínseca.	2,84	2,63	2,45
Motivación Intrínseca.	4,37	4,26	4,49
Motivación Trascendente.	4,13	4,09	4,24
Remuneración.	2,78	2,26	2,64
Características del Trabajo.	3,78	3,69	3,87
Valores.	2,82	2,22	2,78
Dedicación.	4,11	3,92	4,19

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro hospital son similares a los presentados por los trabajos de referencia. La motivación intrínseca, es decir, la realización profesional es la que ha alcanzado mayor puntuación. La propuesta compensatoria más valorada son las condiciones de trabajo.

Alonso-Lorenzo JC, Arévalo-La Gándara R, Fernández-Nachón MJ, Muro-Uría G, Sánchez-Fernández R, Trabanco-Cimadevilla C

Palabras clave: Atención primaria. Cuestionario. Mejora Continua.

Objetivos: Evaluar la utilidad de un cuestionario para valorar el grado de acuerdo con los criterios y estándares de un Plan de Mejora.

Métodos: Se elaboró un cuestionario en el que se incluían siete criterios pertenecientes al Programa de Mejora del Área referidos a actividades preventivas y de control de riesgos: Alergias a fármacos, consumo de tabaco, consumo de alcohol, vacunación antitetánica, presión arterial, índice de masa corporal (IMC) y determinación de colesterol. Sobre cada uno de ellos se realizaban tres preguntas: 1) Puntuación que daría al criterio como indicador de calidad (escala de 0 a 10), 2) ¿En qué porcentaje de historias le parecería adecuado que se cumpliera el indicador?, 3) ¿Qué grado de importancia tiene este criterio para su actuación clínica?. El cuestionario se envió a los médicos de familia y enfermería de los Equipos del Área. Se obtuvieron media, desviación estándar y cuartiles de las respuestas, se compararon los resultados entre medicina y enfermería, empleando la t de student. Se compararon los resultados con los estándares establecidos en el Programa de Mejora y el resultado real de la evaluación.

Resultados: Se obtuvo respuesta en 164 casos (56,4%); 66,7% médicos y 48,7% enfermería. El valor más alto para las tres preguntas fue el referido a la alergia a fármacos: Pregunta 1 (media = 9,7 DE = 0,8), Pregunta 2 (media = 92,7 DE = 11,0), Pregunta 3 (media = 9,6 DE = 9,4). El segundo más elevado fue el criterio sobre la toma de la presión arterial: Pregunta 1 (media = 8,8 DE = 1,3), Pregunta 2 (media = 83,3 DE = 15,0), Pregunta 3 (media = 8,5 DE = 8,3). Los dos criterios más valorados coinciden con los estándares más altos del Programa, la mayor diferencia entre el resultado de la pregunta 2 y el estándar se dio para el registro del consumo de alcohol (diferencia de puntos = 19,5) y el IMC (diferencia = 16,8). Se encontraron diferencias entre profesionales en la pregunta 1 para el registro de la vacunación antitetánica ($p < 0,001$) y el IMC ($p = 0,006$), y en la pregunta 3 para los mismos criterios ($p < 0,001$ y $p = 0,04$ respectivamente), en ambos los médicos los valoraban en menor medida.

Conclusiones: La valoración de los problemas abordados en el Programa de Mejora era coincidente con los profesionales, hubo aportaciones en la percepción de la importancia de algunos problemas (registro de alcohol o IMC). Se detectaron diferentes percepciones por estamento (estado inmunitario, IMC). La encuesta a los profesionales puede suministrar información útil para la construcción y revisión de los Programas Mejora.

MESA 9

Modelos de gestión

Fabero A, Sánchez P, Villares J, Goday C, Cabello L, García F

Palabras clave: Efqm. Atención Primaria.

Objetivos: Describir los resultados de la autoevaluación según el modelo de excelencia EFQM llevado a cabo en los EAPs de nuestro Área y la aplicabilidad de este proceso como fuente de identificación de áreas de mejora para el posterior desarrollo de los Contratos de Gestión.

Métodos: El proyecto se ha desarrollado en tres EAPs del área 10. La autoevaluación se llevó a cabo en enero del 2003 durante dos días en cada EAP. Cada grupo evaluador estuvo compuesto por un facilitador (técnicos de la Gerencia y Subdirección médica y de enfermería) y cuatro profesionales del equipo. Se utilizó el cuestionario PER-FIL y se identificaron puntos fuertes y área de mejora en cada criterio. Los integrantes de los grupos evaluadores habían recibido formación en el modelo de excelencia EFQM y los miembros facilitadores tenían la experiencia en la autoevaluación del área.

Resultados: Las puntuaciones totales obtenidas en la autoevaluación de los equipos fueron: 286, 287 y 369. El criterio mejor valorado fue el de resultados clave (79%, 53% y 41% sobre el total posible) y el peor el de resultados en sociedad (0% y 14%) y resultados en personas (3%). Se detectaron 46 puntos fuertes y 74 áreas de mejora. El primer EAP detectó 18 áreas de mejora de las que se priorizaron cinco en su Contrato de Gestión para el 2003. El segundo detectó 31 de las cuales se incluyeron cuatro en su contrato anual y el tercer equipo priorizó dos sobre las 26 recogidas en su autoevaluación. Las valoraciones con respecto a la autoevaluación por cuestionario coincidieron en destacar que es útil para tener una visión global del EAP permitiendo detectar tanto puntos fuertes como áreas de mejora; también apuntaron que los conceptos de la terminología utilizada eran difíciles de traducir para las organizaciones sanitarias.

Conclusiones: El modelo es una opción válida para su utilización en los centros de salud, permite tener una visión global del centro y detectar áreas de mejora en cualquier ámbito de la organización por lo que debe ser un proceso sistemático a implantar en todos los centros del área.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA INTEGRACIÓN DE LA ACREDITACIÓN FAD/JCI Y EL MODELO EFQM

C-050

Sáinz A, Estévez J, Cortés S, Costa T, Escalera J
Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Palabras clave: Modelo de gestión. Acreditación. Calidad.

Objetivos: De acuerdo con la línea de la Comunidad de Madrid encaminada al desarrollo de la CALIDAD siguiendo el modelo EFQM, la dirección del hospital decidió implantar el modelo propuesto por la FAD basado en la complementariedad de EFQM y estándares de la Join Commission Internacional (JCI)

Métodos: La primera etapa se llevó a cabo en el 3º trimestre de 2002 en dos fases: La primera se centró en la formación en unas jornadas de 2 días dirigidas al equipo directivo y mandos intermedios (unas 50 personas). Se dieron a conocer los criterios del modelo EFQM, los estándares de la JCI y los niveles de complementariedad. Posteriormente el 50% del grupo participó en los cursos sobre el Modelo EFQM programados por el IMSALUD. La segunda fase consistió en una auditoría al hospital basada en los criterios y estándares de ambos modelos. Se realizó a lo largo de 3 días y se programó la participación de los profesionales de los servicios asistenciales y no asistenciales relacionados con los aspectos los criterios a evaluar. Finalmente se hizo una presentación abierta a todos los profesionales de los resultados preliminares. La segunda etapa se ha centrado en formación de grupos de trabajo en el hospital por cada uno de los criterios del EFQM. El objetivo de estos grupos ha sido profundizar en la evaluación de estos criterios, hacer la memoria, definir los puntos fuertes-áreas de mejora y puntuar el criterio.

Resultados: Respecto a los estándares de la JCI, la puntuación obtenida por el hospital para el conjunto de estándares es de 7,6, siendo las funciones de accesibilidad y continuidad de la atención (8,2) y gestión y mejora de la calidad (8,8) las mejor valoradas, y las de gestión de la información, formación (6,6), y seguridad de las instalaciones (4,7) las peor valoradas. Respecto a la evaluación por el modelo EFQM, la auditoría permitió definir puntos fuertes y áreas de mejora en cada uno de los criterios relacionándolos con los estándares prescriptivos de la JCI.

Conclusiones: Ha habido una amplia participación de los profesionales del hospital y el modelo de estándares ha hecho más comprensible a los profesionales la posterior autoevaluación. No existen conflictos de interés.

PLAN DE CALIDAD DE LA GERENCIA DE AP TORRELAVEGA-REINOSA: RESULTADOS TANGIBLES E INTANGIBLES

C-052

Ramos C, Pariente E
Gerencia Atención Primaria Torrelavega-Reinosa.

Palabras clave: Plan de calidad. Modelo EFQM. Atención Primaria.

Objetivo: Introducir la calidad en el código cultural de la GAP. Se plantearon dos fases: *Fase 1.* Inicio en 1996. Se gestiona la calidad como un programa diferenciado. *Fase 2.* Inicio en 2000. Las actividades definidas en la fase 1 se van integrando en lo cotidiano. Lisis progresiva del programa.

Metodología: *Fase 1:* Enfoque 3P, con ciclos de mejora en los tres ámbitos: *Pacientes:* Encuesta anual de Satisfacción de Usuarios. Se dispone de resultados en diferentes áreas de interés para AP. *Profesionales:* Encuesta de Clima Laboral CVP-35. Ediciones 1999 y 2001. Hay resultados desglosados por estamentos. *Procesos:* Plan de Calidad anual de la GAP: Indicadores de proceso con objetivos evaluados al cierre de año. *Seguimiento de las Actividades:* Comisión de Calidad de Área, presidida por un directivo y participada por Responsables de Calidad de las ZBS. *Fase 2:* Progresiva individualización del Plan de Calidad: Descentralización a cada ZBS, abarcando estrategias amplias y su cumplimiento ligado a incentivos. Modelo EFQM, estrategia global de mejora organizacional: Puntuación 2002: 284 puntos. Definición de Acciones de Mejora (AM). Desaparece el Anexo de Calidad en el Contrato 2003 de la GAP con el Servicio de Salud, integrándose en Actividad. Refuerza la transición de una fase a otra.

Resultados: 1) *Evaluación de Actividades:* Formación en Calidad: 13 acciones. 98 horas. 20% de todos los grupos profesionales. Planes de calidad de las Unidades: En 5 años, 53 planes. 40 (75,4%) cumplen objetivos. Acciones de Mejora EFQM: 30. 2) *Evaluación de Resultados:* Tangibles: Cumplimiento del Contrato de la GAP en Cartera, Actividad y Calidad. Intangibles, de empuje hacia las mejores prácticas: Efectos de la evaluación EFQM por la GAP: Orienta el contenido a los Contratos de los EAP. El Servicio Regional de Salud ha introducido la evaluación EFQM en los Contratos 2003 de todas las Gerencias (Primarias, hospitales, 061). Efecto *benchmarking:* El Plan, la obtención de un 2º Premio Regional a la Calidad y un prestigioso Premio Nacional, han supuesto que dos CCAA hayan reparado en él para compartir la experiencia.

Conclusiones: El programa es útil al inicio (clarifica acciones) pero separa actividad y calidad. Su integración en la actividad cotidiana debe ser progresiva, monitorizar áreas críticas en el Contrato de la ZBS. El objetivo es la mejora -no el programa-, y en paralelo la lisis del mismo. El modelo EFQM permite desarrollar nuevas AM y orientar los esfuerzos.

SITUACIÓN ACTUAL Y EXPERIENCIA ACUMULADA EN EL DESARROLLO DE UN MODELO DE CALIDAD TOTAL EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL MANACOR

C-051

Garí J, Villagrasa M, Quetglas P, Perelló M, Baena T, Perelló A
Fundación Hospital Manacor, Alcudia.

Palabras clave: Calidad total. EFQM.

Objetivos: Demostrar como el modelo EFQM permite el desarrollo de un Plan de Calidad Total en un Hospital de 207 camas, mediante la implantación de equipos de trabajo utilizando la metodología de mejora continua. Se aplica la herramienta ISO 9000 para obtener la certificación (AENOR) de unidades centrales.

Métodos: Desde 1998 la FHM ha venido desarrollando un Plan de Calidad Total, habiendo decidido la utilización del modelo EFQM. El Plan ha sido aplicado tras una primera autoevaluación: asunción de 25 objetivos de mejora. Dos de los cuales hacen referencia a la implantación del modelo: uno, bajo la perspectiva de desarrollo del mapa de procesos del centro y, otro, la implicación de los servicios centrales para ir siendo certificados (metodología ISO 1994). Una segunda fase: realización de un Plan Estratégico para 2000-2004.

Resultados: Hoy existen 8 unidades certificadas ISO: Informática, Anatomía, Admisión, Hemodiálisis, Esterilización, Farmacia, Radiología y la Unidad Cirugía sin Ingreso. Hay 4 servicios pendientes de certificación para final de 2003. Se introduce la certificación para servicios no centrales: Psiquiatría y Ginecología. A los que hay que añadir el Laboratorio y el Hospital de Día. Un objetivo final, la certificación global del Hospital.

Mapa de procesos asistenciales, elaboración del mapa de los 25 procesos GRDs más frecuentes en el Hospital (el 45% de la casuística), se encuentra con 6 procesos perfectamente definidos y con el grupo como de mejora continua. En el 2003 se ha constituido una Comisión de Medio Ambiente con el objetivo de conseguir la certificación ISO 14001 de calidad medioambiental. Se ha efectuado la segunda autoevaluación: 430,14 puntos. Redacción de la Memoria de Calidad Total de la FHM. Reconocimientos: Top 20, de IASIST, 2000, 2001 y 2002, uno de los cinco hospitales participantes en ser premio durante tres años consecutivos. Top 20 en Traumatología durante el 2002. Premio Avedis Donabedian a la mejor memoria de calidad durante el 2000.

Conclusiones: La experiencia acumulada por la FHM en la aplicación de un modelo de estas características demuestra las bondades de aquel, en el sentido de su utilización como herramienta que sirve a la Organización para llegar a ser una empresa excelente. Aunque los principios de aplicación de todo modelo pueden llegar a ser incluso dificultosos, la participación final de todos los profesionales implicados en el mismo ha sido muy importante.

EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA (EFQM), UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

C-053

García-Aísa JC, Brun-Macipe A, Garuz-Bellido R, Callén-Sevilla L, García-Arilla E, Arnal-Alonso JM
Servicio Aragonés de Salud.

Palabras clave: Modelo Europeo de Excelencia (EFQM), Sistemas de Calidad, Gestión de la Calidad Total.

Objetivos: Describir cómo se está empleando en el Servicio Aragonés de Salud (en adelante, SALUD), el modelo de la EFQM y presentar, además, los primeros resultados de su utilización.

Métodos: Los Contratos de Gestión 2002, de las Gerencias de Atención Primaria y Hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón, contemplaron el compromiso de sus Directivos de llevar a cabo, una primera autoevaluación de acuerdo a los criterios del Modelo. La Dirección del SALUD facilitó formación sobre EFQM, Gestión por Procesos y Evaluación de Estándares del Contrato de Gestión. Se proporcionó a las Gerencias una Guía sobre la manera de realizar su autoevaluación. Los Contratos de Gestión 2003, fijaron compromisos sobre iniciativas derivadas de las autoevaluaciones y seleccionadas tanto por la Dirección del SALUD, como por cada una de las Gerencias.

Resultados: 143 personas, recibieron formación sobre las materias mencionadas; 57 obtuvieron acreditación como "evaluadores internos" del Modelo EFQM. Cuatro Gerencias de Atención Primaria (100%) y tres Hospitales de los ocho que tenían Contrato de Gestión (37,5%), realizaron una primera autoevaluación. Todos identificaron un elevado número de puntos fuertes (rango entre 45 y 80) y de áreas de mejora (entre 50 y 120). No puntuaron los criterios y subcriterios; además, la utilización de la lógica REDER no quedó clara en la mayoría de ellos. Durante 2003, cada Gerencia diseñó y está ejecutando, al menos, 25 proyectos de mejora; siete comunes y propuestos por la Dirección del SALUD; los demás, seleccionados por cada Gerencia al priorizar dos de los aspectos identificados, en su autoevaluación, en cada criterio.

Conclusiones: 1) Las actividades de formación realizadas para facilitar la utilización del Modelo han aumentado la "cultura de la calidad" en una elevada proporción de los cuadros directivos del SALUD. 2) El Modelo Europeo de Excelencia ha resultado una herramienta muy útil para mejorar SALUD. La autoevaluación según sus criterios ha servido para identificar muchos puntos fuertes y áreas a mejorar. 3) Los Contratos de Gestión están suponiendo un buen complemento, al establecer compromisos que las Gerencias deben cumplir. La utilización del Modelo ha supuesto una mayor participación de las Gerencias en la definición de los Contratos, al seleccionar ellas mismas una gran parte de las acciones de mejora emprendidas. 4) Sin embargo, en siguientes autoevaluaciones, deben mejorar, entre otros, aspectos metodológicos, como la utilización de la lógica REDER o la puntuación de los criterios.

PLAN DE CALIDAD CORPORATIVO ORIENTADO AL PACIENTE Y A LA EXCELENCIA EN LA GESTIÓN

C-054

Sánchez E, Letona J, González R, Pérez MJ, Ansotegui JC, Darpón J

Organización Central de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Palabras clave: Calidad. Excelencia. Paciente.

Objetivos: Los objetivos generales del Plan de calidad 2003-2007 son 2: 1) Mejora de la calidad del servicio sanitario y 2) Mejora de la calidad en la gestión.

Métodos: El Plan ha sido elaborado por un equipo técnico de la Organización Central, con la colaboración de 29 expertos en calidad de otras organizaciones, tanto directivos como técnicos de calidad. Se efectuó un análisis de situación, para lo que se valoró la siguiente información: 1) Planes y programas del Plan Estratégico. 2) Indicadores de rendimiento. 3) Resultados de las evaluaciones con el modelo EFQM. 4) Encuestas de satisfacción de pacientes. 5) Quejas y reclamaciones de pacientes. 6) Encuestas de satisfacción de personas. 7) Directrices estratégicas del Departamento de Sanidad. 8) Condiciones de calidad de los Contratos-Programa. 9) Ordenación del Sistema Nacional de Salud. 10) Mejores prácticas en el entorno sanitario y en otros entornos.

Resultados: Se ha efectuado un Plan que tiene las siguientes características: El primer objetivo general tiene 7 objetivos específicos (Eficacia de las prestaciones sanitarias, Continuidad de la atención, Uso de las prestaciones sanitarias, Seguridad de pacientes, Accesibilidad, Trato y condiciones hosteleras, e Información), 32 líneas de actuación y 42 indicadores con su situación actual y el objetivo para el 2007. El segundo objetivo general tiene 5 objetivos específicos (Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos, y Procesos), 41 líneas de actuación y 47 indicadores con su situación actual y el objetivo para el 2007. Se ha establecido el sistema de implantación, la organización y el sistema de evaluación.

Conclusiones: Hemos diseñado un Plan de Calidad orientado tanto a la calidad del servicio sanitario como a la calidad de la gestión, enfoque que consideramos apropiado, en la medida en que existen evidencias de que el segundo aspecto mejora los resultados del primero. Una de las características relevantes de este Plan es que plantea 89 objetivos cuantificados, ambiciosos en unos casos, moderados y realistas en otros. La meta final es conseguir nuestra Visión que es "Ser una corporación sanitaria excelente orientada al paciente".

PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD VERSUS PLAN ESTRATÉGICO / PLAN DE EMPRESA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

C-055

García-Mata JR, Vela ML, Jiménez-Bea L, Torrijos M, Blecua MJ, Noeno LM
Hospital Universitario Miguel Servet.

Palabras clave: Gestión de calidad total. Planificación.

Objetivos: Constatar la necesidad de establecer puentes entre lo que representa el Plan Estratégico (PE) para guiar a la organización a alcanzar un diseño de futuro, su correspondiente Plan de Empresa y el Plan de Gestión de Calidad que recoge los principios rectores y procedimientos de una organización en constante mejora.

Métodos: Durante el año 2002 se ha diseñado un PE mediante la participación de más de 200 profesionales trabajando en 11 grupos: Continuo asistencial, investigación y docencia, atención al cliente, gestión de materiales, modelo de organización y gestión, política de calidad, recursos humanos, sistema de información, servicios generales, y agentes de la comunidad, coordinados por un Comité de Planificación. El equipo directivo y los Jefes de Servicio se integraron como parte del proceso. Una Consultoría actuó de catalizador. Dentro de los grupos, el de política de calidad estableció un análisis con 5 líneas: estructura y organización, calidad científico técnica (variabilidad, prevención del riesgo, documentación...), formación en calidad, satisfacción del cliente, y satisfacción del personal.

Resultados: El grupo de política de calidad emitió 72 propuestas de mejora. A partir de las recomendaciones de todos los grupos se ha diseñado un PE con 25 aspectos clave en seis líneas estratégicas: clientes, profesionales, rentabilidad social, adecuación de infraestructuras, hospital universitario y de referencia, gerencia de sector. Se ha diseñado un Plan de Empresa con 110 objetivos, un cronograma para 2003-2004, responsables e indicadores de evaluación. Se ha puesto especial énfasis en la información e implicación del personal. En este contexto, el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma ha añadido la evaluación EFQM entre los objetivos del contrato de gestión 2003.

Conclusiones: Proceso planificador de valor añadido por coincidir con la transferencia autonómica. Amplia implicación de profesionales que facilita su implantación. El Plan Estratégico/Plan de empresa se nutre de gran parte de contenidos analizados en el grupo de política de calidad. Las áreas de mejora del EFQM y el Plan de Calidad pueden integrarse conjuntamente con los planes financieros, de recursos humanos de marketing etc. en la etapa de elaboración del Plan de Empresa, su procedimiento debe, no obstante, especificarse con claridad para diseñar un plan de futuro unificado.

AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL: TODA UNA EXPERIENCIA

C-056

Ureña V, Martín de Argenta C, Martín-Molina E, García Carasusan M, Pérez Gil J.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Palabras clave: EFQM. Autoevaluación.

Objetivos: Realizar una autoevaluación del Hospital según el Modelo EFQM de Excelencia, priorizar las áreas de mejora detectadas e integrar las más importantes dentro de los objetivos del plan de gestión anual.

Métodos: Enfoque.- Nos propusimos utilizar un sistema participativo y formar un grupo de trabajo por criterio. Seleccionadas las personas se identificaron sus necesidades de formación impartiendo cursos y seminarios. Diseñamos el cronograma de acciones. Seguimos el método de cuestionario y se elaboró una memoria de la autoevaluación. Los criterios utilizados en la priorización de áreas de mejora fueron: 1) repercusión sobre el cliente, 2) sobre las personas, 3) nivel de autonomía para implantar la solución, 4) coste del problema, 5) coste de la solución, 6) factibilidad y 7) oportunidad.

Resultados: Despliegue.- Participaron 60 personas de distintas áreas y estamentos. Todas recibieron un mínimo de 20 horas de formación. La autoevaluación consumió 540 h. (9 h/persona), detectándose 223 áreas de mejora que fueron priorizadas en dos fases. Primero se utilizaron los criterios 1, 2, 3 y 4. Las 50 áreas con mayor puntuación pasaron a una segunda fase en la que se utilizaron los criterios 5, 6 y 7. La puntuación alcanzada se sumó a la obtenida en la fase anterior y se seleccionaron las 15 áreas de mejora más puntuadas. La priorización fue realizada individualmente por cada persona y tabulada en dos grupos: el Equipo Directivo y, por separado, la del resto de evaluadores. Al comparar las 15 áreas de mejora más puntuadas por cada grupo se registró una coincidencia total en 9 de ellas que además pertenecían a los criterios mejor ponderados del modelo. Se formularon 7 objetivos para el año 2003 que hacen referencia a obtener información de grupos de interés, comunicación interna, mapa de procesos, problemas del área quirúrgica, mejora de la información a pacientes y familiares en Urgencias y protocolos del dolor y atención al final de la vida.

Conclusiones: Evaluación y revisión.- La recogida de datos resultó más compleja y consumió más tiempo que la propia autoevaluación: tener en cuenta para la próxima, adaptar los sistemas de información. Se registró un alto nivel de implicación pero no siempre supimos aplicar los conocimientos supuestamente adquiridos, en especial en los criterios agentes: reforzar la formación. El sistema de priorización utilizado permitió que personas con distintas visiones llegaran a conclusiones casi idénticas y similares a las de otros hospitales que han realizado este proceso.

INCORPORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA DIVISIÓN DE GESTIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD

C-057

Vela Marquina ML, García Mata JR, Jiménez-Bea L, Carroquino M, Noeno LM

Hospital Universitario Miguel Servet.

Palabras clave: Mejora continua. Círculos de calidad.

Objetivos: Puesta en marcha de grupos de mejora en todos los servicios no asistenciales. Nombrar un responsable de calidad en cada uno de los 9 servicios de la división de gestión. Constitución de grupos de mejora en cada servicio. Inclusión de los objetivos de calidad en Contrato de Gestión del Servicio. Elaboración del Plan de Gestión de Calidad del Servicio (PGC).

Métodos: En el año 2002 se realizan contratos de gestión con todos los servicios de la división de gestión y servicios generales, donde se incluyen los objetivos de calidad, enfocados principalmente a la realización de protocolos, detección y priorización de áreas de mejora. En los Contratos de Gestión del 2003, se incluye la monitorización de indicadores del servicio. Partiendo del trabajado elaborado por los servicios en el plan estratégico del Hospital y de la experiencia acumulada con los grupos de mejora de los servicios clínicos, se realiza la planificación para constituir grupos de mejora y responsables de calidad, así como la elaboración de Reglamento Interno de funcionamiento del grupo de mejora. Se diseña plan de formación en calidad, para los componentes de los grupos de mejora, con contenido teórico-práctico encaminada a facilitar conceptos e instrumentos de calidad y facilitar la elaboración del Plan de Gestión de Calidad del Servicio.

Resultados: A lo largo del 2002-2003 los nueve Servicios de Gestión cuentan con grupos de mejora formalmente constituidos, con responsable de calidad nombrado desde la Dirección Gerencia. Todos los grupos han detectado y priorizado las áreas de mejora de sus servicios, y a lo largo del 2003 finalizarán la elaboración del PGC del servicio. Todos los responsables de calidad de los servicios de gestión han recibido formación en calidad, y están formando parte del proceso de autoevaluación del hospital. Así mismo son los motores para la implantación de Sistemas de Calidad (ISO 9000).

Conclusiones: Todos los Servicios de Gestión cuentan con áreas de mejora planificadas, están desarrollando procedimientos protocolizados, y objetivos para monitorizar indicadores de calidad de sus correspondientes servicios. La formación en calidad en el hospital ha recibido un importante impulso con el diseño de varias líneas formativas y con la participación de profesionales del área de Gestión.

Palabras clave: Orientación cliente. Accesibilidad. Acreditación.

Objetivos: El Servicio Catalán de la Salud - CatSalut, definió las bases de su modelo de relación con los clientes en consonancia con su posicionamiento estratégico como aseguradora sanitaria con un enfoque de mejora continua. En el año 2002 se crea la División de Atención al Cliente y Calidad (DACIQ) que agrupa las funciones de acreditación de asegurados, accesibilidad al sistema y seguimiento de calidad percibida y satisfacción de los asegurados.

Métodos: a) Definición del modelo de aseguramiento con asignación de niveles de cobertura individualizados. b) Diseño e implantación del Registro Central de Asegurados y del procedimiento general de aseguramiento sanitario c) Plan de reducción de listas de espera quirúrgicas y dimensionado de consultas especializadas y pruebas diagnósticas. d) Registro de la opinión de los asegurados (reclamaciones y sugerencias) mediante un aplicativo informático único. e) Plan de encuestas de satisfacción de asegurados por línea de servicio. f) Diseño y elaboración de indicadores de seguimiento g) Reuniones mensuales de coordinación de la DACIQ con los responsables de las 8 Regiones Sanitarias.

Resultados: Se han acreditado como asegurados del CatSalut mediante la identificación universal (CIP/TSI) toda la población residente incluyendo los niveles de cobertura y gestionado desde un único sistema de información (SI). Se ha mejorado el SI de accesibilidad de procedimientos quirúrgicos, mediante criterios de calidad, garantizando de forma transparente y regulada tiempos máximos de espera. Validación de los primeros indicadores de espera para atención ambulatoria. Monitorización de calidad percibida por línea de servicio que permite la objetivación de áreas de mejora. Desarrollo del Plan de encuestas de satisfacción corporativo que permitirá conocer y comparar en las cuatro líneas de servicio. Inclusión de indicadores de actividad en el cuadro de mando de los proyectos estratégicos del CatSalut.

Conclusiones: Las estrategias basadas en las necesidades de los asegurados y que son objetivadas mediante sistemas de información integrales, seguros, robustos y ágiles, permite la toma de decisiones de manera más eficiente, equitativa y adecuada. La coordinación e implicación de todos los responsables de la estructura territorial existente en la definición y aplicación de los niveles de calidad de los servicios que se ofertan, disminuye la variabilidad en su prestación a los asegurados, minimizando las diferencias por razón de territorio y proveedor.

MESA 10

Gestión de procesos asistenciales

Palabras clave: Gestión información procesos asistenciales.

Objetivos: Uno de nuestros principales objetivos ha sido desarrollar un sistema de información integrado para el Servicio de Urgencias, a través de una Web de fácil acceso para el personal de urgencias y resto de profesionales del centro, que permita así recoger y almacenar, de una forma estructurada, la información generada durante el proceso asistencial del paciente.

Métodos: En septiembre del 2002 cada estamento de profesionales implicados en el servicio de Urgencias realizó una selección de toda aquella documentación e información más relevante y necesaria para el proceso asistencial del paciente y para los profesionales implicados en su cuidado. En enero del 2003 se implantó, a través de un aplicativo informático, la página Web de carácter local con una interfaz sencilla y de fácil utilización que centraliza toda la documentación y facilita la búsqueda de información desde cualquier ordenador del Área de Urgencias.

Resultados: Tras la implantación del aplicativo el número de usuarios internos del servicio de Urgencias aumentó al 80% (colocación de un contador de entradas en la página Web), lo que implica una unificación de criterios de actuación ya que la documentación consultada (protocolos) es la misma. Otro dato a tener en cuenta desde la puesta en marcha de la entrega de hojas informativas al alta del paciente es la disminución en un 30% de las reconultas telefónicas por dudas de los usuarios. En cuanto a los recursos supone una disminución del material impreso en la unidad lo que permite un ahorro de espacio, y una mayor satisfacción de los profesionales al poder coordinarse su jornada laboral.

Conclusiones: El poder gestionar la información a través de un aplicativo con formato de Web, nos permite realizar mejoras continuas de la calidad, tanto en el proceso asistencial del paciente (indicadores de calidad,...) como aquellas que repercuten en los profesionales (acceso directo a registros, protocolos, gestión de material) estableciendo así una buena coordinación entre el profesional y el paciente.

COORDINACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES, MEJORA LA SATISFACCIÓN Y LA GESTIÓN

Martínez-Irene V, Muñoz-Benavides VJ

C-060

Palabras clave: Coordinación de procesos.

Objetivos: Establecer las condiciones de ingreso del paciente que permitan por una parte disminuir la insatisfacción por la espera de pacientes y por otro lado prever las suspensiones y evitar atrasos, maximizando la utilización o tasa de uso promedio de la capacidad de los quirófanos.

Métodos: - Reclamaciones y Encuestas como Fuentes de Detección de Necesidades de Mejora. Análisis del Proceso de Admisión separando las funciones esenciales y el estudio de aquellas actividades que tienen impacto directo en cliente determinando los tiempos implícitos en cada actividad. Evaluación de los problemas en los Quirófanos de Cirugía General, relacionados con la Admisión de pacientes que ingresan el mismo día de la cirugía. Los resultados de las evaluaciones de los procesos, en relación al número, frecuencia y tiempo medio por tipo de atención, es utilizado para analizar y rediseñar las distintas alternativas de atención.

Resultados: Las áreas de Recaudación y Admisión ubicadas en un mismo sector comienzan a atender en cada módulo ambas actividades aprovechando la respectiva estacionalidad horaria lo que significó una espera media de 3 min. por paciente. Se determina la Preadmisión, una actividad crítica y relevante, siendo esta la que permitirá dar curso a la planificación de la tabla quirúrgica permitiendo de esta manera minimizar el impacto de la suspensión es en los quirófanos. (Disminuyen del 13% al 3%).

Conclusiones: La gestión por procesos es una herramienta que permite planificar y coordinar procesos con criterios de efectividad, eficiencia y satisfacción de los clientes.

LA HOSPITALIZACIÓN POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Lema C, Mariñas J, Bouzas E, Marín M, Martín I, Candia B
Hospital Universitario Juan Canalejo.

C-062

Palabras clave: Esclerosis múltiple. Hospitalización. Interferón.

Objetivos: Descripción de la hospitalización de esta enfermedad en nuestro hospital en los últimos años valorando las tendencias de gestión y pacientes.

Métodos: Hemos utilizado los datos del sistema de información de hospitalización de agudos (SIAC-HA) del Servicio gallego de saúde (SERGAS) y los datos del servicio de farmacia y de la unidad de codificación diagnóstica del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Se realiza el análisis de los datos entre los años 1995 al 2002 inclusive, valorando la evolución de variables relevantes (estancias, pacientes ingresados, pacientes recibiendo tratamiento con interferón, estancias medias, reingresos,...), así como un estudio descriptivo de los pacientes ingresados: edad, variante de la enfermedad, sexo y déficit neurológico. Se determinan medidas de efecto y su significación estadística. Para los cálculos hemos utilizado paquete estadístico SPSS.

Resultados: En los últimos 8 años hubo un total de 6.591 estancias por esclerosis múltiple en nuestro hospital, correspondiendo a 254 pacientes, siendo la estancia media de 13,2 días y la edad media de los pacientes de 31,5 años. El número de ingresos medio anual es de 40,2. Han recibido tratamiento con interferón 98 pacientes en estos años. Anualmente desde 1995 el número de pacientes ingresados y el número de pacientes con interferón presentan un comportamiento creciente y con respecto a la estancia media se observa un patrón decreciente. Constatamos mayoritariamente la presencia de mujeres (72%), formas remitentes-recidivantes (45,8% de los ingresos, si bien se observa una tendencia creciente del porcentaje de formas secundariamente progresivas).

Conclusiones: El estudio sugiere que el tratamiento con interferón puede intervenir en la disminución de los ingresos y la estancia media en los pacientes con esclerosis múltiple. Observamos asimismo la conservación de las variantes epidemiológicas genéricas en la hospitalización por este proceso.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y NÚMERO DE CAMAS NECESARIO

Sáez-Aldana F, Castiella-Herreros J, Parra-Moncasi E, Martínez-Galarreta MV, Emparan-García de Salazar C, Basoco-Jiménez E

C-061

Palabras clave: Estancia media. Cirugía ambulatoria. Camas hospitalarias.

Objetivos: Considerando fundamentalmente dos variables (estancia media y porcentaje de sustitución de cirugía sin ingreso), el objeto del trabajo es definir el número de camas que necesita la Fundación Hospital Calahorra para atender su demanda asistencial y compararlo con el de un hospital comarcal estándar (antiguo grupo 1 del INSALUD).

Métodos: El estudio comprende la actividad del segundo semestre de 2001. 1) Se identificó la patología quirúrgica realizada de forma ambulatoria, considerando los porcentajes de sustitución por GRD, tanto en la FHC como en los hospitales del antiguo territorio INSALUD (datos de 2001). 2) Se identificó el tipo de procesos atendidos por un hospital comarcal estándar y se calculó el nº de estancias que consumirían teniendo en cuenta la estancia media para cada uno de los procesos (GRD) observados en la norma (altas producidas en un año en hospitales similares a la FHC). Una vez conocido el nº de ingresos y estancias se aplicó una fórmula matemática para el cálculo del nº de camas (nº estancias/periodo analizado x índice de ocupación). Así mismo se tuvo en cuenta el nº de altas correspondientes a la diferencia de frecuentación.

Resultados: El porcentaje de sustitución de CMA en la FHC fue del 81% frente al 55,9% en los hospitales con una casuística y un comportamiento funcional similar a Calahorra. La estancia media de la FHC fue de 4,2 días frente a los 5,2 del grupo de hospitales comparado. La frecuentación en la FHC fue de 66,3 ingresos/1.000 hab, frente a los 74,9 del grupo comparado. Con estas variables, el nº de camas necesario en la FHC se estima en 47 frente a las 79 que necesita un hospital comarcal estándar. La media real de camas ocupadas en el Hospital de Calahorra durante los ejercicios de 2001 y 2002 ha sido de 48.

Conclusiones: La organización asistencial, de gran eficiencia en el caso de la FHC, permite disminuir la necesidad del número de camas para una actividad realizada similar. Los dos puntos claves que determinan la dimensión de camas hospitalarias son la estancia media y la tasa de cirugía sin ingreso, cuyo excelente comportamiento en el Hospital de Calahorra se debe a la gestión por procesos desarrollada en el centro.

USO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS PARA MEJORAR LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

Serrano-Peris D, Enríquez-Martín N, Coca-Moreno J, García-Aísa JC, Senosiain-Ibáñez J, Membrado-Granizo J
Gerencia Atención Primaria Área 3, Zaragoza.

C-063

Palabras clave: Gestión por procesos. Atención Primaria. Modelo europeo de excelencia (EFQM).

Objetivos: Se presentan los resultados de un proyecto realizado con la finalidad de elaborar el mapa de procesos "estándar" de una gerencia de A.P. del SALUD, así como facilitar la implantación de la gestión por procesos y de procesos.

Métodos: Se constituyó un grupo de trabajo formado por cuatro técnicos con experiencia y formación previa sobre el modelo EFQM y la gestión por procesos. El grupo ha realizado las siguientes actividades: búsqueda y difusión de experiencias previas, sobre el modelo EFQM y gestión por procesos, elaboración del primer mapa y discusión del mismo. Para elaborar el primer borrador se realizó un listado de los procesos identificados en las gerencias y se clasificaron como estratégicos, clave y de soporte. Así mismo elaboró una ficha técnica con los elementos fundamentales que definen cada proceso, entre otros, misión, clientes, límites, propietarios, actividades, flujograma e indicadores. El mapa final se diseñó con las aportaciones obtenidas, a través de técnicas de consenso, entre un amplio número de personas de las gerencias. La utilización del lenguaje IDEFO facilitó la comprensión de las relaciones entre los distintos procesos.

Resultados: Las personas implicadas en las gerencias han colaborado activamente en el desarrollo del proyecto y se puede destacar un notable aumento de lo que podemos llamar "cultura de la calidad" entre ellas. Se ha elaborado el mapa de procesos estándar de una gerencia de atención primaria del SALUD. Se han diseñado los distintos elementos de varios de los procesos definidos e identificados como de gran importancia para la organización.

Conclusiones: El trabajo realizado ha servido en primer lugar para aumentar la implicación de las personas en las gerencias en lo que respecta a la mejora de la calidad. La realización del mapa y el diseño de alguno de los procesos ha mejorado en la gerencia diversos aspectos de tipo estructural, organizativo, etcétera. Sin embargo es necesario completar el diseño de todos los procesos, así como profundizar en los aspectos relativos a su control y mejora. En definitiva, parece que la gestión por procesos mejora la organización y los resultados de una gerencia de atención primaria. Por consiguiente es conveniente generalizar el modelo presentado a las demás gerencias de Aragón.

EL MAPA DE PROCESOS DE LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE ANDALUCÍA: UN SISTEMA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL

Martín-Vázquez JM, Tejedor-Sánchez A, Álvarez-Rueda JM, Castellano-Peragón A, López-Jimeno W

C-064

Palabras clave: Procesos. Gestión. Acreditación.

Objetivos: Convertir el Sistema de Calidad EPES en un Sistema de Gestión por Procesos. Establecer el MAPA DE PROCESOS, como elemento dinamizador de nuestra gestión, y que sirva de base para un programa de acreditación.

Métodos: Instrumentalización: Metodología IDEF, modificada. **Ámbito:** Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 de Andalucía (627 trabajadores en ocho provincias). **Periodo de trabajo:** junio de 2001- abril de 2003.

Resultados: Un grupo de profesionales de EPES, formados en metodología de procesos, diseñó el Proceso Asistencial, proceso clave y base de nuestro Sistema de Calidad. Posteriormente, con la formación y participación de todos los directivos se hizo un reanálisis de todas las funciones de la empresa, de las actividades con ellas relacionadas y de cómo se reflejaban en el Sistema de Calidad. Las integramos en torno a 13 áreas, identificando flujos, interrelaciones, y la misión que tenían en la empresa. De esta forma construimos nuestro Mapa de Procesos, donde además del proceso clave ya identificado, se describen todos los procesos de la empresa. El rediseño del Sistema de Calidad y su integración en el Mapa permitió pasar de 83 documentos que constituían el Sistema a solo 21, donde organizados en procesos se convierten en facilitadores de nuestro proceso clave. En abril de 2003, utilizando nuestro mapa de procesos en el Intranet como único sistema documental y de gestión, renovamos la certificación ISO 9001(9001:2000), se obtiene la certificación medioambiental ISO 14001 y la auditoría reglamentaria de Prevención de Riesgos Laborales. Las áreas de procesos establecidas en el Mapa son: a) Estratégicos: Planificación Estratégica, Voz del Ciudadano, Voz del profesional, Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. b) Clave: Proceso de Atención Sanitaria. c) De soporte: Económico-Financiero, Logística, Gestión y Desarrollo de Personas, Gestión Medioambiental, Sistema de Información, Comunicación, Investigación, Diseño de Servicios, Sistema de Evaluación.

Conclusiones: El Mapa de Procesos ha potenciado la integración de todas las áreas de gestión de EPES. Su incorporación a la intranet corporativa favorece la visión de gestión integral a todos los profesionales. El desarrollo de los procesos facilita el despliegue compartido de funciones y responsabilidades y permite agilizar la toma de decisiones. El resultado obtenido nos hace pensar que la identificación del mapa de procesos es una magnífica herramienta de gestión en las instituciones de sanitarias.

INFLUENCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LOS INDICADORES DE CÁNCER DE MAMA

Escobedo A, Serra JM, Moreno A, Fernández R, Varela M, Benito E
Hospital Universitario de Bellvitge.

C-066

Palabras clave: Cáncer de Mama. Procesos. Indicadores.

Objetivos: Mejorar los indicadores quirúrgicos del cáncer de mama mediante: 1) El rediseño de la gestión del área quirúrgica para mejorar su funcionalidad. 2) La implantación de un modelo interdisciplinario con el fin de adecuarse a las nuevas tecnologías. 3) La instauración de un programa de cirugía mayor ambulatoria de cáncer de mama.

Métodos: A partir de Abril 2000: 1) Se unifican las intervenciones de patología mamaria en un mismo día en quirófanos adyacentes. El equipo interdisciplinario está compuesto de: cirujano general, ginecólogo, 2 cirujanos plásticos, patólogo, médico nuclear, biólogo, enfermera clínica y coordinador. Se habilita un área para el estudio preoperatorio con un dispositivo móvil para diagnóstico macroscópico, recogida y selección del material biológico. 2) Se coordina la programación de quirófano dependiendo de los distintos circuitos (lesiones palpables, lesiones no palpables, ganglio centinela, técnicas de oncoplastia para conservar la mama). Se flexibiliza la utilización de los quirófanos para mejorar su eficacia. Se facilita la colaboración de los distintos especialistas según las necesidades del caso. 3) Se pone en marcha un programa de cirugía mayor ambulatoria para las pacientes con cáncer de mama a las que se les practica una tumorectomía ± ganglio centinela o cirugía oncoplastica mínima (plastia glandular). En este programa colaboran los anestesiólogos, cirujanos, administrativa, hospital de día quirúrgico con la coordinación de la enfermera clínica.

Resultados: Se comparan los indicadores obtenidos (años 2000, 2001 y 2003) con los previos a la puesta en marcha del modelo (1999).

	1999	2000	2001	2002
Total IQ de patología mamaria	512	504	444	517
IQ por cáncer de mama	299 (58%)	310 (61%)	363 (81%)	431 (82%)
Tratamiento cáncer primario	299	310	363	431
Tratamientos conservadores	223 (74%)	269 (87%)	329 (90%)	384 (89%)
Cirugía oncoplastica.	43 (19%)	60 (22%)	87 (26%)	131 (34%)
Ganglio centinela	-	58 (18%)	112 (31%)	182 (42%)
Tiempo de utilización/quirófano	4h 58'	5h 39'	5h 42'	5h 49'
Tiempo muerto/quirófano	54'	39'	31'	29'
Anulación de IQ	17	5	2	1
Tiempo de estudio preoperatorio	26'	15'	6'	6'
Cirugía mayor ambulatoria	-	72 (14%)	153 (34%)	213 (41%)

Conclusiones: El trabajo interdisciplinario en el área quirúrgica ha permitido instaurar nuevas tecnologías en el tratamiento del cáncer de mama, mejorando los indicadores de calidad.

ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN LA COMARCA GIPUZKOA ESTE DE ATENCIÓN PRIMARIA

Núñez-Hernández A, Merino-Hernández M, Lapuente-Heppe I, González-Lombide E

C-065

Palabras clave: Procesos Atención Primaria.

Objetivos: Elaboración del Mapa de Procesos de la Comarca Gipuzkoa Este de Atención Primaria, dentro del proyecto HOBEBIDEAN (Camino a la excelencia) de gestión según el modelo EFQM.

Métodos: Grupo de trabajo multidisciplinar. Representación gráfica siguiendo el método IDEF (Integration Definition for Function Modelling). La definición de los indicadores de proceso y de resultado, su seguimiento en el periodo establecido, y la evaluación anual con el sistema REDER, constituyen la principal herramienta de evaluación y revisión. La metodología para la gestión de procesos, como la de mejora se ha diseñado utilizando como referente la Norma ISO, con el fin de llegar a constituirse en sistemas estandarizados de aplicación usual a la Gestión por Procesos en la Organización.

Resultados: En línea con la Misión de la Comarca, se determina el Proceso Operativo de la Organización al que se denomina Asistencia Cliente. Se identifica un solo Proceso Estratégico, Dirección Estratégica, considerándose el resto Procesos de apoyo: Mejora Continua, Voz de grupos de interés, Investigación y docencia, Comunicación, Información, Formación y Gestión del conocimiento, Gestión del medicamento, Gestión de las Personas, Gestión de edificios, equipos y materiales y Gestión de recursos económicos y financieros. Entre todos ellos se han definido los Procesos clave. Cada uno de los Procesos definidos en el Mapa se desarrolla a través de su desagregación en Subprocesos. Hay 12 Procesos y 33 Subprocesos. Todos los Procesos y Subprocesos tienen definida su misión, indicadores, responsable de su seguimiento y la periodicidad con que debe realizarse. El Propietario del Proceso Mejora Continua desarrolla el Subproceso de Gestión por Procesos y pone a disposición de todas las personas de la organización y en especial a los propietarios y responsables de procesos, la metodología adecuada para su gestión, ayudándoles en su documentación y controlando que se efectúe la gestión y mejora sistemática de los mismos.

Conclusiones: La elaboración del Mapa de Procesos y el desarrollo de la Gestión por Procesos, ha permitido a la Dirección revisar la forma en que la Organización establece y despliega sus objetivos. Así, el Plan de Gestión Anual se orienta por Procesos, recogiendo los diferentes objetivos gestionados en cada Proceso, fruto de orígenes diversos: Autoevaluaciones EFQM, Plan estratégico, Contrato Programa, Encuestas.

GESTIÓN DE PROCESOS EN EL ÁREA DE INGENIERÍA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL MONTE NARANCO

Iglesias-García MJ, Busto-Rguez B, Rodríguez-Martínez A, Florez JA, Vazquez-Rodríguez M, Pintado-García E
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

C-067

Palabras clave: Gestión. Procesos e ingeniería.

Objetivos: Describir las interrelaciones de los Procesos dependientes del Área de Ingeniería Hospitalaria dentro el Mapa General de Procesos del Hospital Monte Naranco.

Métodos: Dentro de las actividades de nuestros procesos se ha utilizado el manual de gestión de Procesos, el Mapa de procesos, las fichas de Inventario (Misión, Gestor, Indicadores, Límites, entradas, salidas, clientes y mejoras) y los Flujogramas de trabajo. Utilizando una metodología participativa, mediante reuniones con los distintos servicios implicados, identificando las actividades relacionadas, y su forma de relacionarse con los procesos del Hospital.

Resultados: Se ha Identificado los Procesos de Apoyo dependientes del Área de Ingeniería dentro de la organización: Servicios Hosteleros/Información al ciudadano y Mantenimiento, determinando las interrelaciones y operaciones para el control de la eficacia, la información necesaria para la operación y el seguimiento, medición y análisis de los mismos, para lo cual se han utilizado Indicadores como tiempos de respuesta, estado de materiales, control de asistencia, control de stocks, control externo de laboratorios, control averías, cumplimiento de plazos, Costes medios estancias, encuestas a pacientes, etc., y acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua.

Conclusiones: Los Procesos que aquí se describen, reflejan un Sistema de Gestión de Calidad basado en Procesos orientados a la mejora continua y a la satisfacción del cliente/paciente.

**EL VALOR AÑADIDO DEL SERVICIO AL CLIENTE PEDIÁTRICO
EN EL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEL PROCESO
DAR ASISTENCIA**

C-068

Boronat M, Cartaña S, Castro M, Cerdà C, Gutiérrez G, Lloret J, Martínez M, Pérez P, Sábado C, Sanfeliu R, Vers O
Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Palabras clave: Procesos. Valor. Cliente.

Objetivos: Mejorar el Procedimiento de Hospitalización del área pediátrica, del proceso dar Asistencia, para incrementar el valor añadido al cliente, reordenar las funciones de los profesionales y conseguir que su actividad se pueda realizar fluidamente con el mínimo de errores. Detección de posibilidades de mejora del procedimiento de hospitalización previo análisis del actual y nuevo diseño que responda a las necesidades de clientes y profesionales.

Métodos: Esquema del modelo: A partir de la misión del hospital y de los requerimientos de clientes se crea el Mapa de Procesos. En el proceso clave se sitúa el subproceso. Dar Asistencia: Acoger, Diagnosticar, Tratar, Dar alta. Que contiene los procedimientos de: Hospitalización, Hosp. de Día, CC EE. Desarrollando en cada uno de ellos Objetivo, Misión, Diagrama de Flujo, Indicadores. Fases de mejora: Crear grupo. Elaborar modelaje de los procedimientos actuales. Análisis de los mismos, detección de problemas (indicadores). Benchmarking. Modelaje del nuevo procedimiento. Coordinación de los procesos relacionados. Pilotaje, resultados de indicadores. Implantación.

Resultados: Respecto al cliente: 19,30% no recibe información sobre sus derechos, 16,30% considera inadecuada información sobre normas, 17,20% profesional responsable no se presenta, 14,80% insuficiente información sobre su proceso clínico, 100% tramita el alta personalmente, 33,33% pasos sin valor añadido. Respecto a los profesionales: 16,38% pasos iguales que repiten varios profesionales, 29,94% formas diferentes de realizar un paso, 19,77% diferentes pasos y manera según profesional, 29,94% pasos que se realizan o no dependiendo del profesional. Generales: Analítica sin programación 8,20% (2,15% resto de áreas), Tiempo medio pase de visita 2h.51' (45'-7h), Tiempo atención teléfono 2h 28'/24h, Reclamaciones 67. Complejidad del procedimiento: Excesivos pasos 177, No unidos, Bajo uso del sistema informático, Poco desarrollado el sistema de información. Adaptación a la misión, valores y requerimientos de clientes. No se tienen en cuenta

Conclusiones: Con los resultados obtenidos el grupo de mejora opta por una reingeniería que considere la cultura de la organización y la tecnología disponible a corto y medio plazo, descartando el rediseño. Para lo cual realiza benchmarking (visita a dos hospitales seleccionados) y define los criterios a tener en cuenta en relación al valor añadido. Actualmente se está elaborando el nuevo procedimiento que será pilotado en septiembre.

MESA 11

Sistemas de información

**IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO DE NO-MOVILIZACIÓN DE
HISTORIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL CON HC ELECTRÓNICA**

C-069

García FJ, Álvarez N, González R, García I, Martínez A, Álvaro JA
Fundación Hospital de Alcorcón.

Palabras clave: Historias clínicas.

Objetivos: Generalizar el uso exclusivo de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la atención ambulatoria programada de un hospital, suprimiendo movimientos innecesarios de la historia clínica en papel. Mejorar la disponibilidad de la información del paciente y favorecer la comunicación interprofesional a través de la HCE.

Métodos: Diseño e implantación del circuito y procedimiento de actuación para las unidades incluidas, pactando tiempos medios de respuesta para las peticiones urgentes. Consenso con los implicados a través de la Dirección Asistencial y la Dirección de Enfermería. La puesta en marcha se realiza de forma progresiva entre octubre y diciembre de 2002, comenzando con las unidades de Ginecología y Oftalmología. Se monitorizaron los tiempos en ambos circuitos, estableciendo los tiempos medios utilizados por el personal administrativo.

Resultados: Se ha implantado en las siguientes unidades: Oftalmología, Ginecología, Traumatología, Rehabilitación, Medicina Interna, Alergología, Neurología, Nefrología, Reumatología y Cirugía General. Tras varios meses desde la puesta en marcha del nuevo circuito y, sin tener en cuenta las últimas unidades incorporadas, encontramos que se ha producido una reducción del 68% en los movimientos que ha realizado el archivo con respecto a las unidades implicadas y, de un 30% en el ámbito de la actividad programada ambulatoria total del archivo. La actividad ambulatoria programada durante estos meses no solo no ha disminuido, sino que ha estado por encima de la media de movimientos anuales.

Conclusiones: La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución importante de los movimientos de historias clínicas, sin que se haya producido un aumento significativo de las peticiones urgentes. Esta disminución ha permitido una distribución de las tareas del personal administrativo de archivo y, la reducción generada está posibilitando la resignación de tareas. Los tiempos de respuesta en peticiones urgentes han sido los pactados y, la percepción recogida entre los profesionales de la organización, a través de la comisión de historias clínicas, es muy positiva. El coste de implantación del circuito ha sido "0" y, los ahorros derivados del mismo son los generados por la reducción de los tiempos.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: EL SELF-AUDIT

Collado A, Vigil M, Esquius M, Miret A, Papió MJ, Coll M
CAP Hospitalet.

C-070

Palabras clave: Auditoría. Cumplimentación. Historia clínica.

Objetivos: Comprobar la utilidad de una estrategia de mejora de la cumplimentación de las historias clínicas basada en la técnica del self-audit en un centro de salud

Métodos: A raíz de los trabajos de preparación para obtener la acreditación de la Joint Commission International, en nuestro centro de salud se detectó un importante déficit en el registro de alergias y antecedentes personales. Se comprobó que el porcentaje de historias correctamente cumplimentadas (según la política del centro) no sobrepasaba el 30%. Se diseñó y consensó una estrategia para corregir éste déficit basada en la realización de auditorías sistemáticas de historias clínicas. Cada trimestre del 2002 se revisaron 30 historias clínicas elegidas de forma aleatoria y se comprobó la presencia o ausencia, en cada una de ellas, de las 4 variables siguientes: alergias farmacológicas y no farmacológicas, antecedentes quirúrgicos, problemas activos y parámetros de riesgo sociocultural y nutricional. Los datos se tabularon mediante una base de datos (Microsoft Acces). Se realizó estadística descriptiva. Al final de cada trimestre se reunía a la totalidad de profesionales sanitarios del centro para dar a conocer los resultados de la auditoría y las mejoras detectadas

Resultados:

	1erT	2ºT	3er T	4º T
Alergias	60%	70%	70%	84%
Antecedentes Quirúrgicos	30%	37%	43%	73%
Problemas Activos	57%	63%	67%	80%
Parámetros Riesgo s-c	7%	20%	33%	30%

Conclusiones: Los resultados muestran una clara tendencia a la mejora de la cumplimentación de historias clínicas. El éxito con esta metodología nos ha animado a utilizarla en otros puntos débiles detectados en el proceso asistencial.

CALIDAD Y USO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN UN ÁREA DE SALUD

Carrasco J, Esteban M, Vallés N, Fernández O, Rodríguez-Alcala FJ, García MI

C-072

Palabras clave: Historia Clínica. Calidad. Atención Primaria.

Objetivos: Analizar la calidad de las historias clínicas en nuestro Área de Salud así como el grado de utilización de las mismas, con el fin de identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar su impacto.

Métodos: Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2002 con la evaluación retrospectiva de 4.718 historias clínicas. Unidades del estudio: personas incluidas en la base de datos de tarjeta sanitaria de nuestro Área de Salud. La población del estudio se dividió en 31 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, de 157 historias clínicas en cada EAP. Los criterios evaluados fueron: registro de datos básicos de filiación, antecedentes personales y datos exploratorios de referencia (a la apertura de la historia o en los 6 meses siguientes), utilización de la historia en el último año y cumplimentación de acuerdo al método SOAP (se consideraron excepciones las historias abiertas en los últimos 6 meses).

Resultados: Del total de personas seleccionadas, tenían historia clínica el 77,6% con un rango en los 31 EAP que osciló entre 24,2% - 98,1%. En las 3.660 historias finalmente valoradas, existían datos básicos de filiación en el 98,4% de los casos (rango 85,6% a 100%), antecedentes personales de referencia en el 62,1% (rango 19,6% a 97,8%) y exploración de referencia en el 38,3% (rango 16,4% a 79,6%); el 51,4% de las historias habían sido utilizadas en el último año (rango 19,1% a 80,2%), y estaban cumplimentadas de acuerdo al método SOAP el 57,3% (rango 19,1% a 88,8%). No superaron el 50% de personas con historia clínica 3 EAP, 9 EAP no superaron el 50% de cumplimiento al criterio de antecedentes personales, 23 EAP no superaron este porcentaje de cumplimiento en el criterio de exploración de referencia, 17 EAP en el de utilización de la historia y 8 EAP en la cumplimentación por el método SOAP.

Conclusiones: El porcentaje de personas con historia clínica en nuestro Área de Salud se encuentra en cifras aceptables, aunque existe un amplio margen de mejora en algunos equipos. Los principales déficit de calidad de las historias se encuentran en el registro de una exploración de referencia y en la baja utilización de las mismas.

APENDICETOMÍAS EN NIÑOS Y ADULTOS: CARACTERÍSTICAS Y CORRESPONDENCIA ANATOMO-CLÍNICA

López-Pedraza MJ, Troncoso D, Ruiz P, González C, Colina F.
Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-071

Palabras clave: Apendicectomías. Apendicitis. Correlación Anatómo-Clínica.

Objetivos: a) Comprobar la correlación entre el resultado anatomopatológico y el diagnóstico principal al alta hospitalaria. b) Describir el grado de evolución de las apendicitis operadas. c) Analizar posibles diferencias entre las variables por grupos de edad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes apendicetomizados en el año 2002, en un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. *Fuentes de datos:* Base de datos del Servicio de Anatomía Patológica; CMBD al alta hospitalaria. *Variables del estudio:* Edad, sexo, estancias, diagnóstico principal y resultados anatomopatológicos.

Resultados: En el año 2002 se realizaron 595 apendicectomías. Se han revisado 562 por contener todas las variables referenciadas. El 70,1% correspondieron a mayores de 15 años. El 55,5% fueron hombres. La estancia media fue de 6,4 días (IC95% 5,8 a 7,1). La patología apendicular más frecuente fue la inflamatoria en el 81%. En los menores de 15 años (168 casos), la media de edad fue 8,8 años (IC95%: 8,3 a 9,3) y la estancia media 5,5 días (IC95%: 4,7 a 6,3). La patología más frecuente fue la inflamatoria (90,5%) sobre todo la flemosa (58,5%), seguida de la gangrenosa (35,4%). Un 4,2% fueron apéndices sin lesiones. En los mayores de 15 años (394). La media de edad fue de 39,5 años (IC95% 37,5 a 41,5) y la estancia media fue de 6,8 días (IC95% 6,0 a 7,6) la patología más frecuente fue la inflamatoria (76,9%) y dentro de ellas la flemosa (77,6%) y la gangrenosa (18,8%). Un 9,9% presentó apéndice sin lesiones. Según el sexo, no hay diferencias en la distribución por categorías de apendicitis inflamatorias y el mayor porcentaje de apéndice sin lesiones fue en las mujeres (12%). En cuanto a la correlación entre el resultado anatomopatológico y el diagnóstico principal al alta, en los casos de apéndice con lesión inflamatoria (455) el diagnóstico principal fue apendicitis aguda en el 70%; el 30% correspondió a abdomen agudo y dolor abdominal. En apéndices sin lesiones (92 casos) en un 34,8% se escribió como diagnóstico principal apendicitis aguda.

Conclusiones: En un 70% de los casos coincidió el diagnóstico principal con el anatomopatológico. El 22,2% de las apendicectomías se realizaron en estadios avanzados. No hubo diferencias significativas en la estancia ni en la frecuencia de patología inflamatoria por grupos de edad, ni sexo.

EVALUACIÓN DE LA NO COMPARECENCIA DE LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS DE NEUROLOGÍA

Iñiguez C, Mauri JA, Santos S, Tejero C, López E, Sanz JC
Hospital Clínico de Zaragoza.

C-073

Objetivos: Estudiar la relación entre la no comparecencia (NC) a las consultas de Neurología con la demora existente, y con los factores demográficos que pueden estar relacionados con la no asistencia.

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva los datos de las consultas externas de Neurología de los meses de noviembre y diciembre del 2002. Se incluyeron los pacientes remitidos para valoración como primera visita programada. De cada caso se recogieron los siguientes datos: Fecha de nacimiento, sexo, localidad de residencia y distancia al Centro de Especialidades, Centro de Atención primaria solicitante, demora hasta la cita, fecha en la que se notificó la cita, día de la semana y diagnóstico. Se utilizan los test de ji al cuadrado, t de Student y los coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman para estudiar las asociaciones estadísticas entre variables.

Resultados: El número de pacientes fue de 1.035, con una media de edad de 55,31 ± 19,84 (14-96). De estos 605 eran mujeres y 430 hombres, sin diferencias significativas en la edad de ambos grupos. Un 40% de los casos provenían del área rural. El número de no presentados fue de 237 (22,9%) con una edad media de 52,27 ± 21,08 (19-93), de ellos un 56,6% eran mujeres. No había diferencias con respecto al sexo entre los presentados y los no presentados, aunque sí con la edad, siendo más jóvenes los no presentados (p = 0,008). También había relación entre no acudir a la consulta y la demora existente (p = 0,000), con una diferencia media de 23 días. La fecha en la que recibieron la citación se relacionó con la NC (p = 0,011). Los pacientes remitidos desde Urgencias fallaron más que aquellos enviados por su Médico de Familia (p = 0,07). No había relación entre la NC y el resto de las variables estudiadas: medio rural/urbano, distancia en Km al Centro de Especialidades, día de la semana y carácter de la derivación (preferente/normal).

Conclusiones: Dentro de un elevado porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta, se ha encontrado relación entre la NC y variables como la demora, la edad del paciente, proceder de urgencias y con el tiempo desde que se notificó la citación. Estas asociaciones estadísticas deben permitir plantear acciones correctoras y ajustar los indicadores para la monitorización.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES MEDIANTE LA HOJA DE INTERCONSULTA

Ascoz-Herrando C

C-074

Palabras clave: Comunicación Primaria Especializada.

Objetivos: Evaluar la calidad y mejora de cumplimentación de la hoja de interconsulta en el equipo de atención primaria (EAP de Monreal del campo) como elemento de mejora de la comunicación entre niveles asistenciales. Diseño. Ciclo de mejora de calidad en fase de evaluación. Dimensión estudiada: calidad científicotécnica.

Métodos: El estudio se ha realizado en el EAP de Monreal del Campo, con 8 médicos de AP que atienden una población de 5005 usuarios. Las especialidades son atendidas en consultas externas del Hospital Obispo Polanco de Teruel a una distancia de 55 Km. El documento de interconsulta es el modelo oficial del Área 4 de Salud, consta de original y dos copias. Establecimiento de unos Criterios de Calidad consensuados por el EAP (Datos de filiación. Legibilidad. Antecedentes personales. Informe clínico. Diagnóstico de presunción). En cuanto a Especializada el Equipo acepta los Criterios que sigue la Gerencia (Legibilidad, Informe clínico, Diagnóstico, Tratamiento y Alta/Revisión).

Resultados: Para la evaluación, durante 4 meses consecutivos: junio, julio, agosto y septiembre de 2002 se recogieron todos los documentos de Interconsulta que procedentes de Atención Especializada llegaron al Centro de Salud. El número de volantes recogidos fue de 82. En todos ellos se comprobó el nivel de cumplimentación de los Criterios de Calidad que en el apartado de Atención Primaria fueron: Datos de Filiación 86,6%, Legibilidad 84,1%, Antecedentes Personales 68,3%, Informe Clínico 81,7% y Diagnóstico 52,4%. En cuanto al apartado de Atención Especializada fueron: Legibilidad 74,4%, Informe 82,9%, Diagnóstico 79,3, Tratamiento 67,1% y Alta/Revisión 57,2%.

Conclusiones: Como Actividades para mejorar la situación detectada proponemos la utilización de la etiqueta TAIR en todos los documentos de Interconsulta, la formación continuada mediante Interconsultas docentes e implantación de protocolos de derivación de patologías mas frecuentes. Creemos necesario sesiones con los especialistas para establecer criterios conjuntos de derivación tanto de pertinencia (guías clínicas) como de condiciones de calidad del documento de interconsulta. Realización de reevaluación de todas las hojas de interconsulta que recibamos en el Centro de Salud de Monreal del Campo durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2003.

RESULTADOS DE LA CONSOLIDACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA: TALLERES PARA PACIENTES CON TERAPIA INHALADA

López-Martínez P, Sánchez-Nieto JM, Fuentes-Gómez I, Ato-Guardiola E, Carrillo-Alcaraz A, Jesús-Maquílón S
Hospital Morales Meseguer.

C-076

Palabras clave: Calidad. Adiestramiento y pacientes.

Objetivos: Analizar los resultados de los talleres de adiestramiento en terapia inhalada.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal y prospectivo en pacientes con EPOC y asma remitidos consecutivamente desde una consulta de neumología. Herramienta: ficha de medición validada con escala cuantitativa asignando valores diferentes a cada paso de la maniobra de inhalación. Medición de flujo inspiratorio. Recogida de variables descriptivas de los pacientes, de la cumplimentación y cambios de tratamiento. Adiestramiento con personal de enfermería formado. Evaluación de los pacientes pre y post adiestramiento por diferente evaluador. Estadística: variables continuas media y desviación estándar. Cualitativas, porcentajes. Comparación: variables cuantitativas: T de Student, cualitativas Ji cuadrado y test Fisher. Comparaciones: con test de dos colas significación: $p < 0,05$.

Resultados: Periodo de tiempo evaluado 6 meses. 72 pacientes, 33 varones (45,8%), 39 mujeres (54,2%). Nivel estudios: bajo 65 (90,3%), medio-alto 7 (9,8%). Diagnóstico: 28 EPOC (38,9%) y 43 Asma (59,7%). Dispositivos más utilizados: cartucho (Cp) 60 (83,3%), Turbuhaler®: 26 (36,1%), Accuhaler®, 18 (25,0%). Número dispositivos por paciente: uno 37 (51,4%); dos: 30 (41,7%); tres: 5 (6,9%). A nueve pacientes (29%) a los que se le había indicado Turbuhaler® no generaban el flujo inspiratorio suficiente. A 52 pacientes (72,2%) se le había explicado previamente como utilizar los dispositivos. Cumplimentación de horario y dosis: 44 (68,8%). Cambios en el tipo de dispositivo o en fármaco: 9 (14,1%). Puntuaciones antes-después del adiestramiento: Cp 4,58 (2,95) versus 7,71 (2,98), $p = 0,000$; Turbuhaler®: 6,19 (2,34) versus 7,94 (1,88) $p = 0,000$; Accuhaler® 5,87 (2,56) versus 7,53 (2,33) $p = 0,003$. No encontramos correlaciones con otras variables exploradas y las puntuaciones, salvo el nivel de estudios medio-alto y el aprendizaje con el Turbuhaler®, 9,0 (0,0) $p = 0,003$.

Conclusiones: 1) Existe mejora significativa en las puntuaciones con todos los dispositivos tras el adiestramiento. 2) Algunos pacientes reciben tratamiento con dispositivos para los que no tienen fuerza inspiratoria suficiente. 3) El nivel de estudios influye en la habilidad conseguida en el manejo del Turbuhaler®.

ES POSIBLE APORTAR CALIDAD A LA ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA?. GESTIONANDO UNA UNIDAD DE M.I.V. CENTRALIZADA SI: SISTEMA DE MONITORIZACIÓN.

Plaza-Hernández V, Calvo-Pérez P

C-075

Palabras clave: M.I.V. Unidad centralizada.

Objetivos: Consequir una disminución de costes en relación con: 1) Tiempo/enfermera. 2) Material fungible Consequir una disminución en los errores de administración de M.I.V. Que las M.I.V. que se administran cumplan las condiciones asépticas más adecuadas.

Métodos: Preparación en una Campana de Flujo Laminar Horizontal Tipo II. Personal cualificado para la elaboración de las M.I. Anotación en la Hoja de Registro de los posibles errores en las M.I.V. Estudio comparativo de costes en una Unidad de Hospitalización, en relación con ahorro de tiempo/enfermera: en el Sistema tradicional y la Unidad Centralizada. Descripción detallada de cada M.I.V. mediante un etiquetado individualizado. V. Elaboración de un Protocolo Bacteriológico.

Resultados: Monitorización a tiempo real durante los primeros 4 meses del 2003 de las M.I.V. Presentación de los Resultados Finales del Estudio.

Conclusiones: Disminuye la manipulación de los medicamentos en las Unidades de Hospitalización, así como el tiempo necesario para su administración. Etiquetar individualmente las M.I.V. permite a la enfermera de la Unidad de Hospitalización evitar errores de administración, tiempo de infusión, identificación del paciente etc. La M.I.V. a administrar está diluida en la solución adecuada. El sistema no permite que se administre por el personal de enfermería una M.I.V. que no haya sido comprobada por el Farmacéutico/a. Se ha conseguido una disminución en coste tiempo/enfermera en relación con la preparación de M.I.V. Ahorro en coste de material fungible.

UN SUCESO CENTINELA: FALLECIMIENTOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)

Barrasa JI, Broto A, Moliner J, Ramírez T, Arnal JA, Astier P

C-077

Palabras clave: Mortalidad. Lista de espera. Accesibilidad.

Objetivos: Cuantificar y estudiar las características de los pacientes cuyo motivo de salida de LEQ fue el código 7 (fallecimiento) y calibrar la trascendencia de estos datos para ser utilizados como indicador centinela.

Métodos: Se seleccionaron los pacientes que salieron de la LEQ del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre los años 1999-2002 y, de entre ellos, los que tenían consignado como motivo de salida el código 7 (fallecimiento). A continuación se realizó un estudio descriptivo de las principales variables consignadas en la base de datos de LEQ. En la comparación de variables se utilizaron las pruebas del χ^2 , la t de Student y la U de Mann Whitney. La significación estadística se estableció a partir de una $p = 0,05$.

Resultados: En los 4 años estudiados las salidas de LEQ ascendieron a 37.053 pacientes, con un aumento entre el primer y último año del 56,2%. En 134 pacientes (0,4%) el motivo de salida consignado era el fallecimiento, no existiendo diferencias significativas en ninguno de los años estudiados ($p = 0,85$). La edad media de los fallecidos era mayor ($74,5 \pm 9,6$) que la del resto de pacientes ($56,8 \pm 19,6$; $p < 0,000$) y en el 70% eran varones ($p < 0,000$). Ni la edad, ni el sexo de los fallecidos variaba significativamente en los cuatro años estudiados. En el 65% de los fallecidos la indicación quirúrgica tenía un carácter preferente ($p = 0,02$). No había diferencias en cuanto a la espera media ($100,7 \pm 53,2$ días), aunque la fecha de salida de los fallecidos en muchos casos no es la de la defunción, sino la del día en que se tiene noticia de esa circunstancia. Entre los diagnósticos de inclusión en LEQ de los fallecidos destacan los procesos oculares (40,2%), las neoplasias (17,9%), las enfermedades genitourinarias (14%) y las del aparato digestivo (8,2%).

Conclusiones: La proporción de fallecidos en LEQ es un indicador de alarma que debería ser utilizado junto al resto de indicadores que habitualmente se utilizan para gestionar la LEQ. En nuestro caso alcanza el 0,4% y parece asociarse a intervenciones programadas con carácter preferente en varones. El fallecimiento de personas que esperan para ser operados con determinados diagnósticos (neoplasias, enfermedades del aparato genitourinario, etc) por su escaso número (unos 2 casos/mes) podría ser utilizado como sucesos centinela que deberían ser investigados cada vez que ocurrieran para descartar y corregir cualquier posible relación con la organización asistencial.

MESA 12

Aprendizaje, innovación y mejora continua

CONSTANCIA DE LA EXTRACCIÓN DE TEJIDOS Y REQUERIMIENTOS DE SU ESTUDIO SISTEMÁTICO

Alejo M, Carrera R, Cerdà I, Bosch I, Gay M, Molinas J

C-079

Palabras clave: Tejido. Extracción. Trazabilidad.

Objetivos: Establecer la trazabilidad de todos los tejidos del área quirúrgica y sistematizar el tipo de estudio a realizar.

Métodos: Tejidos y tumores analizaron en 1992, de forma aleatoria, la extracción de tejidos en el área quirúrgica. En 1998, se detectaron problemas puntuales en el envío de tejidos (identificación y fijación), surgiendo la necesidad de crear un circuito de extracción y condiciones de envío a Anatomía Patológica (AP). Aprovechando la informatización del área quirúrgica, en 2000, se incorporó la constancia de extracción o no de tejido durante la intervención y el tipo de estudio que se realizaba posteriormente (examen por el propio servicio o por el servicio de AP) con el objetivo de seguir la trazabilidad de todos los tejidos extraídos. Al mismo tiempo, en reuniones con los servicios quirúrgicos, se establecieron, de forma específica para nuestro hospital, los procedimientos quirúrgicos con extracción de tejidos en los que es necesario realizar únicamente inspección macroscópica por parte del facultativo en el área quirúrgica o bien aquellos tejidos que deben ser estudiados obligatoriamente por AP. Trimestralmente tejidos y tumores analizan el indicador, información automatizada procedente del área quirúrgica, proponiendo acciones de mejora intra servicio si se precisa.

Resultados: AP percibe una disminución de los problemas detectados en referencia a la recepción de peticiones y tejidos.

	1992	1999	2002
<i>Constancia escrita de extracción o no de tejido</i>			
Cirugía convencional	----	36,03%	92,6%
Locales	----	----	99,9%
CMA	----	----	93,9%
<i>Extracción de tejido</i>			
Cirugía convencional	----	48,27%	52,1%
Locales	----	----	22,9%
CMA	----	37,70%	58,5%
<i>Estudio del tejido por parte de AP</i>			
Cirugía convencional	50%	74,1%	88,2%
Locales	55%	----	95,4%
CMA	----	38,7%	79,3%

Conclusiones: Informatizar el área quirúrgica ha permitido a tejidos y tumores validar los procedimientos quirúrgicos realizados, de forma ágil. La unificación de criterios de actuación ha disminuido la variabilidad de praxis frente a los tejidos quirúrgicos. Se ha estandarizado el estudio de los tejidos, sistematizando de forma consensuada, con cada uno de los servicios, los tejidos que deben ser analizados por AP y cual por el propio servicio. El mejorar las condiciones de los tejidos, ha facilitado el diagnóstico histológico. La mejora del registro escrito de los tejidos demuestra una buena colaboración de los profesionales implicados.

FACTORES EXPLICATIVOS DE USO DE RECURSOS AL ALTA HOSPITALARIA EN ANCIANOS

Ruiz D, Montiel JA, Torres O, Francia E, Barceló M, Vázquez G

C-078

Objetivos: Analizar los factores que condicionan el uso de recursos al alta del hospital en los ancianos.

Métodos: Se han evaluado de forma prospectiva 160 ancianos (edad media de 80 años y 60% mujeres) ingresados por causa médica en un Hospital de Agudos mediante una Valoración Geriátrica Integral con medidas de gravedad, comorbilidad y uso de recursos. Un 10% fallecieron. Las variables dependientes han sido las altas a domicilio, centro sociosanitario (CSS) y residencia. Se realizó en primer lugar un análisis bivariable y las variables significativas se entraron en el análisis de regresión logística mediante los métodos de regresión: forward (adelante) y backward (atrás), teniendo en cuenta una variable por cada 10 sujetos de la muestra.

Resultados: Factores explicativos de alta a domicilio (67,9%): Ausencia incontinencia urinaria previa (OR 0,20), ausencia de enfermedad neurológica al ingreso (OR 0,25) y mejor índice de Barthel al alta (1,045). La sensibilidad es del 82,24%, la especificidad del 69,69%, el valor predictivo positivo (VPP) es del 89,79% y el valor predictivo negativo (VPN) del 54,76%. El área bajo la curva es del 93,5% (IC 95% 89,3-97,7). Factores explicativos de alta a CSS (19%): Presencia de incontinencia urinaria previa (OR 38,37) y peor índice de Barthel al alta (OR 0,967). La sensibilidad es del 40% y la especificidad del 86,82%. El VPP es del 19,04% y el VPN del 94,91%. El área bajo la curva es del 92,5% (IC 95% 87,9-97,1). Factores explicativos de alta a residencia (13%): Motivo de ingreso enfermedad neurológica (OR 19,23) y peor índice de Barthel al alta hospitalaria (OR 0,96). La sensibilidad es del 81,25%, la especificidad del 93,27%, el VPP es del 61,90% y el VPN del 97,36%. El área bajo la curva es 95,1% (IC 95% 91,5-98,7).

Conclusiones: La presencia o ausencia de incontinencia urinaria previa y de enfermedad neurológica al ingreso junto con la medida de la función al alta hospitalaria son determinantes en el uso de recursos al alta hospitalaria. Factores como la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, la aparición de complicaciones durante el ingreso o la estancia hospitalaria no son explicativos del uso de recursos en los ancianos ingresados por causa médica.

COSTES OCULTOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Sans M, Carrasco G, Humet C, Duch M, Mas L

Hospital de Barcelona.

C-080

Palabras clave: Calidad-Programas-Costes.

Objetivos: Definir una metodología de medición y análisis de los costes ocultos (hidden costs) de la calidad correspondientes al esfuerzo extralaboral de los profesionales y evaluar su impacto económico en la gestión de un programa de calidad.

Métodos: Diseño: prospectivo y comparativo con aleatorización de los períodos a comparar. Asignación aleatoria: segundo cuatrimestre de 2002 (basal, antes del programa) y primer cuatrimestre de 2003 (postprograma). Comparación de los resultados referentes a veinticinco procesos hospitalarios clave. Cálculos: Costes ocultos según metodología de May-Sarson y costes para la calidad atendiendo a las recomendaciones de la American Society for Quality Control. Definición del Índice de Impacto en los Costes de la No Calidad (ICNC) como el porcentaje resultante de la fórmula: [variación en coste por aplicación del programa - coste de las acciones de mejora/variación en los costes]. Análisis estadístico: χ^2 , t de Student, Mann-Whitney. Nivel de significación estadística, $p < 0,05$.

Resultados: Las variables de actividad hospitalaria (ingresos, altas, estancias) así como el case mix según el peso medio GRD (0,99 versus 1,00; $p = 0,24$) fueron comparables durante los dos cuatrimestres estudiados. Se observó una mejora en quince de los veinticinco GRD con mayor impacto en las estancias, alcanzando mayor significación estadística la disminución del coste en la cirugía coronaria (-4,4%; IC 95% = -3,8/-5,3%; $p = 0,03$) y en la varicectomía (-1,5%; IC 95% = -1,1/-3,3%; $p = 0,02$). El ahorro global debido al impacto del programa de calidad significó una disminución de los costes de la no calidad de 52.530 € cuatrimestrales (ICNC 88%) que alcanzó anualmente los 115.575 €. El coste en material y actividades laborales para la gestión del programa de calidad (costes de oportunidad en horas laborales, material, informática...) fue de 7.402 € por cuatrimestre. Los costes ocultos correspondientes a horas de trabajo extralaborales de los profesionales de la comisión de calidad alcanzaron los 6.603 € cuatrimestrales, representando el 47,1% de todos los costes para la calidad.

Conclusiones: En las condiciones del estudio, los resultados confirman la eficiencia de los programas de calidad para ahorrar anualmente hasta 115.575 € en costes de la no calidad pero también evidencian que la mitad de este ahorro se debe al esfuerzo de los profesionales en horas de trabajo no remuneradas.

LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE UNA AUDITORÍA ¿MEJORA LA CONSECUCCIÓN DE LOS FACTORES EVALUADOS?

C-081

Caamaño C, Martínez JR, Casado MJ, Falero MT, Jiménez J, Sainz A
Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Palabras clave: Cuidados enfermeros. Auditoría. Objetivos de calidad.

Objetivos: El Hospital Puerta de Hierro realiza desde 2001 dos auditorías anuales de los objetivos de calidad. Los resultados del año 2002 no indicaron mejora y en el 2003 se realizaron acciones de mejora y la difusión de resultados ha sido más activa y abierta a discusión.

Metodología: 1) Diseño de una carpeta por unidad que unifica y recoge todos los protocolos, planes de cuidados y notificación de efectos adversos. 2) Reunión informativa en cada unidad. 3) Difusión de resultados de las auditorías con envío de informe individualizado a cada unidad de enfermería incluyendo un informe personalizado sobre los aspectos a mejorar y 4) organización de una sesión conjunta de supervisoras y personal de enfermería para comentar resultados globales. 5) Determinación de indicadores y agrupación de datos por dimensiones utilizando técnicas de análisis de conglomerados jerárquicos (cluster) para estudiar las unidades de enfermería mediante su clasificación a partir de la tasa de problemas.

Resultados: Las tasas de problemas para las dos evaluaciones fueron: trato a pacientes (9%-11%), cumplimentación de registros (25%-21%) e información en enfermería (19%-3%). El estudio global de los 16 indicadores utilizados indica que 5 de ellos mejoraron significativamente. Los dendrogramas de clasificación de las unidades de enfermería en la evaluación de marzo detectaron dos unidades de "baja calidad" respecto a las dimensiones evaluadas; Las 15 restantes que aparecen distribuidas en la primera evaluación en tres grupos de distinto nivel constituidos por 7, 7 y 1 unidades respectivamente se configuran en la segunda evaluación en dos grupos (11 y 4 unidades) con nivel ligeramente superior a los anteriores, que muestra el avance de 5 unidades que han pasado a un nivel superior y la permanencia de las otras 3 en el segundo grupo impermeables al proceso de mejora.

Conclusiones: La mejora de los resultados fue evidente, siendo significativa en el nivel de información del personal de enfermería, perceptible en el de cumplimentación de registros y nula en el de trato de pacientes. El estudio de clasificación realizado en las unidades de enfermería indica una homogeneidad general, pero pone en evidencia las situaciones de crisis y destaca aquellas que tienen dificultades para mejorar.

LA COMISIÓN DE MORTALIDAD HOSPITALARIA COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

C-082

García-López FJ, López-García A, Mourelle-González-Redondo I, Daza-Pérez R, Cubedo-Cervera R, Sainz-Rojo A
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Palabras clave: Mortalidad hospitalaria. Evaluación de la calidad de la atención sanitaria. Comisiones clínicas.

Objetivo: Describimos la actividad de la Comisión de Mortalidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Métodos: El periodo de estudio abarca desde noviembre de 1999 hasta noviembre de 2002. La Comisión se compone de facultativos médicos de distintas especialidades y la Directora de Calidad. Modificó los criterios de mortalidad evitable establecidos por Charlton y Rutstein para establecer un listado de 160 diagnósticos de posible mortalidad evitable clasificados en 24 grupos. La Comisión revisó las historias clínicas de aquellos fallecidos en donde uno de sus diagnósticos codificados coincidiera con los de muerte evitable y las de los fallecidos con un trasplante de órganos. En todos los casos revisados, la Comisión informó de su evaluación a los servicios implicados en su asistencia.

Resultados: En el periodo de estudio la Comisión se reunió en 28 ocasiones, con una media de 9 reuniones por año, con una mediana de asistencia de 6 miembros por reunión. En el periodo estudiado fallecieron 3.527 pacientes, de los que en 3109 (88%) se codificaron los diagnósticos de alta. Se seleccionaron 49 historias, de las que 4 no se pudieron localizar. De las 45 historias revisadas, en 7 casos hubo indicios de muerte evitable y se requirió información adicional a los responsables de los distintos servicios implicados en su atención. En tres casos se encontraron interacciones farmacológicas inadvertidas, fallos en la transmisión de información decisiva y problemas estructurales en la comunicación entre servicios. Algunas de las medidas propuestas para subsanar esas deficiencias se han puesto en práctica. Por ejemplo, se ha establecido una vía de envío rápido de los resultados analíticos a un servicio concreto. La Comisión también analizó las razones de un exceso de mortalidad que se observó en un servicio. Al constatar una frecuencia baja de necropsias (4%) la Comisión puso en marcha actividades educativas para aumentar el número de solicitudes de necropsias.

Conclusiones: La revisión de las causas de muerte por la Comisión de Mortalidad permite detectar deficiencias estructurales graves e introduce un hábito de evaluación externa de la actividad clínica que contribuye a la mejora en la práctica clínica.

CALIDAD DE VIDA: AUTOPERCEPCIÓN EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC

C-083

Ibárricu-Barro A, Valero-Sales J, Castejon-Sanz E, Artiga-García E, Zafra-Sánchez MC, Cots-Gassó M
ABS La Selva del Camp, Tarragona.

Palabras clave: Asma-EPOC. Calidad de vida. Atención Primaria.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida autopercebida del paciente con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Diseño:* descriptivo y transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 61 pacientes diagnosticados de ASMA y EPOC.

Material y métodos: Mediante entrevista personal se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, del tratamiento, de calidad de vida autopercebida (Cuestionario respiratorio St. George (SGRQ) y cuestionario de calidad de vida EuroQol 5D).

Resultados: *Variables sociodemográficas:* Varones (65,6%), de 66,5 ± 17,3 años, casados (63,9%), sin estudios (34,4%), jubilados (78,7%). Tratamiento en el 100% de los casos, 29,2% dos o más fármacos inhalados y 11,3% asocian tratamiento vía oral y el 59,4% con un único fármaco inhalado. El 83,9% sin ingresos en el último año. Principales resultados de salud autopercebida (medias e IC 95%): SGRQ (0-100): Síntoma: 44 (38,9-49). Actividad: 43,2 (36,7-49,6). Impacto: 28,5 (24,1-32,9). Total: 35,9 (31,3-40,4%). EQ-5D (Grados 1 a 3): Movilidad: 45,9% afectación grado 2. Cuidado personal: 14,8% afectación grado 2. Actividades cotidianas: 37,7% afectación grado 2/3. Dolor/malestar: 42,6% afectación grado 2/3. Ansiedad/depresión: 32,8% afectación grado 2/3. Estado de salud hoy: -60,6% igual o peor que en el último año. EVA (0-100): 72,29 (67,2-77,4).

Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes con EPOC/Asma resultó estar bastante alterada en las dimensiones de movilidad, dolor/malestar y actividades cotidianas del Euroqol 5D y en las subescalas de síntoma y actividad del SGRQ por causa de la disnea. Es de destacar que más de la mitad se encuentran igual o peor que en los últimos doce meses, el 16% han tenido episodios de ingreso hospitalario y el 51,7% piensan que sus problemas respiratorios no van a mejorar. Si se compara el resultado de la EVA con el obtenido en la población general es incluso ligeramente superior a éste, lo que indica que hay una aceptación importante de su enfermedad, sus consecuencias y limitaciones.

¿GASTO CARDIOVASCULAR O RIESGO FARMACÉUTICO?

C-084

Marzo-Arana J, Ortiz-Bardina M, Astier-Peña MP
Centro de Salud de Fraga.

Palabras clave: Costes farmacia. Factores de riesgo.

Objetivos: Hipertensión arterial (HTA); Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipercolesterolemia (HCL) son 3 de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Los estudios proponen objetivos de control cada vez más estrictos. Se precisará mayor número de fármacos y tratamiento más intensivo. Así se propone analizar la relación existente entre el aumento de gasto farmacéutico (GF) para el tratamiento de estos factores y el aumento de la cobertura de pacientes en programa. Conocer la correlación entre el aumento de GF y mejora en los parámetros de control.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo que incluye todos los pacientes del programa adulto-anciano de un centro de salud durante enero 2000 y diciembre 2002. Fuentes de información: historia clínica y base de datos de facturación de recetas médicas. Se recogen las variables sociodemográficas, visitas, cifras de control e incidencias para cada factor de riesgo y paciente, variables de gasto por grupo terapéutico, número de envases, gasto/grupo/paciente por años y gasto total.

Resultados: De un total de 602 pacientes mayores de 18 años, 187 se incluyen en el estudio (31%). HTA: prevalencia del 27,2%. 6-7/visitas/año. 25% se visitaron 9 veces. Grado de control (G-I): 30% al inicio y 36,5% al final. Gasto aumenta 42,8% primer año y un 10,7% segundo. Mayor coste en IECAS. DM: prevalencia del 7,8%. Grado de control: 62% al inicio y 65% al final. Gasto aumenta 11,6% primer año y un 37% segundo % gasto constante en insulina y aumento de metformina. HCL: prevalencia del 9,1%. Grado de control: 29,6% al inicio y 40% al final. El 50% mantiene cifras de colesterol < 210 mg/dl. Gasto aumenta 27,4% primera año y un 53,3% segundo.

Conclusiones: El gasto para el control de FRCV supone una parte fundamental del GF en la población estudiada. El esfuerzo farmacológico recae en los pacientes peor controlados y no logra objetivos más que en un % bajo de casos. Se deberían estudiar nuevos indicadores de presupuestación del GF y de calidad de la prescripción que incorporen aspectos del manejo de estas patologías.

DIAGNÓSTICO DE ASMA EN POBLACIÓN SOMETIDA A ALTAS CONCENTRACIONES DE ALERGENOS AMBIENTALES[†]

C-085

González de la Flor P**, Fajardo-Contreras MC*, García-Torrecillas JM*, Hernández-Utrera I**, Jover-Casas JM**, Aguilera Tejero R*

*Centro de Salud San Felipe, Jaén. **Complejo Hospitalario de Jaén.

Palabras clave: Asma bronquial. Screening poblacional. Atención Primaria.

Objetivos: Realizar un screening poblacional de asma bronquial en la población de referencia de una Zona Básica de Salud, determinando las características clínicas y el grado de control sintomático de los pacientes.

Métodos: Diseño descriptivo transversal. **Ámbito:** Ámbito geográfico: Una Zona Básica de Salud urbana sometida a altas concentraciones estacionales de alérgenos ambientales. Temporal: 1 de febrero de 2003 a 31 de marzo de 2003. **Población:** Población de referencia: población adscrita a la Zona Básica de Salud. Población elegible: población de referencia administrativa y telefónicamente accesible. Muestra: población elegible seleccionada mediante muestreo aleatorio simple hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. **Variables:** A todos individuos de la muestra se les realizó telefónicamente un screening basado en 6 preguntas para establecer el diagnóstico de sospecha de asma. A los que resultaron positivos, se les citó en el Centro de Salud y se les realizó un estudio clínico, valorándose el grado de control de la enfermedad.

Resultados: Tras el screening se estableció la sospecha de asma en el 54,8% de los sujetos encuestados. La edad media de los mismos es de 30,4 años, el 58,8% son mujeres y el 41,2% son hombres. Las preguntas con mayor tasa de respuestas afirmativas fueron: haber "presentado tos, pitos, dificultad al respirar en algunas épocas del año o en contacto con animales o plantas o con el humo de tabaco en su trabajo", en el 41,2% de los casos, y tener "algún familiar afecto de asma o alergia", en otro 41,2% de los casos. A lo largo de su vida, el 58,8% ha presentado rinitis, el 23,5% sinusitis, el 47,1% conjuntivitis y el 35,3% dermatitis atópica. Se ha realizado el diagnóstico de atopía en el 23,5% de los casos. Tos diurna o nocturna presenta el 52,9% de los seleccionados y sibilancias el 41,2%. Diagnóstico previo de asma tiene el 11,8% de los casos. Manifiesta haber padecido crisis el 70,6% y haber acudido a Urgencias el 5,9%.

Conclusiones: El screening poblacional del asma bronquial mediante encuesta telefónica es una estrategia valiosa que permite aumentar al capacidad diagnóstica y mejorar el control de la enfermedad en muchos casos.

[†]Este estudio forma parte de un proyecto de investigación financiado por la consejería de salud de la junta de Andalucía (exp. 210/02).

MESA 13

Orientación al cliente

ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-GAMMAGRÁFICA EN EL ESTUDIO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

C-086

Pijiero A, Nevado L, Mota R, Rayo JI, Serrano J

Palabras clave: Tromboembolismo Pulmonar. Gammagrafía.

Objetivos: Evaluar la correlación entre la sospecha diagnóstica elaborada a partir de la historia y exploración clínica elaborada en el Servicio de Urgencias y el diagnóstico final alcanzado tras la realización de una Gammagrafía de ventilación/perfusión.

Métodos: Se revisaron 64 historias clínicas de pacientes procedentes del Servicio de Urgencias a los que se solicitó una Gammagrafía de Ventilación/Perfusión por sospecha de Tromboembolismo Pulmonar durante el primer cuatrimestre del año 2002. A todas estas historias se aplicó un protocolo clínico para el diagnóstico de TEP, basado en un sistema de puntuación variable para los siguientes aspectos clínicos: Factores de riesgo; Síntomas y signos; Gasometría arterial; Electrocardiograma y Radiografía de tórax. A todos los pacientes se les realizó Gammagrafía de Ventilación/Perfusión con TECNEGAS y MAA-Tc99, que fueron informadas siguiendo los criterios PIOPED revisados.

Resultados: De los 24 pacientes (37,5%) que presentaban Baja Probabilidad de TEP en el estudio gammagráfico, presentaron Baja Probabilidad Clínica el 83% y Alta Probabilidad Clínica el 17%. De los 30 pacientes (46,8%) que presentaban Alta Probabilidad de TEP, presentaron Baja Probabilidad Clínica el 48% y Alta Probabilidad Clínica el 52%.

Conclusiones: Existe menor correlación clínico-gammagráfica en aquellos pacientes con resultado de Alta Probabilidad de TEP en el estudio gammagráfico que en aquellos con Baja Probabilidad de TEP. Parece necesario realizar técnicas diagnósticas que excluyan la existencia de TEP dadas las limitaciones que ofrece la interpretación de los signos y síntomas clínicos de forma aislada.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA CANARIA

C-087

Sánchez-Janáriz H, Sanz-Oliveda E, Hernández-Gallego R, González-Romero D

Dirección Gral. de Programas Asistenciales, Canarias.

Palabras clave: Satisfacción. Atención Primaria.

Objetivos: Conocer en el ámbito de la Atención Primaria en la Comunidad Autónoma Canaria la satisfacción del usuario con respecto al personal de los Centros de Salud: área administrativa, enfermería y medicina, así como la atención en urgencias. Analizando las siguientes dimensiones: cortesía, confianza, competencia profesional e información.

Métodos: Se realiza un estudio trasversal descriptivo a través de una encuesta telefónica efectuada en las siete Áreas de Salud que conforman nuestra región, dirigida a una muestra de pacientes que han acudido a consulta Médica en su Centro de Salud en los quince días previos a la encuesta. El tamaño de la muestra se calcula para una precisión del 1%, un nivel de confianza del 90% y una $p = q$ del 50%.

Resultados: Se realizan 7.272 encuestas. Se observa que el 80% de los encuestados están de acuerdo con la amabilidad y eficacia de los administrativos, un 12% no se define y el 8% está en desacuerdo. En la valoración de la atención prestada por enfermería el 95% considera que la enfermera lo escucha, el 96% que es amable, y el 94% confía en ella. En ninguno de los tres aspectos la insatisfacción supera el 2%. Con relación al Pediatra y al Médico de Familia los porcentajes son los siguientes.

	Medicina de familia			Pediatría		
	De acuerdo	Desacuerdo	No sabe	De acuerdo	Desacuerdo	No sabe
Le dedica tiempo suficiente	90	5	5	86	9	5
Es amable	95	2	3	93	3	4
Le escucha	94	2	4	92	5	3
Le explica con claridad	93	3	4	91	5	4
Le inspira seguridad	91	3	6	85	8	7

El 82% de las personas que acudieron por un problema urgente están satisfechos con el trato recibido, el 55% opina que le atendieron con rapidez y el 14% que esperan bastante o mucho.

Conclusiones: En general, la satisfacción del usuario es alta para todos los colectivos. Donde menor satisfacción se observa es en el área administrativa. Donde mayor satisfacción existe es en enfermería. En el área médica los aspectos que peor se valoran son: el tiempo que se le dedica y la seguridad que le ofrece el profesional, siendo este fenómeno más acusado en pediatría.

PROPUESTAS DE MEJORA EN LA CALIDAD PERCIBIDA: EL PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES DEL SESCAM

Gutiérrez-Fernández R, Rubio-Casado M, Fernández-Martín J, Navarro-Royo C, Parra-Vázquez B

C-088

Palabras clave: Calidad percibida. Planes de mejora.

Objetivos: Los compromisos y valores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), destacan la voluntad de ofrecer a todos los usuarios una atención sanitaria de calidad, poniendo en el centro de todas las decisiones al paciente. Ello supone poner un especial énfasis en la calidad percibida, de forma que cada interacción con los clientes sea una oportunidad de cumplir y exceder sus expectativas. Con este enfoque, el "Plan de los pequeños detalles" se concibe como un proyecto de mejora en todos los hospitales del SESCAM dirigido a incrementar la calidad percibida por los usuarios y mejorar su satisfacción con el sistema sanitario público. Su Objetivo General es adecuar la organización asistencial con objeto de aumentar claramente la satisfacción percibida por los usuarios en los centros, la sensibilidad hacia sus demandas procurando dar una efectiva respuesta a sus expectativas y mejorar el nivel de eficacia, confortabilidad y trato humano que perciben.

Métodos: Se recogieron propuestas mediante una encuesta abierta a los equipos directivos del SESCAM (gerentes AP y AE, responsables de SSCC y Oficinas Provinciales). Como única condición se solicitó a los informantes que, en general, las actuaciones propuestas no supusieran un coste adicional (excesivo) para los presupuestos de los centros, (o conllevaran tan sólo cambios en la forma de hacer las cosas).

Resultados: Obtuvimos 83 cuestionarios con 462 iniciativas, de una gran variabilidad (158 propuestas distintas, agrupadas en 10 categorías diferentes). Tras análisis detallado cada centro ha seleccionado diez propuestas que integrarán su "Plan de los Pequeños Detalles". Son actuaciones de bajo coste económico de implantación, fáciles de poner en marcha de forma inmediata y de ser monitorizadas adecuadamente, que puedan ser bien recibidas y entendidas por todos los empleados del hospital, y claramente orientadas a la mejora de la calidad percibida. Como ejemplo pueden citarse: 1. Mejora de información en urgencias e intervenciones quirúrgicas. 2. Retirada carteles y anuncios no institucionales. 3. Adecuar horarios toma de constantes al descanso.

Conclusiones: En el ámbito de los servicios públicos la búsqueda de la satisfacción de sus usuarios debe perseguir fundamentalmente el propósito de generar valor para los ciudadanos, legitimando así la propia actividad del sector público. Iniciativas como el "Plan de los Pequeños Detalles" del SESCAM pueden contribuir a este importante objetivo, teniendo en cuenta el acuerdo y consenso seguido en su elaboración.

ORIENTACIÓN HACIA EL CLIENTE: SATISFACCIÓN DEL AUDITADO

Gracia-San Román FJ, Monteagudo-Piqueras O, Valentín-López B, Pérez-Blanco B, Pardo-Hernández A, Molina-Muñoz M
Hospital Universitario La Paz.

C-090

Objetivos: En el Plan de Evaluación del año 2003 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, se objetiva la necesidad de medir la satisfacción de las organizaciones y profesionales evaluados: Diseño de una encuesta que nos permita medir el grado de satisfacción de los servicios evaluados y conseguir a partir de esta medición, localizar aquellos aspectos a mejorar y aquellos aspectos a consolidar. A partir de una mayor satisfacción del cliente conseguir, como propone el EFQM, mejores resultados en los servicios prestados.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre dicha metodología, enfocada a la evaluación de la satisfacción con la auditoría recibida de los profesionales y organizaciones auditadas, aprovechando experiencias tanto del campo sanitario como del no sanitario. Para el diseño de la encuesta se han utilizado escalas de Likert con el fin de que nos aporten una mayor información en el análisis de los aspectos explorados. La encuesta se entregará dos semanas después de haber entregado el informe final de la auditoría realizada.

Resultados: La encuesta explora las siguientes dimensiones: 1) Planificación de la auditoría: En este aspecto se destaca si se explicaron adecuadamente los objetivos de la auditoría y si se recibió una notificación previa con suficiente antelación cómo para poder aportar ideas por parte del auditado antes del comienzo de la auditoría. 2) Desarrollo de la auditoría: Se pregunta si la auditoría se llevó a cabo causando las menores molestias posibles de los servicios auditados, incluyendo un tiempo apropiado para su realización. 3) Profesionalidad del servicio prestado: Se pregunta sobre el desarrollo del trabajo de campo y el conocimiento del equipo auditor. 4) Comunicación de los resultados (calidad y utilidad de la información): se destaca si la información obtenida en la auditoría es clara, objetiva y sobre todo si es de utilidad para mejorar la calidad de la asistencia. 5) Satisfacción Global: Se pregunta si globalmente está satisfecho con el servicio prestado. La encuesta termina con una pregunta abierta ofreciéndose la posibilidad de hacer cualquier sugerencia para mejorar el servicio ofrecido.

Conclusiones: - La implantación de la encuesta de satisfacción como parte de la evaluación del proceso de auditoría forma parte de la búsqueda de la mejora continua propuesta en el modelo EFQM. La medición de la calidad y de la utilidad de la información proporcionada supone una mejora dirigida hacia una mayor calidad de los procesos asistenciales.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN HOSPITALES DEL INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD

Valentín-López B, Codesido-López M, Zaballos-Ruano A, Guerra-Aguirre J
Instituto Madrileño de la Salud.

C-089

Palabras clave: Calidad percibida. Encuestas de satisfacción. SERVQHOS.

Objetivos: Conocer las necesidades y expectativas del paciente sobre la calidad asistencial en el ámbito hospitalario. Valorar en qué medida se satisfacen las expectativas de los pacientes ingresados. Facilitar la mejora continua.

Métodos: La encuesta de satisfacción utilizada en los hospitales del IMS es el Servqh. Mediante muestreo aleatorio simple se selecciona una muestra del nº total de altas. La encuesta se envía por correo garantizando confidencialidad y anonimato. Se recogen datos sociodemográficos, características del ingreso, y diferentes dimensiones de la calidad asistencial: información suministrada, tangibilidad, capacidad de respuesta, trato asistencial, competencia técnica y satisfacción global. Se realiza un estudio descriptivo global, estratificando por sexo y edad para conocer las diferencias existentes en los distintos aspectos de la calidad percibida. Se valorará la pertinencia de la construcción de un modelo de regresión logística para determinar qué variables se asocian con las variables dependientes satisfacción global y recomendación del servicio.

Resultados: Participaron 12 hospitales con 2.374 encuestas contestadas. La edad media fue de 55 años (DE: 20 años); rango 15-98 años. Un 49% son hombres y un 51% mujeres. Un 95% de los pacientes están satisfechos-muy satisfechos con la atención recibida y el 87% recomendaría sin dudar el servicio. El 87% de los pacientes considera haber recibido suficiente información del proceso, pero sólo un 66% de los pacientes conocen el nombre del médico y un 38% el de la enfermera. Los aspectos mejor valorados son la amabilidad, el trato, la disponibilidad del personal y la competencia profesional. Al estratificar por sexo observamos diferencias significativas, las mujeres están satisfechas-muy satisfechas en un 93% frente al 97% de los hombres, $p < 0,001$. Las personas con más edad (media: 56 años) están más satisfechas que las más jóvenes (media: 49 años) $p < 0,05$.

Conclusiones: La satisfacción global con la asistencia recibida, así como el trato y la competencia técnica son muy altos. Los aspectos claves a mejorar son no sólo aquellos valorados de forma negativa, sino también los valorados de manera neutra como la información y la capacidad de respuesta, puesto que el objetivo de la mejora continua es superar las expectativas del paciente y lograr incrementar la calidad de la asistencia sanitaria.

¿POR QUÉ MOTIVOS LOS PACIENTES NO ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL?

Rodrigo P, Escribano MT, Moliner J, Judez D, Ramírez T, Celaya S
Hospital Clínico Universitario Zaragoza.

C-091

Objetivos: Conocer los motivos que los pacientes señalan para no haber acudido a las citas programadas en las consultas del Hospital.

Métodos: Encuesta telefónica a una muestra de pacientes que no acudieron a su cita en 6 Consultas del hospital: Alergología, Cirugía general, Dermatología, Digestivo, Endocrinología y Oftalmología. La encuesta recogía una clasificación de motivos a partir de trabajos previos y preguntaba por el tipo de consulta (primera o sucesiva, origen desde atención primaria o el hospital) y por trámites realizados (vía de citación, anulación o no de la cita). Las encuestas fueron realizadas por una persona del Servicio de Información y Atención al Paciente, efectuando en caso necesario varias llamadas en horarios distintos. El periodo de estudio, una semana de diciembre del 2002. El análisis consistió en la tabulación de los datos y uso de ji cuadrado para comparar proporciones.

Resultados: En el periodo estudiado se programaron 1.155 consultas. La tasa de no comparecencia fue de 12,9%. De los 129 pacientes seleccionados para encuestar, 22 (17%) no fueron localizados; 27 casos (21%) respondieron que sí habían acudido a la consulta. Finalmente, la encuesta se completó para 80 pacientes. Los motivos indicados por esos 80 pacientes fueron: El paciente se olvidó o confundió la cita (29%), Imprevistos que no pudo solucionar (28%), Se encontraba demasiado enfermo para acudir o estaba hospitalizado en ese día (13%), Obligaciones familiares/trabajo/niños, estaba de viaje, imposibilidad horaria (13%), No recibió la cita, errores administrativos (13%), y Mejoró su sintomatología o solucionó su problema por otra vía (5%). La cuarta parte de los pacientes anuló su cita, aunque ese hueco no se rellenó con otro paciente. La mayor parte (88%) se citaron directamente en el mostrador de citaciones del hospital, y destaca que en el grupo que se citó por carta o teléfono no se produjeron errores ni olvidos de cita. No se encuentran diferencias en el motivo de anulación según el origen de la consulta, ni si ésta era primera o sucesiva.

Conclusiones: La mejora del sistema de información es un requisito para poder monitorizar este problema. El procedimiento de citas por correo o por teléfono parece tener menos errores, además de evitar las actuales filas que soportan los pacientes. Los casos que no acuden por imprevistos, olvidos, u otras obligaciones, pueden indicar algún grado de utilización innecesaria de las consultas, hipótesis que habría que comprobar con otros métodos como el audit clínico.

MORBILIDAD DEL PACIENTE INMIGRANTE ASISTIDO EN URGENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

C-092

Fajardo-Contreras MC*, González de La Flor P**, Hernández Utrera I**, Jover-Casas JM**, Méndez-Zapatero R**, Aguilera-Tejero R*

*Centro de Salud San Felipe, Jaén. **Complejo Hospitalario de Jaén.

Palabras clave: Inmigrantes. Morbilidad. Atención especializada.

Objetivos: Conocer las características sociodemográficas y el tipo de morbilidad de los inmigrantes atendidos en Atención Primaria y derivados hacia un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Métodos: Diseño descriptivo transversal. **Ámbito geográfico:** Un Servicio de Urgencias Hospitalario donde se asiste a inmigrantes derivados por las Zonas Básicas de Salud adscritas. **Temporal:** 1 de enero de 2002 a 31 de diciembre de 2002. **Población:** Población de referencia: población inmigrante que trabaja en la provincia de estudio. Población elegible: Población de referencia que durante el periodo de estudio acude a un Centro de Salud de dicha provincia y es asistida y derivada a un Servicio de Urgencias Hospitalario. **Muestra:** Población elegible seleccionada mediante muestreo hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. **Variables de estudio:** Variables sociodemográficas: edad, sexo, regularización, país de origen, zona de residencia. Variables clínicas: sistema orgánico afectado, carácter del proceso, presencia de lesiones, ingreso hospitalario, lugar de ingreso y destino al alta.

Resultados: De 745 inmigrantes asistidos, 189 (25,37%) son derivados desde Atención Primaria. 148 son hombres (78,3%) y 41 mujeres (21,7%). Su edad media es 29,65 años (D.E.: 10,84). Están regularizados 115 (60,80%). El 95,8% son de origen árabe y el 4,2% europeo. La morbilidad es aguda en el 82,5% de los casos y crónica en el 8,5%. Presentó lesiones el 4,8%. Por sistemas, la patología presentada fue: oftalmológica: 16,9%, digestiva: 12,7%, traumatológica: 9,0%, neumológica: 9,0%, reumatológica: 8,5%, del área de salud mental: 8,5%, cardiológica: 4,8%, neurológica: 4,8%, quirúrgica: 4,2%, oncológica: 4,2%, toxicológica: 4,2% y de cirugía maxilofacial: 4,2%. Requirió ingreso hospitalario el 13,2%. De éstos, el 4,8% ingresó en Medicina interna, el 4,2% en Oftalmología y otro 4,2% en Oncología. Tras la asistencia en Urgencias, el 57,1% se envió a su domicilio, el 29,6% fue derivado a Consultas Externas y el 13,2%, se ingresó en el hospital.

Conclusiones: Actualmente hay pocos estudios que analicen las necesidades asistenciales de la población inmigrante en España. Es de importancia conocer sus necesidades asistenciales y promover la creación de programas de salud específicos. En esta investigación destaca el elevado porcentaje de inmigrantes sin regularizar y la alta prevalencia de lesiones del sistema ocular.

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE INMIGRANTE

C-093

Fajardo-Contreras MC*, González de la Flor P**, Hernández-Utrera I**, Jover-Casas JM**, Méndez-Zapatero R**, Aguilera-Tejero R*

*Centro de Salud San Felipe, Jaén. **Complejo Hospitalario de Jaén.

Palabras clave: Inmigrantes. Proceso asistencial. Atención sanitaria.

Objetivos: Determinar las diferencias existentes entre la población inmigrante atendida en su Zona Básica de Salud y derivada hacia Urgencias hospitalarias y la población inmigrante que acude directamente a este servicio.

Métodos: Diseño descriptivo transversal. **Emplazamiento:** Ámbito geográfico: Un Servicio de Urgencias Hospitalario donde se asiste a inmigrantes derivados por las Zonas Básicas de Salud adscritas. **Temporal:** 1 de enero de 2002 a 31 de diciembre de 2002. **Sujetos:** Población de referencia: población inmigrante que trabaja en la provincia de estudio. Población elegible: Población de referencia que durante el periodo de estudio acude a su Centro de Salud y es asistida y derivada a un Servicio de Urgencias Hospitalario. **Muestra:** Población elegible seleccionada mediante muestreo hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. **Mediciones:** Variables sociodemográficas: edad, sexo, regularización, país de origen, zona de residencia. Variables relacionadas con la morbilidad padecida: sistema orgánico afectado, carácter de la enfermedad, presencia de lesiones, ingreso hospitalario, lugar de ingreso y destino al alta. **Análisis estadístico:** se emplearon los test de la Ji Cuadrado y la t de Student para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Resultados: Se seleccionaron 745 informes de alta correspondientes a inmigrantes atendidos durante el año 2002 en nuestro ámbito de estudio. De éstos, 189 (25,37%) corresponden a pacientes inmigrantes derivados desde su Centro de Salud. Las variables en las que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de inmigrantes asistido y derivado desde su Centro de Salud y los no derivados son las siguientes: sexo ($p = 0,002$), país de origen ($p < 0,001$), residencia ($p < 0,001$), sistema orgánico afectado ($p < 0,001$), necesidad de ingreso hospitalario ($p = 0,019$), servicio de ingreso hospitalario ($p < 0,001$) y derivación tras la asistencia en Urgencias ($p < 0,001$).

Conclusiones: El proceso asistencial de atención urgente al paciente inmigrante es más adecuado y eficiente en los casos en que la asistencia se inicia en Atención Primaria y posteriormente se deriva a Urgencias Hospitalarias que en el caso en que el inmigrante acude directamente a las mismas. Es necesario seguir avanzando en el conocimiento de las necesidades asistenciales de esta población y en la creación de programas de salud específicos.

ENFERMERÍA Y COMUNIDAD, UNA APUESTA DE FUTURO

C-094

Boqué M, Cruz M, San Miguel J, Vallejo E

Palabras clave: Comunidad. Enfermería. Prestigio Social.

Objetivos: Potenciar la proyección comunitaria de enfermería. Aumentar el prestigio social de este colectivo.

Métodos: Desde la apertura de la Zona Básica de Salud (ZBS), diciembre-2000, se empezó a trabajar con representantes sociales para realizar un estudio por parte de enfermería de las prioridades de la población. El abordaje del resultado se planteó por colectivos: Tercera edad Materno-infantil Adolescencia Inmigración Enfermedades crónicas. Para llevar a cabo este objetivo se puso en marcha programas específicos para cada colectivo. Cada programa es realizado además del enfermero/a de salud comunitaria por el resto del equipo de enfermería.

Resultados: Resumen de las actividades de salud comunitaria llevadas a cabo por enfermería. **Tercera edad:** Programa ATDOM (10,5% de la población >65 años): a) Grupos de Autoayuda Mutua (14 sesiones de 17 personas). b) Si quieres cuidar, cuidate (4 talleres de 6 sesiones de 12 personas). Educación Sanitaria: 9 charlas de 50 personas.

Materno-infantil: Lactancia Materna (4 talleres de 6 personas). Escuela de padres (10 charlas de 22 persona).

Adolescentes: Intervenciones en el Instituto de Estudios Secundarios (IES) Josep Tapiró. a) Anticoncepción (3 sesiones por 8 aulas de 25 alumnos). b) Alimentación (1 sesión por 3 aulas de 30 alumnos). c) Tabaco (1 sesión por 2 aulas de 30 alumnos). Jornadas Culturales en el IES Josep Tapiró a. Tabaco-Alcohol (3 talleres de 1 sesión por 20 alumnos) b. Juego de Salud (4 talleres de 1 sesión por 20 alumnos) c. Bebidas saludables (5 talleres de 1 sesión por 20 alumnos). Consultoría Agente de Salud: 3 horas semanales durante el curso escolar

Inmigración: Acogida Mujeres magrebines (8 charlas por 10 personas)

Enfermedades crónicas: a) Diabetes (2 talleres de 5 sesiones por 8 personas). b) Obesidad (4 talleres de 5 sesiones por 8 personas). c) Inhaladores (3 talleres de 3 sesiones por 10 personas).

a) Parkinson. b) Dolor. c) Rol enfermero/a (3 charlas de 40 personas).

Conclusiones: La Atención Comunitaria ha supuesto un cambio de rol profesional del enfermero/a, que ha pasado de un trabajo técnico y dependiente a otro más autónomo y dirigido a tareas de educación para la salud. En vista de los resultados obtenidos y de la percepción de los profesionales y de la población, nos anima a ampliar esta línea en beneficio de la imagen de enfermería y de un mejor servicio a la comunidad.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POSTHOSPITALIZACIÓN, MEDIANTE UNA ENCUESTA TIPO INFORME, EN LOS HOSPITALES DE LA RED DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

C-095

Más-Castillo A, Parra-Hidalgo P, Ramón-Esparza T, Hernando-Arizaleta L, Saturno-Hernández P (Programa Emca)

Palabras clave: Calidad percibida. Satisfacción del usuario. Oportunidad de mejora.

Objetivos: General: Medir calidad percibida y satisfacción con la atención hospitalaria, en pacientes adultos ingresados en hospitales del SMS. Específicos: Conocer nivel de satisfacción del usuario con los hospitales regionales; Identificar Oportunidades de Mejora; Iniciar medidas correctoras.

Métodos: **Herramienta:** "Encuesta de calidad percibida posthospitalización", elaborada y validada por el programa EMCA". Envío por correo postal tras alta, al domicilio del paciente, con dos recuerdos. **Ámbito de estudio:** 9 hospitales públicos de agudos del SMS. **Población:** pacientes dados de alta en los Servicios Médicos, Quirúrgicos y Obstétricos, del 15/05/02 al 15/06/02. **Criterios inclusión:** mayor de 18 años. **Criterios exclusión:** Motivo de alta éxitus o traslado a otro centro; Duración de estancia menor de 1 día y, en Obstetricia, diagnóstico distinto al de parto con recién nacido vivo.

Resultados: 5.887 cuestionarios enviados; tasa de respuesta de 53,2%; estancia media de 6,8 días. La satisfacción media con los servicios recibidos (recorrido de la variable 0-10) es de 8. La calidad percibida (en media, recorrido de la variable 1-5) es de 4,2. A nivel de centro hospitalario, la satisfacción oscila entre 7,7 y 8,6 y la calidad entre 4,0 y 4,4. La tasa de problemas a nivel regional es de 23,1%, siendo mayor la notificación por puerperas (31,3%); la dimensión infraestructura es la que tiene mayores problemas. Por tipo de cuestionario y dimensión, los valores extremos encontrados son tasa de problemas de información en parturientas (43,8%) y competencia profesional en S. Quirúrgicos (13,9%). La tasa de problemas a nivel de hospital oscila entre 18 y 29%. La falta de identificación del personal es el problema que ocupa el primer lugar. Los contratos de gestión del SMS incluyeron como objetivo del hospital la mejora de estos resultados.

Conclusiones: Tasa de respuesta alta. Valoración de calidad y satisfacción elevada, pero con tasas de problemas nada despreciables. Los usuarios más críticos son mujeres, los de edad más joven, los de estudios altos y corta estancia. Los resultados han permitido establecer indicadores regionales y por centro e iniciar la implantación de medidas correctoras.

SATISFACCIÓN USUARIA HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Carrasco ME, Muñoz M

C-096**Palabras clave:** Satisfacción usuaria. Calidad.**Objetivos:** *Propósito:* - Aplicar una Encuesta de Satisfacción Usuaría, para conocer la Opinión Usuaría del paciente ingresado, hospitalizado y dado de alta en los Servicios Clínicos del Hospital Militar de Santiago.**Objetivo General:** Establecer una herramienta sistematizada y medible, incorporada en todos los procesos de la atención de nuestros usuarios, para conocer su Opinión y elaborar planes de mejora.

Medir el grado de satisfacción global, del usuario respecto a la atención que otorga el Hospital Militar de Santiago.

Métodos: Se elaboró un Modelo de encuesta de satisfacción usuaria, resultante de un benchmarking, nacional e internacional para su diseño y aplicación. Se adaptó de acuerdo a la realidad nacional de la Organización. Dicho instrumento fue evaluado con un piloto, resultando el alfa igual a 0,66. Como base se tomó los datos obtenidos de las Opiniones Usuarías, proceso ya institucionalizado, hace 18 meses. La encuesta final consta con 86 pregunta de las cuales, 38 tienen respuesta nominal, 36 en escala de Likert, y 12 abiertas. La aplicación fue administrada, por personal capacitado para ese fin, ajeno a la Institución. El análisis de los datos se realizó mediante porcentaje de respuesta, estudio de correlaciones, regresión logística múltiple, medidas descriptivas. Las altas para el año 2002 fueron 13.472 altas, se aplicó la encuesta a 100 pacientes dados de alta durante los meses de Marzo-Abril; Mayo 2003, considerando la estacionalidad del trimestre en el año, con un error admisible del 5% y una confianza del 90%.**Resultados:** La Calidad de Atención: 61,6% la calificó como Muy Buena. La Satisfacción Global: 58,2% la calificó Muy Satisfactoria.**Conclusiones:** Según el estudio de correlaciones y el Modelo de regresión logística, los factores más influyentes en la satisfacción del usuario son: La información de las Normas generales de funcionamiento del Hospital, la mejora de algunas especies de la instalación, y la calidad de atención, siendo el trato altamente valorado por los usuarios tanto a su ingreso como durante toda su hospitalización ($p < 0,05$).**CAMPAMENTOS DE VERANO PARA NIÑOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS. EXPERIENCIA PILOTO DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**López-Robledillo JC, Ossorio-Castellanos C
Hospital Niño Jesús.**C-098****Palabras clave:** Campamentos. Reumatología. Niños.**Objetivos:** 1) Describir la planificación, desarrollo y evaluación de una experiencia piloto de ocio tutelado de un grupo de niños con enfermedades reumáticas. 2) Obtención de un modelo organizativo válido para experiencias ulteriores. 3) Valorar la influencia de la intervención sobre aspectos médicos y sociales.**Métodos:** 1) Elaboración de objetivos. 2) Establecimiento de criterios de selección de niños y sus "cuidadores". 3) Diseño de encuestas. 4) Valoración médica antes y después de la actividad mediante recuento articular, capacidad funcional (cuestionario HAQc) y valoración global de la enfermedad (escala analógica visual). 5) Valoración del impacto de la experiencia.**Resultados:** 1) Obtención de un video divulgativo. 2) Obtención de un plan integral de ocio tutelado para niños con enfermedades reumáticas. 3) Valoración de calidad percibida: 100% manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con la experiencia; 90% repetirían la experiencia. El aspecto más valorado fue la convivencia con otros niños con enfermedades similares y como aspectos a mejorar la planificación de la alimentación y la hora del despertar. 4) Valoración de la enfermedad antes y después de la experiencia: no hubo diferencias significativas. 5) El impacto de la experiencia ha sido positivo: consideración de la Liga Reumatológica Española como una actividad muy destacada, difusión de la experiencia a todas las unidades de Reumatología, realización de otros tres campamentos según el modelo patrón desarrollado.**Conclusiones:** 1) Esta experiencia de ocio tutelado representa la primera realizada en nuestro país para niños con enfermedades reumáticas y ha servido como modelo para la realización exitosa de ulteriores campamentos de verano. 2) Las experiencias de ocio tutelado con niños que padecen enfermedades crónicas no influyen sobre los aspectos médicos de la enfermedad pero posibilitan el descanso del "cuidador habitual" e integran a los niños en actividades de grupo favoreciendo actitudes solidarias y la creación de grupos de ayuda mutua por lo que podemos considerarlas adecuadas para mejorar la calidad asistencial de pacientes crónicos sobre todo si son niños.**ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN HOSPITAL**Rodríguez-Bello J, López de Lis C
Hospital de Jerez.**C-097****Palabras clave:** Insatisfacción. Usuario. Calidad Percibida.**Objetivos:** Las expectativas del usuario son las determinantes de su insatisfacción, si no recibe lo que espera. Estas causas de insatisfacción son los objetivos de este estudio, a través del análisis del discurso de los usuarios se obtiene información relevante sobre la percepción de las deficiencias en los procesos asistenciales que han sido participantes y sus áreas de mejora. Se exploran cinco áreas: 1. Tangibilidad. 2. Fiabilidad. 3. Interés/capacidad de respuesta. 4. Garantía. 5. Empatía**Métodos:** La unidad de análisis, se centra en la insatisfacción de los usuarios atendidos en el centro, a partir de sus expectativas como determinante. Como instrumento se utilizó el grupo focal. Se identificaron seis segmentos, a partir de dos criterios, edad y área de hospitalización, para conseguir la homogeneidad interna, se seleccionaron a los participantes de manera intencionada no aleatoria entre los sujetos más insatisfechos con la asistencia recibida en el centro, a partir de una fase cuantitativa previa a este estudio (SERVQHOS). El número de grupos realizado fue de 12, participando de 8 a 12 personas en cada grupo. El guión de cada grupo fue establecido a partir de los resultados del cuestionario en la fase anterior, concretamente en las áreas donde los niveles de insatisfacción sean mayores. Los guiones fueron previamente pilotados por medio de entrevista semiestructurada en una muestra de pacientes seleccionados de cada área.**Resultados:** Tanto las expectativas como la satisfacción fue diferente en cada una de las tres áreas de hospitalización exploradas: Área Maternoinfantil, Área Médica, Área Quirúrgica. Las expectativas de los usuarios se relacionan con los factores demográficos y socioculturales de la población que vive en el área de influencia del hospital. El grado de insatisfacción de los pacientes del hospital se vincula directamente a las cinco dimensiones de la calidad percibida estudiadas.**Conclusiones:** Los usuarios insatisfechos tienen expectativas diferentes a los usuarios satisfechos, y por ello los factores relacionados con esta insatisfacción son distintos. Las áreas de mejora en la atención los pacientes desde la perspectiva de estos son diferentes a las que establece el hospital desde una perspectiva científico-técnica.

MESA 14

Modelos de gestión

CERTIFICACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LA NORMA ISO 9002:94

Montiel I, Gálvez J, Gutiérrez S, Soriano C, Fluixá X, Blanquer JJ

Dirección Atención Primaria, Alicante.

C-100

Palabras clave: ISO 9002:94. Certificación. Mejora de calidad.

Objetivos: La acreditación de un centro de atención primaria es una oportunidad para asegurar estándares de calidad aceptables. Con esta convicción, nos planteamos el objetivo de la certificación según la norma ISO 9002:94 de los servicios ofrecidos por un Centro de Atención Primaria. Este objetivo se constituyó como la vía para: estimular al equipo a elevar la calidad de los servicios que se prestaban, promover la mejora continua y asegurar a los usuarios del centro que los productos y servicios que se desarrollaban cumplieran con unas normas determinadas y que tenían un control de calidad adecuado.

Métodos: En primer lugar se obtuvo el compromiso de los miembros del equipo, de la dirección del centro y del Área de salud en el proyecto de certificación con la norma ISO 9002:1994, "modelo para el aseguramiento de calidad en la producción, instalación y servicio postventa", aplicable a nuestro centro. A continuación se definieron tres niveles de responsabilidades: a) comité del proyecto; b) comité de desarrollo del sistema de calidad; c) comité de calidad del centro. En 1999 se inició el desarrollo del sistema, que se puede dividir en dos grandes áreas: una documental, referida a los manuales de calidad y procedimientos, y otra práctica, referida a los aspectos físicos de la organización y a los recursos humanos, su entrenamiento y cultura organizativa.

Resultados: La parte documental del sistema de calidad quedó formada por siete volúmenes: manual de calidad, de procedimientos, de instrucciones de trabajo, libros de hojas de revisión y revisiones de equipo, recopilación de documentación externa e interna. La implantación del sistema de Aseguramiento de la Calidad se inició en enero del 2002 y concluyó en noviembre del mismo año, tras la auditoría interna, el análisis de la documentación y la posterior auditoría externa.

Conclusiones: Tras conseguir la certificación del Centro de Salud según la norma ISO 9002:94 para todas las funciones asistenciales incluidas en la Cartera de Servicios, nos planteamos analizar el proceso desarrollado, así como las no conformidades detectadas y los aspectos positivos y negativos identificados.

No existe conflicto de intereses.

LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000 UNA HERRAMIENTA EFICAZ EN LA FUSIÓN DE HOSPITALES

Hernando-Uzkudun A, Zurutuza P, Oyarzabal D, Lezama E, Larrañaga MV, García I, Díez L

Hospital Donostia.

C-099

Palabras clave: ISO Proceso Consulta.

Objetivos: Dentro de los procesos clave del Hospital el más frecuente es la Consulta Externa, por lo que se considera de vital importancia que su funcionamiento sea homogéneo en todas las áreas. Para lograrlo se plantea como objetivo sistematizar la gestión de la Consulta Externa utilizando como herramienta la ISO 9001:2000.

Métodos: En primer lugar se formó un equipo de trabajo con profesionales pertenecientes a los tres centros, incluyendo un responsable de dirección y otro de calidad. Se nombró un propietario del proceso y se comenzó a trabajar del siguiente modo: a) definición de clientes y misión. b) alcance y límites del proceso. c) representación del mapa de procesos de la propia consulta y diagrama de flujo. d) definición y desarrollo de la documentación. e) diseño de indicadores para realizar el seguimiento.

Resultados: Se ha conseguido elaborar un procedimiento único para la prestación y control de calidad de la Consulta Externa, así como una serie de procedimientos operativos e instrucciones técnicas comunes a todas las áreas incluidas en el alcance del sistema de gestión. Se ha diseñado una aplicación informática para la gestión documental con el propósito de tener la documentación actualizada y accesible en todo momento. Esta misma aplicación dispone de un apartado para el registro de las No Conformidades, tanto derivadas del propio proceso como de desconformidades con servicios y productos prestados por los proveedores internos del hospital, como la dirección de Personal, el servicio de Mantenimiento o el Archivo de Historias Clínicas. Los indicadores que se han diseñado incluyen la medición de aspectos relacionados con cantidad, calidad y plazo en la prestación del servicio de consultas. Los indicadores de demoras en la atención, como es lógico, están incluidos en el sistema de revisión, aunque se han añadido otros más específicos. Los indicadores que podrían considerarse más novedosos serían los relacionados con la medida de la accesibilidad a la cita de una forma objetiva, es decir a través de la observación directa y otro relacionado con la calidad de la consulta como es el cumplimiento del plan terapéutico. También se han diseñado indicadores para evaluar el servicio de algunos proveedores clave para este proceso como es el archivo de Historias Clínicas.

Conclusiones: El trabajo realizado por el equipo ha permitido fusionar la gestión del proceso de la Consultas Externa de forma; incruenta permitiendo conjuntar las mejores ideas de todos. Trabajar de forma homogénea en las diferentes consultas y admisiones de consultas, es decir disminuir la variabilidad. Tener los procedimientos actualizados en todo momento. Facilitar el trabajo al personal de nueva incorporación. Involucrar directamente a la dirección en la revisión de los indicadores, incidencias y no conformidades que dificultan el cumplimiento de la misión del proceso y poner en marcha las actividades correctivas y preventivas de una manera más ágil. En definitiva consideramos que la utilización de la herramienta ISO para la gestión del sistema de calidad de las Consultas Externas sirve para simplificar el trabajo de todos los profesionales y dar un mejor servicio a los pacientes.

EL CAZADOR CAZADO O LAS VIVENCIAS DE CERTIFICAR A UN EVALUADOR

Ferrer JM, Hilarión P, Suñol R

Fundación Avedis Donabedian.

C-101

Palabras clave: Acreditación. Certificación ISO. Evaluación externa.

Objetivos: La Fundación Avedis Donabedian (FAD) es una fundación privada sin ánimo de lucro que desde hace catorce años dedica sus esfuerzos a colaborar con Administraciones y Organizaciones sanitarias, sociosanitarias y sociales y con sus profesionales, en su empeño por la evaluación y mejora de la calidad de sus servicios. Tras evaluar mediante indicadores de calidad externos más de 500 organizaciones, estimamos oportuna la apuesta por obtener una certificación del sistema de evaluación de calidad externa mediante indicadores consensuados. El Objetivo es prepararse para la acreditación como entidad de inspección por parte de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) con la finalidad de certificar el Departamento de Evaluación Externa de la Calidad Sanitaria y Social de la FAD.

Métodos: En el último año, se ha revisado la norma de acreditación UNE-EN-45004 sobre los requisitos que deben cumplir las entidades de inspección. Se ha designado el responsable de Calidad, elaborado el Manual de Calidad, formalizado los procedimientos de inspección y realizando la auditoría de evaluación.

Resultados: En relación a la estructura: el Manual de Calidad está en su tercera versión y se redactaron 15 procedimientos (8 sobre el Sistema de Gestión de la Calidad y 7 sobre actividades propias de evaluación externa de la calidad). En relación al proceso: tras una primera etapa de dificultades de comprensión de la norma (muy diferente a nuestro lenguaje profesional habitual), hemos pasado por la tentación de acortar el camino y realizar una preparación superficial, hasta hacernos conscientes de lo que predicamos: que hacer las cosas bien a la primera resulta mucho más coherente y enriquecedor, aunque no está exento de esfuerzo. En cuanto al resultado: la visita preliminar de ENAC nos hizo madurar en el proceso y nuestra auditoría interna nos regaló con algunos aspectos que aún han de mejorarse. En las próximas semanas vamos a someternos a la visita final de acreditación.

Conclusiones: La búsqueda de certificación es una experiencia aleccionadora para toda empresa comprometida con la mejora de la calidad. Es sin duda una forma de vivir la calidad y una oportunidad de revisar y mejorar los procesos de trabajo internos. Sin duda, la experiencia nos ayuda a aplicarnos las recetas de la calidad (cúrate a ti mismo) y nos aporta una buena dosis de humildad para sentir mejor el esfuerzo que las organizaciones que evaluamos realizan a diario por mejorar sus servicios.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL SEGÚN LA NORMA UNE-EN-ISO 14001 EN UN HOSPITAL

Tornero A, Ballesteros L, Gámez A

C-102

Palabras clave: Gestión medioambiental. Acreditación.

Objetivos: 1) Reducir aspectos medioambientales significativos. 2) Cumplimiento de la legislación medioambiental vigente. 3) Mejora continua con respecto a cuestiones medioambientales.

Métodos: 1) Análisis y cuantificación de los consumos y emisiones que se producen en el Hospital con establecimiento de indicadores (residuos, ruidos, vertidos a la red de saneamiento, elaborados a partir de unos criterios con unos umbrales de magnitud, gravedad, signo y probabilidad de frecuencia de ocurrencia que permiten calcular su significación y su seguimiento. 2) Inventariado de la legislación medioambiental vigente con actualización permanente de la misma. 3) Creación de un sistema de registro y seguimiento de "no conformidades" y acciones correctoras y/o preventivas además de cualquier comunicación Medioambiental que se produzca.

Resultados: 1) En los indicadores para cuantificación con emisiones (nivel de vertidos a la red de saneamiento, nivel de ruido y emisiones atmosféricas) se cumple la legislación con emisión de un informe por un organismo de control autorizado (OCA). 2) Verificación y chequeo anual de cumplimiento de toda la legislación, en todos sus requisitos. 3) Detección de errores que no se detectaban anteriormente con obligación de establecer acciones correctoras, fijando fechas para su cumplimiento y haciendo un posterior análisis de la eficacia de dichas acciones. 4) Certificación AENOR de Gestión Medioambiental desde el pasado 2 de agosto de 2002.

Conclusiones: La Política medioambiental en el Hospital Alto Guadalquivir marca los objetivos y metas medioambientales, para así establecer las líneas de mejora para el futuro. Este objetivo hace que todas las personas que trabajamos en él actuemos según estas premisas y animemos a los usuarios y visitantes para que las sigan, de forma que nuestro Centro sea reconocido por la alta calidad de los servicios que proporciona y por hacerlo de una manera respetuosa con el medio ambiente.

NORMA ISO 9001:2000 ¿ES DE UTILIDAD EN LA GESTIÓN DE PROCESOS EN UN HOSPITAL?

García-Urbaneja M, Chueca-Ajuria A, Carrascosa T, López-Urrutia A, Martínez-Bengochea MJ, Zabalza I

C-104

Palabras clave: Gestión Procesos.

Objetivos: Desplegar la Gestión por Procesos en un hospital, aplicando la Norma ISO 9001:2000.

Métodos: Mediante técnicas cuantitativas de consenso, a través de equipos de trabajo, se ha diseñado e implantado un sistema certificable (requisitos de la Norma ISO 9001:2000) para el hospital con un alcance actual para cinco procesos: Gestión de los estudios citológicos, histológicos y autopsias, Gestión de la transfusión de hemoderivados, Gestión de las pruebas de diagnóstico biológico, Gestión de la terapia anti-neoplásica y Gestión de la atención farmacéutica a pacientes externos.

Resultados: Hemos diseñado el Sistema de Gestión de la Calidad que sirve de marco a la gestión por procesos, aplicando o no la Norma ISO (Manual de calidad). Para cada uno de los procesos, de nuestro alcance, se han definido sus interacciones, la forma en que vamos a gestionar las relaciones con otras actividades del hospital que están influyendo en los resultados de estos procesos (Manuales de proceso). Así mismo se ha definido para cada proceso el objetivo-misión, clientes, entradas y salidas, requisitos del cliente, técnicos y normativos, actividades y sus responsables, e indicadores para su control (Fichas de proceso).

Conclusiones: Como cualquier otra Norma la ISO 9001:2000, tiene un margen de interpretabilidad al aplicarla. Nuestro "sesgo" ha ido orientado a la Gestión por y de procesos. Nuestro modelo nos está siendo de utilidad para gestionar los procesos definidos en nuestro alcance. Para ampliar el despliegue de la Gestión por procesos a procesos asistenciales será necesario conocer otras experiencias en este sentido.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CAPACITACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL OBSTÉTRICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO, MÉXICO

Muñoz-Juárez S, Ortiz-Espinosa RM, Allen-Leigh B

C-103

Palabras clave: Calidad. Percepción. Usuario.

Objetivos: Evaluar el impacto de una intervención de capacitación en la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA-1993, en la calidad de la atención de los servicios de obstetricia, desde la perspectiva de la usuaria en el Hospital Obstétrico de los Servicios de Salud de Hidalgo, México.

Métodos: El diseño fue de tipo cuasi-experimental, con mediciones antes y después; la intervención consistió en la capacitación de la Norma Oficial Mexicana para la atención y control del embarazo, parto y puerperio, la cual establece los procedimientos para su atención y control en todo el país. La intervención estuvo dirigida a todo el personal médico y de enfermería del hospital. Se evaluó la calidad de la atención de los servicios a través de la aplicación de una encuesta confidencial y voluntaria a las pacientes hospitalizadas antes de la intervención y después de la misma, en el periodo diciembre 2001- enero 2002, el tamaño muestral fue a conveniencia por lo que se incluyeron a todas las pacientes atendidas por eventos obstétricos en el periodo de estudio.

Resultados: El total de encuestadas fue de 352; en la preintervención fue de 122 y 230 en la post-intervención. El principal motivo de ingreso fue por parto (53,45%), cesáreas (28,9%), legrado uterino (7,1), amenaza de parto prematuro (7,45%) y atención de parto pretérmino (3,1%). Con respecto a la evaluación de la calidad, la prevalencia de percepción de mala calidad previa a la intervención fue de 7,38% y en la post intervención de 2,61% ($P = 0,03$). Las variables que influyeron en la mala calidad fueron: la percepción de largo tiempo de espera para la hospitalización, ésta fue significativamente diferente ($P = 0,0011$) en la preintervención con respecto a la postintervención (16,39% vs. 10%). La complicación del trámite para ingresar al hospital, en la preintervención fue de 19,67% vs. 15,22% al final ($P = 0,014$). El maltrato del personal médico se comportó diferente (11,48% vs. 2,17%), ($P = 0,011$). El riesgo relativo (RR) de percepción de mala calidad posterior a la intervención fue de ($RR = 0,35$ IC95% 0,12-0,97).

Conclusiones: Los resultados demuestran que una intervención como la realizada es capaz de elevar los índices de percepción de buena calidad, observando diferencias estadísticamente significativas en varios aspectos en la evaluación basal comparados con la evaluación posterior a la intervención. Los elementos de capacitación en el personal parecen tener un efecto positivo en la mejora de la calidad de la atención que la institución otorga.

NUOVO MODELO DE ACREDITACIÓN CATALÁN: PROCESO METODOLÓGICO Y ESTRUCTURA FINAL

Oliveras MFrias JC, Guzmán R, Tirvió C, López ML

C-105

Palabras clave: Acreditación. Modelo EFQM de Excelencia. Grupo de consenso.

Objetivos: Promover un nuevo modelo válido para todo tipo de organización sanitaria a partir de las siguientes premisas: 1) Seguimiento de la filosofía y estructuración del modelo Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) de Excelencia. 2) Establecer unos estándares de evaluación objetiva, inspirados en la revisión de los diferentes modelos de acreditación de reconocida experiencia. 3) Adaptación del nivel de exigencia a la cultura propia y reconocimiento del sector sanitario catalán. 4) El órgano acreditador es el DSSS, pero las auditorías externas son realizadas por entidades evaluadoras. 5) Vincular los resultados a la compra de servicios.

Métodos: 1) Composición y funciones de los órganos que participan en el proyecto: a) DSSS: la Dirección General de Recursos Sanitarios (DGRS), la Subdirección General de Servicios Sanitarios y el Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación. b) Departamento de Trabajo, Industria, Comercio y turismo (DTICT): Centro Catalán de la Calidad del Centro de Innovación y Desarrollo Empresarial (CIDEM). c) Consejo asesor de calidad asistencial. d) Dirección técnica del proyecto. e) Asesor a la dirección técnica. f) Coordinación operativa del proyecto. g) Grupo de consenso. h) Participantes en la prueba piloto. 2) Reuniones de trabajo y aprobación de resultados. 3) Prueba piloto. 4) Ajuste final del modelo.

Resultados: Se expondrá la estructura del modelo aprobado finalmente y los estándares esenciales para la acreditación.

Conclusiones: Garantiza una participación amplia del sector y expertos. Integra la experiencia propia y ajena de otros sistemas de gestión de la calidad. Posible referente para el sector sanitario. Permite la comparabilidad entre distintos centros sanitarios. Flexible y adaptable a las distintas tipologías de los centros sanitarios y al paso del tiempo.

APLICACIÓN DEL PROGRAMA ANDALUZ DE ACREDITACIÓN DE CENTROS EN EL CENTRO DE SALUD DE CAMAS (SEVILLA)

Santana V, Tarilonte MA, Páez JM, Marín M, Martín C
Agencia de Calidad Sanitaria, Andalucía.

C-106

Palabras Clave: Accreditation. Continuous quality management. Quality indicators.

Objetivos: Analizar el impacto de la aplicación práctica en un centro de atención primaria, del programa andaluz de acreditación de centros en la detección de espacios de mejora y puesta en marcha de acciones dirigidas al desarrollo de la organización con la máxima implicación de los profesionales.

Método: El Manual de Estándares de Centros (ME 2 1_02), consta de 276 estándares. Es accesible a profesionales y ciudadanos desde la web: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria. Comprende estándares definidos a partir de referencias de otros modelos (EFQM, JCAHO...), elementos característicos del SSPA (LGS, II Plan Andaluz de Salud, Plan Marco de Calidad y Eficiencia, Plan Estratégico del SAS, Contratos Programa, mejores prácticas, Guía de Diseño y Mejora de Procesos Asistenciales...) y del Marco Legislativo Nacional. En su diseño han participado profesionales y directivos del Sistema Sanitario Público Andaluz, a través de Comités Técnicos Asesores. Se establecen las siguientes fases, soportadas todas ellas en la aplicación ME_jora 1.0 con acceso web, que gestiona todo el proceso para la Agencia y los centros.

Preparación: Visita previa de la Agencia al Centro. Entrega de documentación y cronograma previsto. Solicitada vía WEB. Designación de responsable interno del proceso de acreditación. Visita de presentación al equipo directivo y a los profesionales.

Enfoque interno: Autoevaluación. Designación por el Centro de los Grupos de autoevaluación y Mejora. Entrenamiento con el módulo de Autoevaluación de ME_jora 1.0. Registro de evidencias positivas, identificación y gestión de las áreas de mejora y cumplimiento según ciclo PDCA. Informe de Autoevaluación.

Enfoque externo: Evaluación externa.

Resultados: Se han constituido 9 Grupos de Autoevaluación y Mejora, en los que participan 29 personas. El porcentaje de cumplimiento general alcanzado es del 74,33%, destacando los criterios de Gestión de Procesos Asistenciales, Actividades de Promoción y Programas de Salud, Resultados clave y Dirección, con cifras superiores al 80%. Se han identificado 334 evidencias positivas y se han detectado 179 áreas de mejora. Se ha planificado la resolución del 46% de las áreas de mejora detectadas (consiguiéndose durante la autoevaluación un 10% de las mismas). Estas áreas se han distribuido entre 31 responsables (participación superior al 76%).

Conclusiones: El Manual de Estándares propicia un lenguaje común entre profesionales, gestores y ciudadanos y actúa como canal de comunicación de los contenidos del Plan de Calidad de la Consejería de Salud. La cumplimentación de la autoevaluación en entorno web permite agilizar y simplificar su realización incorporando consultas online, posibilitando su seguimiento y actuando como herramienta de Gestión de la mejora permanente, y favoreciendo la comparabilidad (Cuadro de mando de la calidad). La aplicación ME_jora 1.0 contempla la difusión de ejemplos, referencias y mejores prácticas, impulsando la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizacional. El programa de Acreditación de Centros dinamiza a los profesionales y estimula la identificación de áreas de mejora de forma creciente.

ACREDITACIÓN HOSPITALARIA DE UN HOSPITAL CERTIFICADO ISO 9000:2000: RESULTADOS DE AUDITORÍA

Facio A, García-Dacosta P, Arantón L, Molina P, Sevilla R, Grandal J

Hospital Arquitecto Marcide.

C-108

Palabras clave: Acreditación. Normas ISO. Auditoría.

Objetivos: Analizar los resultados de una auditoría de acreditación en un hospital certificado

Métodos: Se analizan los resultados de una auditoría de acreditación del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide realizada en octubre de 2001 y las acciones desarrolladas para corregir las desviaciones detectadas. Así mismo se analizan las desviaciones detectadas en los programas de auditoría externa e interna del Complejo. Se realiza una comparación de las áreas fuertes y débiles detectadas en ambas líneas de actuación.

Resultados: El proceso de acreditación establece unas áreas débiles ya detectadas en las auditorías del Complejo. El número de áreas débiles es de 2, que se encontraban en fase de revisión en el sistema de aseguramiento. El número de desviaciones y notas de mejora establecidas en los programas de auditoría han sido: año 1999 (14 y 8), año 2000 (6 y 10), año 2001 (3 y 6) y año 2002 (1 y 3). En el año 2003 se realizó la auditoría de transición de la ISO 9002:94 a la ISO 9001:2000. Tras esta transición la totalidad de las recomendaciones establecidas en la auditoría de acreditación han sido cerradas. La revisión sistemática de la acreditación permite el mantenimiento de unos niveles de calidad aceptados por la entidad acreditadora. En nuestro caso el número de desviaciones detectadas es menor que el de otros hospitales de la red pública de nuestra comunidad autónoma.

Conclusiones: La acreditación hospitalaria garantiza unos niveles de calidad establecidos en nuestro caso por la autoridad sanitaria. La experiencia de nuestro centro permite confirmar que la acreditación de centros sanitarios se ve superada por el mantenimiento de sistemas de aseguramiento de la calidad. El seguimiento continuo a través de un programa anual de auditorías y la definición de áreas de mejora y su incorporación a la planificación estratégica de nuestra organización. La cuantificación de notas de mejora y desviaciones en estos dos sistemas muestra una mayor especificidad del sistema de aseguramiento. La existencia de un sistema de aseguramiento de la calidad garantiza el cumplimiento de los criterios de acreditación. La acreditación cubre de modo global la cartera de servicios del hospital, pero el dinamismo del mismo hace que los periodos inter acreditación puedan plantearse problemas que son detectados con más rapidez y por tanto solucionarse con mayor celeridad a través de un sistema de monitorización continua que está garantizado por el calendario de auditorías del centro.

APLICACIÓN DE LA NORMA UNE ISO 9001/2000 COMO SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE MADRID

Miquel-Gómez A, Mayol-Canas J, Galiano-Bravo M, Cornejo-García I, Morcillo-San Juan M, Garrido-Martín M

C-107

Palabras clave: Calidad Total ISO.

Objetivos: Aplicación de la Norma EN UNE ISO 9001/2000 al SUMMA 112. Desarrollo de un sistema de Gestión por Procesos. Aplicación de la Monitorización de Indicadores ligados a los procesos. Aplicación de la mejora continua a la Organización. Desarrollo de instrumentos para conocer y mejorar la satisfacción de los pacientes. Desarrollo de herramientas para favorecer la participación de los profesionales.

Métodos: Durante el año 2001 se realizó un Plan de Adecuación del Manual de la Calidad del O61 a la Norma UNE ISO 9001/2000. Se establecieron grupos con participación de profesionales. En diciembre del año 2002 se realizó una Auditoría Interna con la participación de 8 auditores nombrados por cumplir las características que se precisaban para ello. En marzo de 2003 se ha pasado una Auditoría Externa por Auditores de AENOR. La auditoría ha ido enfocada a la globalidad del Servicio revisando el funcionamiento del mismo y la adecuación al Manual de Calidad y a la Norma. El informe de Gestión del Sistema incluye el seguimiento, análisis y mejora continua de indicadores del funcionamiento del total del Servicio.

Resultados: Se definió el mapa de procesos del Servicio de acuerdo a la Norma con identificación de 31 procesos. Se diseñaron 27 procedimientos con participación de profesionales. La aplicación de la Norma y la Auditoría ha supuesto la revisión del funcionamiento de todas las Áreas (15 en total). La Auditoría Interna identificó 32 no conformidades que han originado sus correspondientes medidas correctoras. La Auditoría Externa ha identificado 8 no conformidades que han supuesto la puesta en marcha de 10 acciones correctivas y 2 acciones preventivas. Se ha revisado y mejorado la encuesta de satisfacción del usuario. El informe de Gestión del sistema ha supuesto el seguimiento mediante indicadores de 18 procesos y la puesta en marcha de acciones de mejora para las desviaciones encontradas.

Conclusiones: La aplicación de la Norma UNE ISO 9001/2000 permite el desarrollo de un modelo de Gestión de la Calidad Total incluyendo la implicación de la Dirección, la participación de los profesionales, la mejora continua de los procesos, y la satisfacción del cliente.

LECTURA HORIZONTAL DEL MODELO EFQM: APLICACIÓN AL EJE CLIENTES

Berros-Reinoso MA, Noceda-Fernández O, Bustos-Rodríguez JB, Fernández-Tamargo E, Herranz-González V, Vázquez-Valdés F
Hospital Monte Naranjo, Oviedo.

C-109

Palabras clave: EFQM; Ejes, Horizontalidad.

Objetivos: - Aumentar la comprensión del modelo a través de la lectura horizontal del mismo.

- Analizar la orientación al cliente en un centro de atención especializada.

- Elaborar memoria reducida para presentar a evaluación externa.

Métodos: - Identificación de los subcriterios que tienen una relación directa con el eje propuesto para el análisis.

- Aplicación de la metodología propia del modelo (Lógica Reder, evidencias de aprendizaje y mejora continua...)

- Elaboración de una memoria reducida para el eje clientes que fue sometida a evaluación externa por parte de un equipo perteneciente a la Red Asturiana de Evaluadores EFQM, de acuerdo a las instrucciones formuladas sobre contenidos por la Red de Evaluadores.

Resultados: - Se elaboró una memoria reducida de evaluación referida al eje transversal clientes.

- Realización de visita de evaluación por equipo de la Red Asturiana de Evaluadores reafirmando los resultados internos y reforzando los puntos fuertes y áreas de mejora.

- Mejora en la comprensión de la lógica del modelo al efectuar la evaluación y la lectura de forma horizontal por parte del equipo evaluador interno.

Conclusiones: 1) La visión del Modelo Europeo de Excelencia de un modo transversal favorece la comprensión del modelo y de la propia organización al vincular los distintos subcriterios en un aspecto concreto.

2) El valor añadido de la autoevaluación se incrementa al definir con mayor precisión las áreas de mejora identificadas y los planes de mejora resultantes.

MESA 15

Aprendizaje, innovación y mejora continua

INFLUENCIA DE LA IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DE LA TASA DE COMUNICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

C-111

García C, Miquel M, Pedrosa O, García I, Arilla M, Bolet E, Ventura R, Álvarez I, Gimeno G, Ugarte Sol, Andréu C, Polo C, Martínez J, Lacasa C
SCIAS Hospital de Barcelona.

Palabras clave: Errores. Medicación. Comunicación.

Objetivos: Estudiar la influencia de la mayor implicación de las enfermeras en el número anual de errores de medicación comunicados por escrito en un hospital de pacientes agudos.

Métodos: El estudio se ha realizado en un hospital de pacientes agudos (2002: 18.958 altas y 47.331 urgencias). Desde 1994 se registran los errores de medicación por un grupo de trabajo, aplicando medidas de mejora. Dispone de dosis unitaria informatizada (prescripción, validación y plan de medicación). En 2001 se comunicaban los errores a Farmacia (clasificación severidad A-I Coordinating Council on Prevention Medication Errors EE.UU.) y se analizaba con el grupo. En 2002 las enfermeras del grupo de trabajo los recogían. La ficha de comunicación la edita el ordenador con datos del paciente y nombre del que comunica especificando tipos de error, severidad, causas y medidas de mejora. *Circuito:* 1) Si el error precisa tratamiento urgente se avisa al médico de guardia y se controla al paciente. 2) Se rellena la hoja de comunicación, y la persona del grupo las recoge y se analiza "in situ". 3) Se analizan por el grupo cada mes aplicando medidas de mejora. 4) Se registran en una base de datos Filemaker 5.5.

Resultados: La diferencia entre las tasas de error entre 2001 y 2002 es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 44$, $p < 0,001$).

	2001	2002
Nº de errores comunicados	143	275
Tasa de error	0,028%	0,055%
Nivel de severidad:		
A: Circunstancias potencial error	18	18
B: Error que no llega al paciente	19	91
C: Llega al paciente sin lesión	52	97
D: Llega al paciente y observación	42	48
E: Tratamiento y lesión temporal	9	13
F: Precisa hospitalización	1	5
Igual o > G	2	3

Persona que comunica	2001 (%)	2002 (%)
Enfermería	42,6	54,9
Farmacéutico	6,4	19,6
Médico	6,4	4,8
Paciente	0	0,7
Comunicador desconocido	44,6	20

Conclusiones: 1) Ha aumentado significativamente el número de errores comunicados y la tasa de error por comunicación y ha mejorado la calidad del registro. 2) Está consolidado el sistema de medida y de evaluación y se aplican las medidas de mejora de forma sistemática con un elevado grado de concienciación, entendiendo el error como una oportunidad de mejora de la calidad y no como objeto de castigo.

COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS: UNA APUESTA POR LA CALIDAD EN EL ENTORNO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

C-110

García P, Cortijo S, Goyache MP, Herreros de Tejada A
Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Optimizar el circuito de prescripción-elaboración-administración de fármacos citostáticos entre el Servicio de Farmacia (SF) y Hospital de Día de Oncología Médica (HDOM) para mejorar la calidad de la asistencia en pacientes oncológicos y al mismo tiempo disminuir el gasto.

Métodos: Dentro de las propuestas de coordinación entre el SF y HDOM, se acordó que los médicos, adelantaran en turno de tarde la prescripción de los ciclos que previsiblemente se administrarían al día siguiente, con el fin de que en el SF se validaran a primera hora de la mañana, para reducir demoras en el circuito. Además, se acordó que la enfermera coordinadora del HDOM confirmara telefónicamente aquellos ciclos que realmente se iban a administrar, a diferencia del sistema anterior en el que se elaboraba toda prescripción recibida en el SF. Durante el mes de abril de 2003, se realizó un estudio en el que se recogió el número de ciclos no elaborados y su coste económico, el ahorro en tiempo de elaboración, la disminución del tiempo de demora entre la confirmación del ciclo y la elaboración y la satisfacción del paciente, comparado con los datos de un estudio previo.

Resultados: Como consecuencia de esta coordinación se evitó la elaboración de un total de 296 preparaciones con un coste de 138.875?. Se ahorró una media de 30 minutos diarios en la elaboración, así como se disminuyó una media de 45 minutos el tiempo de demora entre confirmación y administración, y se mejoró la valoración del paciente al disminuir el tiempo de demora.

Conclusiones: La coordinación entre Servicios ha permitido mejorar tanto la calidad de la asistencia prestada, como la opinión del paciente oncológico respecto a ésta, reduciéndose al mismo tiempo el gasto farmacéutico.

LA GESTIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS.

C-112

Alerany C, Campany D, Monerde J
Hospital Universitario Vall d'Hebrón

Palabras clave: Gestión de la prescripción. Problemas relacionados con los medicamentos.

Objetivos: Valorar el impacto de un programa de intervención farmacéutica sobre la calidad de la prescripción y la disminución del coste farmacéutico.

Métodos: Se ha realizado el estudio de las intervenciones farmacéuticas realizadas durante los años 2001, 2002 y primer trimestre del 2003 en el Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Diariamente se lleva a cabo la revisión diaria y sistemática de todas las prescripciones realizadas mediante el sistema de dispensación en dosis unitarias. Cualquier desviación detectada es comunicada al médico prescriptor, insertando un comentario escrito en la orden médica preimpresa, sugiriendo las modificaciones o las medidas correctoras a tomar. Se han analizado los siguientes parámetros: dosis prescrita, intervalo posológico, interacciones farmacológicas, vía de administración, duración del tratamiento, alergia al fármaco, disponibilidad del principio activo en la GFT. Según el objetivo de la intervención éstas se han clasificado en dos grandes grupos: optimización del tratamiento farmacológico y actuaciones de prevención de riesgo.

Resultados: Se han estudiado 359 intervenciones farmacéuticas, correspondientes a los años 2001, 2002 y primer trimestre del 2003, detectándose los siguientes problemas relacionados con la prescripción: 45,2% medicamentos no incluidos en GFT, 14,1% error de dosis, 10,1% error en el intervalo de dosificación, 10,1% error en la vía de administración, 7,6% duplicidad terapéutica, 4,6% excesiva duración del tratamiento, 4% alergia al fármaco prescrito, 1,6% interacción entre fármacos. Del total de actuaciones farmacéuticas un 76% fueron de optimización y un 24% preventivas. Las actuaciones farmacéuticas destinadas a optimizar el tratamiento farmacológico han sido: 43,6% sustitución de medicamentos no incluidos en la GFT, 26,1% ajuste de dosis a las necesidades del paciente, 14,9% suspensión del medicamento, 10,6% cambio a una vía de administración más eficiente, 2,1% cambio a un medicamento más eficiente o más efectivo, 0,5% inicio de un tratamiento. Las actuaciones preventivas fueron: 49% para evitar efectos adversos, 29% para pasar a una vía de administración más segura, 11% para prevenir posibles reacciones alérgicas, 5,8% para evitar interacciones entre medicamentos, 4,3% para confirmar la prescripción. El estudio sobre el impacto económico de las intervenciones realizadas da como resultado que se han evitado unos costes directos, sin contar con los costes derivados del tratamiento de los efectos adversos evitados, de 18.000? aproximadamente. Fueron aceptadas el 95% de las propuestas de modificación de la prescripción.

Conclusiones: La gestión de la prescripción mediante la intervención farmacéutica tiene un impacto positivo sobre la calidad de la prescripción y sobre los costes farmacéuticos.

VARIABILIDAD Y EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Carrasco G, Pallarés A, Alonso M
SCIAS Hospital de Barcelona.

C-113

Palabras clave: Gestión Clínica. Evidencia científica. Variabilidad.
Objetivos: Evaluar la variabilidad de las decisiones de clínicos y gestores europeos frente a problemas de gestión de la calidad.

Métodos: Diseño: Encuesta electrónica anónima. Instrumentos: Cuestionario de 50 ítems (16 ítems relativos a la disponibilidad de recursos y equipamientos y 34 ítems sobre la práctica diaria en procedimientos médicos y de enfermería) relativos los veinte problemas clínicos más frecuentes en la práctica asistencial. Muestra: veinticinco clínicos y veinte gestores de países de la Unión Europea seleccionados aleatoriamente de una lista de correo internacional. Intervenciones: ninguna. Cálculo de variabilidad: coeficiente de variación (CVC) resultante de dividir la desviación estándar por la media aritmética de los resultados. Variable principal de valoración (End point primario) = Correlación entre las soluciones propuestas y la evidencia científica en que se basaron. Estadística: intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Únicamente 10 estudios relevantes apoyaron las prácticas propuestas mientras que siete aportaron resultados contrarios a su indicación. No se observó correlación estadísticamente significativa entre la existencia de evidencia científica y el grado de variabilidad ($r^2 = 0,11$; $p = 0,001$) Aunque el CVC fue mayor en aquellas prácticas que no se apoyaban en la literatura médica (CVC: 0,53; IC95% 0,33-0,73) que en aquellas basadas en datos experimentales (CVC: 0,42; IC95% 0,16-0,67), esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,31$). La variabilidad entre los gestores fue significativamente mayor (CVC: 0,69; IC95% 0,55-0,87) que entre los clínicos (CVC: 0,29; IC95% 0,15-0,37; $p < 0,001$)

Conclusiones: Los resultados confirman la hipótesis de que existe mucha más variabilidad en las prácticas y menor fundamento científico entre los gestores que entre los clínicos europeos.

CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN UN SERVICIO DE ORL

Jiménez-Muñoz AB, Cantero-Caballero M, Duran E, Ruano MJ, Pontejo L, Rodríguez-Pérez P

C-115

Palabras clave: Errores de medicación. Calidad.

Objetivos: Evaluar un programa de intervención para la prevención de errores de transcripción y de prescripción en las órdenes de tratamiento de un servicio quirúrgico de un hospital terciario.

Métodos: Estudio cuasi-experimental antes-después. Se realizan dos cortes transversales (uno en septiembre 2002 y otro en enero 2003), separados por una intervención educativa y por la introducción de una hoja de prescripción conjunta médicos-enfermería. Un grupo multidisciplinar analiza las órdenes médicas, la forma de prescribir de acuerdo con las normas internacionales y los errores producidos por la transcripción. La unidad de muestreo fue la estancia hospitalaria.

Resultados: Del análisis de la prescripción: Uso nombre comercial previamente 56,2% posteriormente disminuye hasta el 39,1% ($p = 0,09$); Abreviatura nombre fármaco previo se utilizaba en un 8,3% de las órdenes, posteriormente 0% ($p = 0,117$). Ambigüedad / ausencia vía administración pasa del 39,6% al 15% ($p = 0,003$). También disminuyen las Ambigüedades/ausencia en los horarios de administración de 12,5% a 2,2% ($p = 0,111$) mientras que Ambigüedad/ausencia en las dosis aumentó del 18,7% al 23,1% ($p = 0,65$). La firma del médico que prescribe previamente faltaba en un 18,2% de las órdenes, posteriormente aparecía en todas las analizadas. Del análisis de la transcripción: Se encontró transcripción ambigua nombre medicamento en un 6,2%, transcripción ambigua de dosis 9,4%, de vía 9,4%, y de horario 10,9%. Además hubo un 14,1% de medicamentos no transcritos aunque figuraban en la orden médica. Posteriormente desaparecen estos errores al eliminarse el proceso de transcripción. Sin embargo se observaron faltas en las fechas de administración de enfermería 25% (previo 0, $p = 0,217$) y en la firma de alguno de los turnos (58,3%). De la media de errores por estancia:

	MEDIA		DS		IC al 95%		p
	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	
Médicos	5,91	2,75	2,95	2,05	3,93-7,89	1,45-4,05	0,007
Enfermería	3,82	0,92	4,14	1,0	1,03-6,60	0,28-1,55	0,045

Conclusiones: 1) Queda demostrada la utilidad de la hoja de prescripción conjunta, ya que se observa una disminución estadísticamente significativa de la media de errores por historia clínica. 2) Existe una disminución global de desviaciones con respecto a las normas internacionales de prescripción.

UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRINGIDO EN UN HOSPITAL DE 235 CAMAS SIN UCI

Hidalgo-Pérez E, Fernández-Fernández C, Mata-Peón E, García-Mañana M

C-114

Palabras clave: Antibióticos. Prescripción. Adecuación.

Objetivos: Conocer las indicaciones clínicas en las que se prescribe Vancomicina, Imipenem y Piperacilina; Tazobactam, valorar su adecuación y detectar posibles causas cuando la prescripción resultara inadecuada.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Fuente de datos: historia clínica. Durante el periodo de enero a diciembre de 2002 una enfermera del equipo de control de la infección, revisó diariamente la hoja de tratamiento cumplimentada por el clínico. La adecuación del uso de Vancomicina se valoró según el documento de recomendaciones de los CDC previamente difundido por la Comisión de Infecciones a los servicios clínicos que también disponían de información sobre la tasa de SARM en el hospital. El equipo de control de infección del hospital contactó con el médico responsable de la prescripción en el momento de su detección.

Resultados: En 2002 se prescribieron los fármacos a estudio a un total de 59 episodios correspondientes a 57 pacientes. La indicación fue en un 56% para tratamiento de infección documentada y en un 44% tratamiento empírico. Por fármacos, la distribución fue la siguiente: Vancomicina a 26 pacientes, Imipenem a 15 y Piperacilina Tazobactam a 18. Las indicaciones de Vancomicina fueron: 11 infecciones por *Staphylococcus spp.* meticilín resistente (9 heridas, 2 bacteriemias por catéter central), y 15 uso empírico (4 profilaxis quirúrgica por alergia a penicilina, 5 heridas, 2 fiebre, 1 bacteriemia por catéter, 1 endoftalmítis, 1 celulitis, 1 endocarditis). Las indicaciones de Imipenem fueron: 8 infecciones respiratorias (6 *Acinetobacter baumannii*, 2 *Pseudomonas aeruginosa*) y 7 tratamientos empíricos (3 infección intraabdominal, 1 sepsis, 1 herida quirúrgica, 1 celulitis, 1 EPDC). Las indicaciones de Piperacilina Tazobactam fueron: 14 infecciones por *Pseudomonas* multirresistente (9 respiratorias, 3 ITU, 2 intraabdominales) y 4 tratamientos empíricos (3 infecciones intraabdominales, 1 úlcera vascular). Se consideraron inadecuadas 13 prescripciones (50%) de las 26 realizadas de modo empírico: 9 Vancomicina, 3 Imipenem, 1 Piperacilina-Tazobactam.

Conclusiones: La Vancomicina es el antibiótico de uso restringido que más debe mejorar su prescripción empírica en nuestro hospital. En los casos de indicación inadecuada se detectó un desconocimiento de la tasa local de SARM y del documento de recomendaciones de uso, así como la aplicación de protocolos procedentes de distintas sociedades científicas como base de la prescripción empírica.

¿MEDICAMENTOS CADUCADOS EN LOS BOTIQUINES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA? ¿QUÉ HACEMOS?

Torres R, Aguirre MA, Cuadra MC, Cano MD, Postigo E, López A
Hospital Can Misses, Ibiza.

C-116

Objetivos: Disminuir la presencia de medicamentos caducados en los botiquines de los centros de Atención Primaria (AP), problema priorizado en primer lugar por la Comisión de Calidad del Área.

Métodos: Se crea un grupo de mejora de la calidad para el diseño y puesta en marcha de una intervención encaminada a corregir el problema. Las causas fueron analizadas mediante un diagrama de Ishikawa. Posteriormente se elabora un plan de acción con medidas correctoras para cada causa, el responsable y el cronograma de actuación. Se establece un indicador de calidad para evaluar la presencia de medicamentos caducados en los centros de las cinco Zonas Básicas (ZBS). Se revisan los botiquines de los 5 Centros de Salud (que comparten 3 Servicios de Urgencias) y 11 Unidades Básicas.

Resultados: Fueron identificadas las siguientes causas, agrupadas por apartados: a) Almacén: espacio físico insuficiente y cajetines inadecuados. b) Mantenimiento del botiquín: caducidades sin revisar y mala colocación (caducidades mezcladas). c) Medicación: stocks excesivos, medicamentos de poco consumo y otros fuera del control de enfermería. d) Normativa: desconocimiento e incumplimiento. Las medidas correctoras para cada apartado fueron: a) Organización del espacio disponible y petición del mobiliario adecuado. Adquisición de cajetines con separadores. b) Colocación de los lotes de medicamentos según la caducidad. Revisión mensual por el responsable del botiquín. Supervisión por el farmacéutico. c) Establecer cantidades de referencia para cada botiquín de mayor consumo. Informar al resto de su consumo medio mensual. Eliminar de los botiquines los medicamentos no incluidos en el formulario. d) Difusión de una hoja resumen con normas de colocación y revisión de la medicación. Inclusión de un indicador en los Contratos de Gestión ligado a la obtención de incentivos. La media por botiquín de especialidades farmacéuticas de las que había alguna unidad caducada fue: ZBS I: 0; ZBS II: 2; ZBS III: 3; ZBS IV: 1,6; ZBS V: 6; Área: 2,1

Conclusiones: No es suficiente la existencia de una normativa para evitar la presencia de medicamentos caducados en los botiquines de AP. Las causas son multifactoriales, si bien las medidas correctoras priorizan el correcto almacenamiento y la revisión periódica de la medicación, relacionando su cumplimiento con la obtención de incentivos del centro. Es necesario seguir monitorizando este problema.

ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

C-117

Raga A, Cia A, Mateo M, Fuster R

Objetivos: Autoevaluar la calidad del sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitarias (SDMDU) en el Hospital Marina Baixa.

Método: El SDMDU se encuentra informatizado. El personal auxiliar transcribe las órdenes médicas (OM) al ordenador y este proceso se supervisa y controla por el farmacéutico, así como el perfil farmacoterapéutico. Se ha revisado durante cuatro semanas las OM correspondientes a 24 camas en dosis unitarias elegidas al azar, pertenecientes a los Servicios de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología. El registro de datos se realiza mediante un impreso normalizado. Se evalúan las intervenciones realizadas por el farmacéutico y el porcentaje de errores en el llenado de carros. Se han revisado 24 cajetines al día durante 20 días (480 cajetines).

Resultados: Se han recibido 838 OM. En el 5,01% se omiten datos de identificación del paciente. Los datos que con más frecuencia faltan en las OM son: alergias (50,11%), dosis del medicamento (48,10%), forma farmacéutica (54,29%) y vía de administración (44,87%). Los errores detectados en la transcripción de las prescripciones son: medicamento omitido (3,10%), medicamento incorrecto (3,58%), frecuencia incorrecta (3,70%) y dosis incorrecta (2,50%). Intervenciones farmacéuticas: duración incorrecta tto (70%), sustitución de medicamentos (24%), vía incorrecta (3%) y otros (3%). Llenado de carros: inspección de 1.751 medicamentos. El porcentaje de medicamentos incorrectamente preparados fue del 1,6% (Estándar: máx 2%); omitidos (0,97%); incorrectos (0,51%) y dosis incorrecta (0,11%).

Conclusiones: 1) La prescripción médica incompleta supone al personal de farmacia invertir un tiempo importante antes de su transcripción y validación. 2) La revisión del 100% de las OM por parte del farmacéutico ayuda a corregir el porcentaje de error en la transcripción, con su implicación en el llenado de carros y en última instancia en el paciente. 3) La monitorización de las OM por el farmacéutico contribuye a evitar duplicidades en los ttos, interacciones farmacológicas y adecuarlos a las dosis y regímenes terapéuticos más idóneos. Sin embargo, en la práctica diaria, la intervención terapéutica se trata de un parámetro infravalorado. Establecer un sistema que facilite la documentación de las intervenciones farmacéuticas (notificación y registro) sería de gran utilidad en la práctica de la atención farmacéutica. 4) El porcentaje de error de llenado de cajetines ha sido inferior al estándar máximo establecido (2%).

MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA. ¿SABRÍAN LOS FAMILIARES REALIZAR LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA?

C-119

Lukic A, García MI, Portolés A, Sánchez-Rubio J, Martín P, Placer L

Objetivos: El impacto de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) depende del número de personas entrenadas para aplicarlas. El grupo de mejora de calidad consideró la necesidad de mejora de la atención a la RCP valorando como punto de partida el nivel de conocimientos de los familiares de pacientes cardiopatas en RCP básica.

Métodos: Se han realizado hasta ahora 400 encuestas de forma anónima y asistida, entre familiares de pacientes cardiopatas de nuestra área hospitalaria, independientemente de la edad y el sexo, en abril y mayo de 2003 mediante un cuestionario de 10 preguntas con tres posibles respuestas, siendo solamente una válida. Se evaluó: la actitud ante una persona inconsciente, el orden en que deberían ser asistidas las funciones vitales, la conveniencia de liberar la vía aérea antes de iniciar la ventilación, reconocimiento del latido cardiaco, si se consideraban o no capaces de realizar maniobras de RCP, conocimiento del número de teléfono de atención "112" y la predisposición de aprender las maniobras de RCP.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 49 años, siendo un 43% de ellos varones. El 43% de los encuestados manifestaron ser capaces de atender inmediatamente a la víctima e iniciar las maniobras de RCP. La función respiratoria sería valorada en primer lugar en un 36% de los casos, considerando un 60% de los entrevistados necesario retirar los objetos de la cavidad bucal antes de iniciar la ventilación. Un 85% de ellos localizaría el pulso a nivel carotídeo. El 85% reconoce el número de atención urgente "112". Un 99% considera útil recibir una formación básica para actuar en situaciones de urgencia.

Conclusiones: Existe un grado insuficiente de conocimientos sobre la RCP cardiaca. Un alto porcentaje de familiares conoce el número de asistencia urgente 112. La mayoría de los familiares de pacientes cardiopatas cree necesario recibir una formación en maniobras de RCP básica. El hospital debe implicarse activamente en la divulgación de conocimientos sobre la RCP que mejoren los resultados en salud de la población atendida.

EFFECTIVIDAD DE LA RETROINFORMACIÓN SOBRE LA EFICIENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

C-118

López-Picazo JJ, Sánchez-Ruiz JF, Sanz JA, Rausell V, Sánchez F, Salas E
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Palabras clave: Efectividad. Prescripción. Atención Primaria.

Objetivos: Desde 1998, la Gerencia de Atención Primaria de Murcia envía información personalizada sobre la eficiencia de la prescripción (IPP) a sus médicos de familia (MF), como herramienta para la mejora de la calidad. Este informe se centra en el seguimiento mensual de la eficiencia de la prescripción de los principios activos con mayor potencial de ahorro mediante gráficos de Pareto y su acompañamiento por propuestas de mejora de prescripciones específicas y personalizadas, suponiendo que este proceder es capaz de producir y mantener dinámicas de mejora. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de este sistema de IPP en la mejora de los hábitos eficientes de prescripción de los MF.

Métodos: *Diseño:* Estudio de intervención cuasi-experimental 1998-2001 para valorar la efectividad del IPP, mediante la creación de dos grupos (experimental y control) y 4 determinaciones anuales en el bimestre Mayo-Junio (antes del IPP y anualmente después: corto, medio y largo plazo). *Sujetos de estudio:* Prescripciones de los MF de la Región de Murcia existentes antes del IPP, que continúan hasta finalizar el estudio y sin ausencias superiores al 10% en cada medición. *Formación de los grupos.* *Intervención:* Los MF de la Gerencia de Murcia reciben el IPP y forman el grupo experimental (GE). El resto no, y forman el grupo control (GC). Valoramos 4 indicadores: Ahorro potencial y eficiencia específica en Omeprazol, Enalapril y Ranitidina.

Resultados: Se incluyen 194 MF en GE y 94 en GC. El GE obtuvo mejoras a corto/medio plazo en eficiencia específica, pero no demostró diferencias en su evolución global respecto al GC. En el análisis estratificado, los MF del GE con consulta programada habitual y pocas interconsultas, factores relacionados con una mayor eficiencia, resultaron influenciarse significativamente más por el IPP.

Conclusiones: El IPP no ha sido una herramienta efectiva a nivel global para mejorar la eficiencia de la prescripción, aunque los MF con mayor eficiencia en la prescripción se influyen más que el resto. La información suministrada exclusivamente por escrito y no solicitada contribuye poco a modificar la prescripción. Para que sea efectivo debe modificarse el IPP, introduciendo 1) la revisión por pares, 2) aspectos no centrados en la eficiencia y más en la clínica y el usuario.

MESA 16

Gestión de procesos

MEJORA DEL RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS DEBIDO A UN SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE ACTIVIDAD 'ONLINE'

C-121

Álvaro JA, Ruiz-Arcones P, Sanz-Ligorred JA, Castilla V
Fundación Hospital Alcorcón.

Palabras clave: Rendimiento quirúrgico. Sistemas de información.

Objetivos: El quirófano es un recurso cuyo uso debe ser optimizado para conseguir los mejores resultados posibles de este proceso. Nuestro objetivo ha sido mejorar el rendimiento de los quirófanos del centro.

Métodos: 1) Diseño de indicadores de rendimiento. 2) Implantación de una aplicación informática de programación y registro de actividad en quirófanos (módulo de quirófanos de la aplicación de gestión de pacientes). 3) Diseño e implantación de una aplicación de generación instantánea de los indicadores a disposición de la dirección del centro y de los profesionales que directamente gestionan el recurso. 4) Vigilancia programada de los indicadores y toma de decisiones para corregir las desviaciones detectadas en el uso del recurso.

Resultados: En junio de 2002 se implantó la aplicación de programación y registro de actividad. En octubre de 2002 se finaliza la implantación de la aplicación de análisis y control, y se pone a disposición de la dirección y los profesionales que gestionan los recursos. La información proporcionada por el sistema permitió mejorar el reparto de tiempos quirúrgicos entre los servicios y el control de la actividad, sin que se hubiera ningún otro cambio organizativo. En el mes de mayo de 2002 (cuando aún no estaba disponible la aplicación de control) el rendimiento (tiempo usado/tiempo disponible) de los quirófanos fue del 68,09%. En el mes de febrero de 2003 el rendimiento pasó a ser del 70,43%. El tiempo medio de cambio pasó de ser de 23 minutos en mayo de 2002 a 19 minutos en febrero de 2003. El número de intervenciones por jornada pasó de 3,66 en mayo de 2002 a 3,79 en febrero de 2003 en el total (mejorando este indicador en todos los servicios con actividad quirúrgica).

Conclusiones: La utilización de una aplicación de registro y programación de la actividad de quirófanos en paralelo con una aplicación de control instantáneo de indicadores de actividad, mejoró el rendimiento del quirófano. El programa ha requerido: 1) Red interna de ordenadores (al menos en admisión y secretarías de unidades quirúrgicas) conectada a un servidor central en el que residen las aplicaciones de programación y registro de actividad y la de análisis. 2) Instalación e implantación (formación de usuarios) de las aplicaciones informáticas: aplicación de quirófanos y aplicación de programación y registro de actividad quirúrgica (módulo de quirófanos de la aplicación de gestión de los pacientes). 3) Distribución de los análisis de actividad. En nuestro caso el coste directo del proyecto sólo ha sido el tiempo de análisis y desarrollo de la aplicación: S.I.A.D. sistema de información de apoyo a la decisión. La mejora observada del rendimiento de los quirófanos ha cubierto la inversión realizada en 2002 contabilizando tan sólo el primer trimestre de 2003.

LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: RESPUESTA DURANTE EL FIN DE SEMANA PARA LOS TRATAMIENTOS IV DEL HOSPITAL DE DÍA

C-120

Fernández-Miera MF, Baños MT, Sampedro I, Tamayo B, Cobo G, Sanroma P
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Palabras clave: Hospitalización a Domicilio. Hospital de Día. Continuidad asistencial.

Objetivos: Asegurar al paciente del Hospital de Día Médico (HDM) la continuidad de su tratamiento intravenoso durante el fin de semana (y los días festivos) sin necesidad de ingreso hospitalario.

Métodos: Detallar el programa de colaboración entre el HDM y la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) para cubrir durante los sábados, domingos y festivos la demanda de tratamientos intravenosos para los pacientes atendidos entre semana en el primero. Mostrar la experiencia al respecto desde su puesta en marcha.

Resultados: El HDM funciona solamente los días laborables, de lunes a viernes y de 8:00 a 22:00 h, mientras que la UHD funciona todos los días del año, durante las 24 horas del día. Cuando un tratamiento intravenoso del HDM no puede ser interrumpido desde el viernes hasta el lunes (o durante un día festivo) la UHD asume su administración. El programa empieza cuando el médico del HDM avisa, con al menos 24 h de antelación, a la UHD para valorar el ingreso del paciente. Posteriormente la UHD decide si la infusión IV se va a realizar en las dependencias hospitalarias de la UHD o en casa del paciente. En este último caso la enfermera de la UHD permanece todo el tiempo en el domicilio del paciente o, en casos muy seleccionados, inicia la infusión IV y adiestra al paciente en el manejo del sistema de infusión para su retirada, así como en la actitud ante cualquier complicación durante el tratamiento, existiendo siempre la posibilidad de solicitar ayuda mediante una llamada telefónica a la enfermera de guardia. El médico de guardia de la UHD sólo acudirá al domicilio a requerimiento de la enfermera de guardia. Desde septiembre-1998 hasta mayo-2003 han sido derivados 154 pacientes desde el HDM a la UHD. De ellos 125 lo fueron dentro del programa de continuación de su tratamiento intravenoso durante sábado, domingo y/o festivo. Los fármacos administrados fueron: corticoides 71 casos, antiinfecciosos 49 casos, prostaglandinas 2 casos, citostáticos 2 casos y sueroterapia 1 caso. En ningún caso aparecieron complicaciones que requiriesen el envío del paciente al hospital.

Conclusiones: El programa de apoyo de la UHD al HDM para el tratamiento IV durante el fin de semana y días festivos, ha asegurado la continuidad asistencial y al evitar la ocupación de camas hospitalarias por estos pacientes ha supuesto un manejo más eficiente de los recursos disponibles.

VALORACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA ENTRAR A CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN RÁPIDA.

C-122

López-Picazo JJ, Santos M, Agulló F, Villaescusa M, Sanz G, Lázaro MD
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Palabras clave: Accesibilidad. Atención Primaria.

Objetivos: La accesibilidad en Atención Primaria es monitorizada semestralmente midiendo en cada área de salud los tiempos de espera para entrar en consulta (TE). Presentamos los resultados obtenidos en una Gerencia de Atención Primaria en el 2º semestre de 2002, donde se han introducido técnicas de evaluación rápida.

Métodos: Medimos TE en la Gerencia de Murcia (2ª semana de noviembre, 2002) a través los porcentajes de pacientes que esperan menos de 15 minutos (TE15) y más de 30 (TE30) en medicina de familia (MF) y pediatría (PE) mediante aceptación de muestras por lotes (LQAS) con representatividad de EAP (confianza, 95%; potencia, 80%). El valor estándar es del 95% con un umbral del 75% para TE15, y del 5% con umbral del 25% para TE30. Exige pues 14 usuarios de MF y 14 de PE para construir 4 lotes por EAP: TE15 en MF, TE15 en PE, TE30 en MF y TE30 en PE.

Resultados: Se analizaron los TE en 46 EAP, lo que supuso incluir a 1.288 usuarios [(14 + 14)·46] y analizar 184 lotes (4·46). Se rechazaron 67 lotes (36%): 23 en TE15-PE (50% de EAP), 22 en TE15-MF (48% EAP), 13 en TE30-MF (28% EAP) y 9 en TE30-PE (20% EAP). Detectamos algún problema en 34 EAP (74%): En 4 (7%) se rechazan todos los lotes, en 6 (13%) se rechazan 3, en 12 (26%) 2 y en 13, 1 (28%).

Conclusiones: LQAS localiza y prioriza EAP donde existen problemas de accesibilidad sin perder el enfoque global, pues también pueden obtenerse resultados de área utilizando conjuntamente los datos de los usuarios de cada lote. La generalización en Atención Primaria de técnicas de evaluación rápida (LQAS,...) permitirá acotar problemas y acometer de forma dinámica y operativa intervenciones para mejorar.

GESTIÓN DE PROCESOS: UN AÑO DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DEL HOSPITALET

Mompó C, Vilarasau J, Monteis J

C-123

Palabras clave: Procesos. Gestión. Mejora Continua.

Objetivos: Describir la aplicación de la metodología de gestión de procesos (GDP) en un Consorcio formado por dos hospitales de agudos y un centro sociosanitario.

Métodos: *Fase 1:* Se cuenta con el asesoramiento de una empresa consultora que: a) Aporta la metodología de GDP: definición de la misión del proceso, indicadores de gestión, relaciones cliente-proveedor, análisis DAFO y selección de áreas de mejora. b) Diseña el mapa de procesos, con la participación de los equipos directivos y los coordinadores de calidad. c) Imparte la formación sobre GDP al equipo directivo, propietarios, mandos intermedios y equipo de soporte a la implantación de la GDP. d) Supervisa la definición y puesta en control de los 6 procesos escogidos como prueba piloto. *Fase 2:* a) La empresa consultora imparte la formación de formadores a los miembros del equipo de soporte. b) El equipo de soporte (7 personas) se encarga de: 1) mantenimiento y actualización del mapa de procesos, 2) formación de nuevos propietarios y evaluación de la misma mediante una encuesta, 3) soporte metodológico, 4) seguimiento de la implantación de la GDP. c) El equipo guía (formado por los gerentes de los hospitales y el Director general del Consorcio) aprueba los documentos de gestión (misión, indicadores y acciones de mejora propuestas).

Resultados: *Revisión Fase 1 (prueba piloto):* 1) Algunas acciones de mejora no se han conseguido por centrarse en la solicitud de recursos. 2) Poca implicación de algunos directivos. 3) Faltan medidas de resultados para evaluar las posibles mejoras. *Fase 2:* 1) Se ponen en control 15 nuevos procesos. 2) Resultados satisfactorios de la encuesta de evaluación de la formación, aunque se demandan más ejemplos y ejercicios prácticos. 3) Dificultades de algunos propietarios para entender la metodología y para asumir el papel de liderazgo que conlleva la propiedad del proceso.

Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos se ha decidido: a) Incluir ejercicios prácticos en la formación. b) Definir acciones de mejora que no incluyan la petición de nuevos recursos. Estas demandas deben ser canalizadas por los dirigentes del proceso, de forma independiente al mismo. c) Incluir indicadores para medir el resultado obtenido de cada acción de mejora, de modo que se pueda evidenciar el efecto del trabajo sobre el proceso. d) Incrementar la implicación de los directivos en el seguimiento de las acciones de mejora. e) Mayor soporte metodológico y de los directivos en la fase de definición del proceso.

HOSPITAL DE SEMANA: ORGANIZACIÓN Y EVOLUCIÓN ASISTENCIAL

Fernández-Miera MF, Misas ML, Sampedro I, Cano LF, Hernández E, Sanroma P
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

C-124

Palabras clave: Hospital de Semana. Circuito Asistencial. Polivalencia Asistencial.

Objetivos: Describir la organización funcional de una nueva unidad llamada Hospital de Semana (HS) y mostrar la evolución de sus aspectos asistenciales.

Métodos: Presentación de las principales características del HS, exposición del circuito general de pacientes, pormenorización de la Cartera de Servicios, comparación de los datos asistenciales de dos periodos semestrales (julio - diciembre) separados por un año (2001-2002).

Resultados: Desde su apertura (julio-2001) en el HS ingresan pacientes cuya alta está prevista en esa misma semana, pues su actividad se inicia el domingo por la tarde y cesa el sábado a las 15:00 h. Si el alta no es posible antes, en ese momento el paciente es trasladado a otra sala de la sala del hospital. El HS recibe pacientes de diferentes Servicios: Radiología Intervencionista, Neuroradiología, Hemodinámica, Unidad de Arritmias, Digestivo, Cirugía General, Traumatología, Nefrología, Oftalmología, Unidad del Dolor, Urología y Otorrinolaringología. Su ingreso es programado por el Servicio de Admisión por la mañana del mismo día del procedimiento o para la tarde del día previo. Ocasionalmente ingresan también pacientes de forma urgente. Para agilizar al máximo el proceso asistencial el HS está organizado física y funcionalmente en 3 Áreas: de Recepción (dotada con 2 camillas, donde se realizan todos los trámites administrativos y cuidados de enfermería y/o médicos previos al procedimiento), de Hospitalización (dotada con 19 habitaciones individuales, donde se atiende al paciente tras el procedimiento) y de Presalida (dotada con 6 sillones, donde el paciente ya dado de alta espera el informe clínico y/o el transporte a su domicilio). El HS ha consensuado con los diferentes Servicios los protocolos asistenciales de sus respectivos procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuyo conjunto conforma la Cartera de Servicios del HS. Los parámetros asistenciales de los 2 semestres comparados han evolucionado así: media de ingresos mensuales (de 162,5 a 184,3), porcentaje de ocupación (de 49,9 a 65,1), índice de rotación mensual (de 8,6 a 9,5 pacientes) y estancia media (de 1,5 a 1,8 días).

Conclusiones: El HS permite la gestión conjunta de procesos asistenciales muy diferentes mediante la estandarización de un circuito común, matizado en cada caso por el protocolo correspondiente. Existe una tendencia hacia la progresiva aceptación del HS como herramienta de gestión asistencial dentro del hospital y hacia un incremento en la complejidad de los procedimientos atendidos.

¿LA IMPLANTACIÓN DE UNA TRAYECTORIA CLÍNICA LIMITA LA REDUCCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA?

Ferrer-Traid A, Martín-Viñolas T

C-125

Palabras clave: Evaluación Trayectorias Clínicas.

Objetivos: En enero de 2000 se implantó la trayectoria clínica (TC) de Prótesis Total de Rodilla (PTR) en la unidad de Traumatología de nuestro centro. Para evaluar resultados se recogieron: la estancia media (EM), el número de reingresos y de infecciones nosocomiales (IN) producidas en 1999 (previo a la TC) y las que aparecieron posteriormente hasta mayo 2002. Paralelamente, tomamos un grupo control: pacientes intervenidos de Prótesis Total de Cadera (PTC), recogiendo las mismas variables de resultado durante el mismo periodo. 1) Evaluar la evolución de la EM durante el periodo de estudio en los pacientes sometidos a la TC respecto al grupo control. 2) Demostrar que la TC limita el descenso de la EM cuando se llega al estándar (9 días de EM).

Métodos: Estudio: cohortes, retrospectivo. Se recogieron los datos de 611 pacientes: 198 (32,4%) intervenidos de PTC y 413 (67,6%) intervenidos de PTR en el periodo en nuestro centro. Se excluyeron los recambios de PTC y PTR. Los datos se obtuvieron a partir de la base informática del centro. Se ha empleado el test de ANOVA, la T de Student y la prueba de χ^2 .

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos excepto en la media de edad: 67,34 años en PTC y 70,85 en PTR (t de Student: -5 signif < 0,05) y en el sexo: 2/3 de los PTR son mujeres (χ^2 de Pearson = 22, signif < 0,05). Se detectó un descenso progresivo de la EM en PTR y PTC, iniciado en 1999 y que se paró en la PTR en el 2001 tras llegar al estándar, elevándose para 2002. En PTC el descenso fue muy acusado de 1999 a 2000, se interrumpió en 2000-2001 y volvió a descender en 2001-2002. ANOVA, significativo en PTC < 0,05, linealidad < 0,05 y significación en PTR < 0,05 y linealidad < 0,05. En PTR se pasa de 14 días (1999) a 10,9 de EM (2002) y en PTC, de 13,35 (1999) a 9,8 en 2002 siendo el estándar de 9 días con TC.

Conclusiones: La TC no es la única responsable del descenso de la EM, existen causas diferentes a nivel interno: equipos trabajo, presión de la Dirección y a nivel externo: presión del sistema sanitario. Observamos que cuando se llega al estándar, se limita dicho descenso. PTC llega casi al estándar sin TC, en el mismo periodo. No tenemos explicación para los repuntes observados en la EM en el periodo 2000-2001 para PTC y 2001-2002 para PTR. Creemos que la evaluación de las TC debe complementarse con otros indicadores de resultado.

IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE CATARATA SIN INGRESO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Chico-Mantegas F, Celorrio-Pascual JM, Leciñena-Bueno J, Haro-Herrero M, Guerra de Esteibar-Landa E, Romano-Ortega MP
Hospital Enet Lluch, Calatayud.

C-126

Palabras clave: Catarata. Guías de práctica clínica.

Objetivos: Evaluar los resultados de 30 meses de funcionamiento de una vía clínica de cirugía de catarata sin ingreso en un Hospital Comarcal.

Métodos: En 2000 se elaboró la vía clínica: el grupo de trabajo revisó la evidencia científica sobre la cirugía de la catarata, simplificó el circuito desde la indicación quirúrgica al alta (elaborando un diagrama de flujo del proceso), elaboró la matriz de actividades, determinó las características de calidad de los subprocesos, diseñó los documentos a incluir en la vía (hoja de selección de pacientes, consentimientos informados, hoja de verificación de las actividades a realizar, encuesta de satisfacción) y el documento de información para el paciente. Se establecieron indicadores para monitorizar el funcionamiento de la vía.

Resultados: Se incluyeron en la vía 45 pacientes en 2000 (20% del total de las intervenciones en el periodo), 109 en 2001 (34,8%), y 230 (74%) en 2002. El cumplimiento de las actividades de la vía superó el 90%. Un 1,3% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario inmediato (IC95%: 5/384). Ningún paciente precisó acudir a urgencias y sólo 3 pacientes realizaron una consulta telefónica antes de su primera revisión en consultas. La tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción fue del 39%, y el 97,8% de los pacientes manifestaron estar muy satisfechos con la atención recibida. Teniendo en cuenta que la estancia media, en nuestro Centro, para la cirugía de catarata con ingreso fue de 2 días (DE: 0,27) en 2000, de 1,89 días (DE: 0,41) en 2001 y de 1,48 (DE: 0,7) en 2002, las estancias evitadas fueron de 90 días, 206 días y 340,4 días respectivamente.

Conclusiones: Se ha conseguido simplificar de forma importante el proceso de la cirugía de catarata, con una implantación progresiva de la vía clínica y un cumplimiento elevado de la misma. La aplicación de la vía no ha aumentado la incidencia de complicaciones, mantiene unos índices de satisfacción de los pacientes muy elevados y permite un importante ahorro de estancias hospitalarias. Consideramos que los resultados de la implantación de la vía han sido excelentes.

UTILIDAD DE LA VÍA CLÍNICA DE BRONCONEUMOPATIA OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADA PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y CALIDAD

C-127

Blanco-Galán MA, Martín P, Pérez-Medrano M, Muriel J, Álvarez E, Mattos JC

Objetivos: Conocer si la implantación de una vía clínica para el manejo de los pacientes que ingresan en nuestro Hospital por BNOC reagudizada mejora dos indicadores de gestión y calidad, como son la estancia media y la adecuación del uso de antibióticos.

Métodos: En 1998 el BNOC reagudizado ocupaba el segundo lugar por orden de frecuencia en los pacientes que ingresaban en nuestro Servicio de Medicina Interna, y había una gran variabilidad en la asistencia clínica y en la estancia media, por lo que en este año diseñamos una vía clínica para unificar criterios y adecuar la estancia. Comenzó la implantación en 1999 y valoramos tres indicadores de implantación: estancia media (< de 10 días, partíamos de 10,79), porcentaje de pacientes con diagnóstico de BNOC reagudizado al ingreso donde se aplicaba la vía, y seguimiento del protocolo terapéutico (Amoxicilina-Clavulánico excepto en alérgicos a Betalactámicos). Se evalúa desde 1999 a 2002 inclusive.

Resultados:

Año	Estancia media depurada	Uso antibióticos según vía	Seguimiento global vía
1998 (sin vía)	10,79	No procede: variable	No procede
1999	9,46	83,33%	87,2%
2000	9,1	84%	86,6%
2001	9,7	96%	96%
2002	9,2	100%	100%

Conclusiones: 1) El grado de implantación durante cuatro años (1999 a 2002) fue de muy bueno a excelente con mínimo de 86,6% y máximo 100%. 2) Se disminuyó la estancia media hasta en 1.69 días en algún año, consiguiéndose en todos el objetivo pactado. 3) La adecuación del uso de antibióticos según vía mejoró gradualmente durante los cuatro años. 4) La vía clínica se mostró útil para unificar criterios de manejo clínico y mejoró los dos indicadores de gestión y calidad elegidos.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA VÍA CLÍNICA PARA MEJORAR EL MANEJO DEL RECIÉN NACIDO CON RIESGO DE INFECCIÓN CONNATAL

C-129

Blanco-Galán MA, Martín P, Pérez-Medrano M, Muriel J, López-Muñoz MJ, Del Río A

Unidad de Calidad, U. Archivos, S. Farmacia y S. Neonatología. H.U. Santa Cristina, Madrid.

Objetivo: Saber si la implantación durante cuatro años de una vía mejora la actuación clínica sobre el recién nacido con riesgo de infección, midiendo como indicadores principales el número de ingresos para evaluación clínica, nº de ingresos donde no se confirma infección, las estancias medias de los grupos y consumo de antibióticos.

Método: Diseño en 1998 e implantación en 1999 de vía clínica tras detectar gran variabilidad de manejo de estos pacientes, y una estancia media superior a la media nacional probablemente por hospitalización de neonatos de riesgo infeccioso para evaluación, así como uso prolongado antibióticos empíricos en pacientes sin confirmarse posteriormente infección. La vía se aplica en nidos o en hospitalización según clínica. Se definen: población diana, criterios de inclusión, criterios de ingreso hospitalario, tipo y tiempo de informes analíticos, uso de antibióticos; tipo y tiempo máximo (Ampicilina más Gentamicina máximo 72 horas sino se confirma infección), y estancia máxima en neonatos de riesgo donde no se confirma infección (4 días) y en infección confirmada (7 días).

Resultados: 1) El grado de implantación de la vía en pacientes subsidiarios fue: 1999-87,3%; 2000-88,89%; 2001-96,55%; 2002-96,12%.

2):

Año	Nº ingresos R.N. de riesgo infeccioso (Total)	Estancia media R.N. riesgo infeccioso (Total)	Nº R.N. con riesgo infeccioso que no se confirma Infec.	Estancia media de R.N. riesgo I. no confirmado
1998 (sin vía)	486	7,4	No se definen	No se separa ± 7
1999	113	5,19	11	3,18
2000	155	5,26	14	3,00
2001	149	5,43	3	3
2002	99	5,04	5	2,4

3) El uso de Ampicilina más Gentamicina pasó de 303.307 pesetas en 1998 a 253.289 en el 2000, 195.569-2001 y 122.300-2002 en este tipo de pacientes, no superándose los tres días de terapia en infecciones no confirmadas.

Conclusiones: 1) El seguimiento fue de muy bueno a excelente (87,3% a 96,5%). 2) Disminuyeron los ingresos para evaluación de riesgo infeccioso tras implantarse la vía en nidos, sobre todo del grupo de R.N. de riesgo donde no se confirmaba infección. 3) Disminución gradual de la estancia media asociada al grupo, sobre todo en los que no se confirma infección. 4) El consumo de antibióticos como terapia empírica en R.N. con infección no confirmada se mantuvo entre 3-4 días máximo, y se produjo una disminución global y gradual del consumo en este grupo. 5) Esta vía se ha mostrado eficaz, en la mejora del manejo clínico y como resultados han mejorado los indicadores de gestión.

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS POR PROCESOS

C-128

Cuevas-Baticón B, Estrada-Ferrando C, Iriondo-Sanz C, Brull-Gisbert L, Martí-Caballé V, Granell-Doñate C
Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

Palabras clave: Procesos. Planes estandarizados.

Objetivos: 1) Integrar la cultura de la gestión por procesos. 2) Utilizar como metodología de trabajo los planes de cuidados estandarizados por patologías (DRG) o problemas de salud. 3) Aumentar la calidad de los cuidados de enfermería y ofrecer una atención integral e individualizada a los pacientes.

Métodos: En el año 1995 se planteó el proyecto y se marcó un periodo de implantación de 10 años aproximadamente. Para poder llevarlo a cabo se planificaron varias acciones: 1) Formación de todos los profesionales. 2) Revisión de la documentación de enfermería. 3) Elaboración de un manual de cumplimentación de los registros. 4) Revisión y actualización de los procedimientos y protocolos de enfermería. 5) Elaboración de los criterios para la evaluación. Constitución de un grupo de expertos para el seguimiento y el soporte continuo. Implantación del nuevo sistema de trabajo de manera gradual.

Resultados: Desde el 1995 hasta el 2002 se han estandarizado 26 planes de cuidados de diferentes procesos quirúrgicos y médicos. Se han elaborado 27 dípticos informativos de recomendaciones para el alta. En el 2001 se lleva a cabo un estudio para la adecuación de los recursos de enfermería a las áreas de hospitalización (PRN) y se marcan los criterios para la evaluación de la documentación de enfermería. El 2002 periodo de reflexión y redefinición de la estrategia. El proceso de implantación se está adaptando al cronograma previsto y estamos en un 70% de cumplimiento en las unidades de enfermería.

Conclusiones: La adopción de esta metodología de trabajo permite que quede registrado el proceso asistencial del paciente permitiendo el seguimiento y la evaluación. El éxito de la implantación del proyecto radica en la implicación de todos los profesionales, de forma gradual, y la de los responsables de los servicios como motores de cambio y agentes facilitadores; aumentando la calidad de los cuidados de enfermería.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA MASTECTOMÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL: ANÁLISIS PRE-POST

C-130

Robles M, García J, Dierssen T, Amado C, Quintana R, Olavarría E
Hospital de Sierrallana, Cantabria.

Palabras clave: Vía clínica. Mastectomía. Análisis pre-post.

Objetivos: Analizar la repercusión que ha tenido la incorporación a vía clínica del proceso de Mastectomía.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes de mujeres mastectomizadas en el periodo comprendido entre enero-noviembre de 2001 (pre-implantación de la vía clínica (PIVC)) y diciembre de 2001 a diciembre de 2002 (implantación de la vía clínica (IVC)). Para analizar la implantación de la vía se ha dividido el periodo IVC en trimestres evaluando separadamente el mes de diciembre de 2001 (fase piloto). Las variables utilizadas para la comparación han sido: efectividad (porcentaje de mujeres asistidas en periodos iguales o menores a lo establecido en vía) y seguridad (porcentaje de incidencias).

Resultados: En el periodo PIVC se incorporaron 23 mujeres y en el IVC 33. La efectividad fue del 39,1% en el PIVC y del 53,3% en el periodo IVC, alcanzando el valor máximo (71,4%) entre octubre y diciembre de 2002. Al analizar la seguridad del proceso se consideraron seguros (evolución sin incidencias) el 56,7% en el periodo IVC frente al 68,2% en el PIVC. Dentro del periodo IVC el último trimestre de 2002 presentó la mayor proporción de casos seguros (85,8%). Al categorizar las incidencias en mayores, menores, otras y al alta se observa que sólo se registraron incidencias mayores (linfedema, hemorragia) y al alta (interconsultas a rehabilitación y psiquiatría) en el periodo PIVC.

Conclusiones: La vía clínica ha aportado una discreta reducción de la estancia media y de su variabilidad (menor desviación) y una mejora de la seguridad extrahospitalaria del proceso al incluir el seguimiento rehabilitador post-alta.

MESA 17

Sistemas de información

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

C-132

Muñoz MA, Recamán JM, Soler P, Gomariz N, Romero AB, López A
Hospital Do Salnes, Pontevedra.

Palabras clave: Planificación. Cuidados. Enfermería.

Objetivos: a) Definir qué indicadores se consideran relevantes a la hora de establecer criterios de calidad en relación con la planificación de cuidados de enfermería (PCE). b) Establecer una metodología de evaluación que permita la explotación de los registros informatizados de enfermería, a través del aplicativo GACELA.

Métodos: 1) Implantación de la aplicación y periodo de formación in situ durante el año 2002. 2) Establecimiento de indicadores a través de la Comisión de Cuidados de Enfermería: a) Valoración de enfermería al ingreso: realizada antes de las 7 horas siguientes al ingreso. b) Planificación de Cuidados de Enfermería: deberá constar como mínimo de un diagnóstico de enfermería, con sus factores de relación y sus objetivos. Para considerar el plan de cuidados de enfermería como válido, deberá haberse realizado como mínimo una evaluación de objetivos antes del momento del alta. c) Informes de alta de enfermería (IAE): genérico, en pacientes con UPP y pacientes con riesgo de UPP en el momento del alta. 3) Establecimiento de metodología de evaluación, mediante la creación de un sistema de explotación de los datos informático, que permite obtener los porcentajes de valoración de enfermería al ingreso, los planes de cuidados elaborados (tanto válidos como no válidos) y los informes de alta elaborados. 4) Establecimiento de pacto de objetivos relativos a la PCE con cada una de las unidades de hospitalización para el año 2003. 5) Comunicación mensual de resultados a las distintas unidades a través del cuadro de mandos.

Resultados:

	Año 2002 Número % sobre altas totales	Año 2003 (hasta abril) Número % sobre altas totales
Planes de cuidados (total)	97 2,69%	514 40%
Planes de cuidados (válidos)	0 0%	190 15%
IAE (global)	18 0,49%	29 2,4%

Conclusiones: Antes de cualquier monitorización de planificación de cuidados de enfermería es necesario definir a nivel de hospital los criterios cuanti y cualitativos en relación al proceso de planificación de cuidados (desde la valoración de enfermería hasta la realización de los informes de alta de enfermería). Esta definición previa, que siempre está en función de los recursos disponibles permite el establecimiento de objetivos de calidad en relación a la PCE y el seguimiento de los resultados con el establecimiento de las acciones de mejora necesarias.

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE CMA

C-131

Gómez J, Taibo M, Gómez-Palacios A, Gómez P, Barrios B, Gutiérrez MT, Arias S, Méndez J, Iturburu I
Hospital de Basurto.

Palabras clave: Calidad. CMA.

Objetivos: 1) Análisis de los ingresos no programados. 2) Estudio de las cancelaciones quirúrgicas y de los reingresos.

Métodos: Se han intervenido un total de 483 casos en el periodo comprendido entre octubre del 2000 y diciembre del 2002: 305 hombres (63,8%) y 178 mujeres (36,2%). La edad media fue de 48,76 (rango 5-96). Las patologías intervenidas fueron: cirugía de la pared abdominal 289 (59,8%); venas varicosas 31 (6,41%); miscelánea (tumores de partes blandas, linfadenectomías, patología mamaria, etc) 169 (34,9%). Se registraron las cancelaciones quirúrgicas, los ingresos no programados y los reingresos, así como las causas que los motivaron.

Resultados: Un total de 20 (4,2%) pacientes no pudieron ser dados de alta el día de la intervención. Las causas que motivaron el ingreso fueron las siguientes: mareos 4 casos (20%), inseguridad para ir a su domicilio 3 casos (15%), vómitos 3 casos (15%), falta de información acerca del programa de CMA 2 casos (10%), hematoma 2 casos (10%), dolor de herida 1 caso (5%), hemoperitoneo 1 caso (5%), denegación del permiso laboral al acompañante 1 caso (5%), cefalea 1 caso (5%), anestesia general no prevista 1 caso (5%), necesidad de realizar curas locales 1 caso (5%). El total de intervenciones suspendidas fue de 7 (1,44%) de los casos: 5 por desaparición de la lesión, 1 por tratarse de un paciente agresivo y 1 por llegar fuera de tiempo. El número de pacientes que reingresaron posteriormente fue de 2 (0,41%): 1 por un hematoma al día siguiente al alta y otro por una infección al 6º día.

Conclusiones: 1) La cifra de ingresos no programados que se han producido se halla dentro de valores aceptables. 2) En 6 de los ingresos (30%), las causas no eran de índole clínica, lo que hace factible su corrección en la fase de selección de los pacientes. 3) La tasa de intervenciones suspendidas y de reingresos, entendemos que en nuestra experiencia se encuentran dentro de parámetros de calidad muy aceptables. 4) En los 5 casos en los que la cirugía fue suspendida, es necesario hacer una reflexión sobre lo adecuado de la indicación quirúrgica.

ESTUDIO DE LA LEGIBILIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ASTURIAS

C-133

Rubiera-López G, Arbizu-Rodríguez R, Alzueta-Fernández A, González-Agúndez JJ, Riera-Velasco JR

Palabras clave: Legibilidad. Consentimiento informado. Índice de Flesch.

Objetivos: Evaluar la legibilidad de los documentos de consentimiento informado (DCI) que se utilizan en los centros sanitarios de Asturias para comprobar si cumplen su función como vehículo de información comprensible que capacite al paciente para participar en decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su proceso.

Métodos: Durante el mes de marzo de 2003 se recibieron en la Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana los 1.114 documentos de consentimiento informado utilizados en los centros sanitarios de Asturias. Se seleccionó una muestra representativa de los consentimientos de cada hospital. El tamaño de la muestra se calculó estimando una proporción de legibilidad del 60%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 15%. Sobre un total de 286 consentimientos se obtuvieron los índices de legibilidad de Flesch-Kincaid y de complejidad oracional de forma automática con el programa Microsoft Word para Windows XP Home. Se calculó el índice de legibilidad integrada (LEGIN) según la fórmula de S. Lord et al. Para la comparación de variables cuantitativas entre hospitales se empleó la ANOVA.

Resultados: En el conjunto de los DCI estudiado, el 77,3% (221 de 286) presentan niveles adecuados de legibilidad según el índice de legibilidad integrada (LEGIN), el 75,2% según el índice de complejidad oracional (ICO) y el 3,5% según el índice de Flesch-Kincaid (IFK). Las diferencias de los valores medios de los índices entre los hospitales son estadísticamente significativas ($p < 0,0005$, prueba ANOVA). Existe una importante variabilidad para la legibilidad de los consentimientos informados entre los hospitales de Asturias, varía de un 36% hasta el 100%.

Conclusiones: Un 96,5% de los formularios tienen una legibilidad baja con el IFK, es decir están escritos con palabras y frases largas. Resultados similares se obtienen en otros estudios realizados sobre consentimientos escritos en castellano. La mayoría de los consentimientos están elaborados con frases simples, como muestra el ICO, lo que eleva el resultado del LEGIN a valores superiores de 70 (puntuación mínima de legibilidad) en mas del 77% de los DCI. La legibilidad de los DCI utilizados en Asturias puede ser mejorada, para lo que recomendamos en primer lugar el empleo de frases y palabras cortas evitando los tecnicismos innecesarios. En segundo lugar la utilización de subapartados y frases simples. Por último utilizar los índices de legibilidad automáticos como orientadores de la comprensión del DCI elaborado o modificado.

INDICADORES E IMPLICACIÓN DE LOS FACULTATIVOS EN LA EVALUACIÓN DE SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Vilarasau J

C-134

Palabras clave: Indicadores. Evaluación asistencial.

Objetivos: Mejorar la calidad de la asistencia dotando al clínico de instrumentos para evaluar y revisar su actividad.

Métodos: A partir de los datos del CMDB de los informes de alta del centro, se han elaborado una serie de indicadores que permiten revisar la actividad asistencial de cada servicio. La elaboración de estos indicadores se ha realizado en base a la principal bibliografía sobre el tema y consensuando con cada servicio cuales serían de aplicación en su ámbito. Se establece como base de comparación los resultados obtenidos por cada servicio, en cada indicador, en los últimos cinco años. Los principales indicadores son: Reingresos, Reintervenciones, Reiteración visita a urgencias, Reiteración a urgencias con ingreso, Visita a urgencias después de una intervención de CMA, Ingreso después de una intervención de CMA. Una vez obtenidos los resultados anuales se valoran conjuntamente con cada servicio. En aquellos casos en los que se constata una desviación significativa en el resultado de un indicador, el servicio debe realizar una revisión del mismo. Para facilitar esta revisión se le proporciona al servicio un listado con los principales datos de los pacientes (Número historia, fechas de ingreso, alta o intervención, diagnóstico principal y secundarios, procedimientos, etc) lo cual le permite realizar una primera revisión sin necesidad de consultar las diferentes historias clínicas. La revisión que realiza cada servicio debe concluir con un informe en el que se contemple una validación de los datos, un análisis de las causas de la desviación y si es necesario, las acciones a emprender.

Resultados: Gracias al interés de los facultativos tanto en la puesta en funcionamiento de los indicadores, estos se han podido evaluar en 6 de 7 servicios médicos y en la totalidad de los quirúrgicos (8). Después de analizarlos los resultados del último año (2002), se han objetivado 10 variaciones en las tendencias anuales, en un total de 7 servicios, pendientes de revisión por cada servicio.

Conclusiones: Se ha obtenido una respuesta positiva por parte de los facultativos a la implantación de estos indicadores y en iniciar la revisión de las variaciones de los mismos porque: a) Son indicadores cercanos a su actividad asistencial. b) Se han elaborado y decidido de forma consensuada. c) La comparación del resultado de los distintos indicadores, se realiza con ellos mismos. d) Se facilita la revisión y análisis de las desviaciones.

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE LOS CENTROS SANITARIOS (ME_jora 1.0)

Jiménez-Ojeda B, Bandera J, Martín-Soler C, Santana V
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

C-136

Palabras clave: Accreditation. Continuous quality management. Quality indicators.

Objetivos: Desarrollar un sistema de gestión de la mejora continua para los centros sanitarios (ME_jora 1.0), soporte al proceso de acreditación según el Modelo de Acreditación Andaluz, que integre los conceptos gestión, calidad, aprendizaje y mejora continua.

Métodos: Para el desarrollo de la aplicación se ha seguido el Modelo de Desarrollo de Software en Espiral (Pasos (i): Especificación de requerimientos Análisis, Diseño, Implementación y Pruebas - Versión i, i = 1..n) y metodología de gestión de proyectos informáticos.

Resultados: *Funcionalidades generales:* 1) Accesible desde cualquier puesto/lugar (teletrabajo-web). 2) Flexible (parametrizable a partir de tablas maestras. Ej. trabaja con diferentes juegos de estándares: centros, Unidades de Gestión Clínica, Unidades de Investigación, etc.). 3) Mantenimiento centralizado de los estándares de acreditación, con actualización en tiempo real de las revisiones. 4) Interfaz orientada a la agilización del proceso (visión global de tiempos, agenda de tareas pendientes por usuarios/perfiles, avisos automáticos de eventos por e-mail, tutor on-line). 5) Seguridad: diferentes perfiles de acceso a la aplicación y registro de operaciones realizadas por cada usuario. 6) Gestor documental electrónico de toda la información generada en el proceso de acreditación (Carpetas virtuales de proceso). 7) Zona de Comunicación y Tutor on-line sobre estándares: espacios de comunicación virtual centralizada y permanente (Centro-Agencia). *Fases del proceso de acreditación implementadas en la aplicación:*

Fases	Funcionalidades específicas
Preparación	Solicitud de acreditación Designación de responsables (Centro-Agencia)
Autoevaluación	Designación de autoevaluadores Información sobre estándares y propósitos, ejemplos, referencias y mejores prácticas (Gestión del conocimiento/aprendizaje) Valoración del grado de estabilización del estándar (metodología PDCA) Identificación de Evidencias Positivas Gestión de Áreas de Mejora Detección: Descripción del área de mejora Planificación: Designación de Responsable, extracción de listados de las áreas de mejora asignadas por responsable, fecha... / Prioridad del Área de Mejora / Fechas de inicio-fin y actuaciones para su resolución. Consecución: Seguimiento de lo planificado Informes y listados con los resultados sobre consecución de estándares y áreas de mejora en tiempo real. Presentación de resultados en forma numérica y gráfica con su evolución en el tiempo.
Evaluación externa	Valoración de los estándares realizada por evaluadores de la Agencia

En la actualidad el sistema se encuentra en explotación desde el 29/04/03 con 4 procesos de acreditación de diferentes ámbitos (hospital, centro de salud, unidades de gestión clínica de atención primaria y atención especializada), teniéndose prevista su finalización a finales de julio.

Conclusiones: La cumplimentación de la autoevaluación en entorno web permite agilizar y simplificar su realización incorporando consultas on-line, posibilitando su seguimiento, actuando como herramienta de Gestión de la mejora permanente, y favoreciendo la comparabilidad (Cuadro de mando de la calidad). La aplicación ME_jora 1.0 contempla la difusión de ejemplos, referencias y mejores prácticas, impulsando la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizacional.

PROYECTO INFORMÁTICO PARA MEJORAR EL DIAGNÓSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

Díaz A, González B, Guevara M, Roldán J, Mancha A, Ulíbarri JI

C-135

Palabras clave: Herramienta informática. Desnutrición.

Objetivos: Desarrollar un proyecto de la U. de Nutrición que incorpore herramienta informática (CONUT), que permite el diagnóstico, control de niveles y frecuencia de desnutrición en pacientes ingresados. Mediante CONUT relacionar parámetros: riesgo de muerte y de úlcera decúbito, estancia media, peso medio GRD y reingresos urgentes, con niveles de desnutrición

Método: Para desarrollar herramienta informática CONUT, fue necesario integrar MODULAB, aplicación informática que integra todos los laboratorios del hospital, nos permite diagnóstico y clasificación de desnutrición, a las 6 h de ingreso. Captura datos por CONUT importados de otras bases de datos, como Admisión, Farmacia, Control Gestión, etc. Estudio comparativo según diferentes grados de desnutrición y de acuerdo con los datos que nos suministra CONUT, de parámetros enunciados en objetivo 2º.

Resultados: Valoración de 14.840 pacientes hospitalizados durante 2001, seleccionando casos en que existían variables analíticas utilizadas por CONUT para evaluación nutricional, obteniendo muestra de 6.242 pacientes. Frecuencia desnutrición por niveles: Normal 1.529, Leve 2.217, Moderada 1.806, Grave 690. Riesgo de muerte por nivel de desnutrición respecto al grupo sin desnutrición. Odds Ratio ajustado: leve 1,78, Moderada 6,44, Grave 11. Riesgo de úlcera por decúbito por nivel de desnutrición: Leve 3,06, Moderada 9,9, 29,74. (Odds Ratio ajustado). Estancia media enfermo no desnutrido 12,08. E.M enfermo desnutrido 18,22 (p menor 0,0001). P. medio GRD en algún momento hospitalización: Enfermo no desnutrido 1,78, enfermo desnutrido 3,32. Porcentaje reingresos urgentes según nivel de desnutrición en hospitalización previa: Enfermo no desnutrido 5,1%, enfermo desnutrido 8,2%.

Conclusiones: La integración CONUT-MODULAB permite mejorar conocimiento estado de nutrición. Con CONUT hemos valorado la relación de desnutrición con parámetros de calidad, técnicos y de gestión, como riesgo de morbilidad, E. Media, peso de GRD, prevalencia úlceras por presión. Conut mejora la calidad asistencial.

INDICADORES DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA APUESTA NECESARIA

Ferrer JM, Gómez-Batiste X y Grupo de Calidad de la Secpal

C-137

Palabras clave: Cuidados paliativos. Indicadores.

Objetivos: La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha constituido un Grupo de Calidad con la finalidad de orientar la actuación de los profesionales en la atención de personas con enfermedad en situación avanzada y terminal, y estimular la evaluación de la calidad de esta atención. Con el objetivo de servir de referencia a los profesionales e instituciones que proveen y desarrollan servicios de Cuidados Paliativos, el Grupo elaboró mediante consenso una Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos, como marco apropiado para el desarrollo de indicadores de calidad.

Métodos: El Grupo de Calidad de la SECPAL está formado por una docena de profesionales de diferentes disciplinas. Con el apoyo metodológico de la Fundación Avedis Donabedian (FAD), el Grupo se reunió en 4 ocasiones para consensar los criterios de calidad e indicadores en Cuidados Paliativos. Se revisaron fuentes bibliográficas, redactaron propuestas de criterios, que fueron finalmente revisadas y compartidas por el grupo, utilizando comunicación vía e-mail y reservando las reuniones presenciales para el debate y consenso de estas propuestas.

Resultados: Se redactaron y consensaron finalmente un total de 106 criterios de calidad, que se reunieron en una edición del Ministerio de Sanidad y Consumo de la Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos a finales de 2002, y que fue distribuida a todos los profesionales asociados. En esta Guía se incluyen definiciones básicas, principios y valores, dimensiones de la atención y criterios de calidad respecto a estructura, organización y procesos (atención a enfermos y familias, trabajo en equipo y evaluación y mejora). A partir de esta Guía, el Grupo de Calidad de la SECPAL ha realizado trabajos de recopilación y de propuesta de indicadores de calidad en las áreas consideradas más relevantes de estos criterios, y actualmente ha finalizado el debate y el consenso sobre un borrador final de 35 indicadores, cuya edición está prevista presentar en el Congreso.

Conclusiones: La mejora de la calidad de la asistencia a los enfermos y sus familias ha de considerar criterios explícitos de calidad y buena práctica que orienten la labor asistencial y humana de los profesionales. El desarrollo de Guías de criterios y de indicadores de monitorización es un instrumento útil con el que la SECPAL quiere promover la cultura de evaluación y de la mejora, facilitando dicha labor a sus profesionales estimulando la implantación de buenas prácticas.

EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS CUIDADOS EN EL H. U. REINA SOFÍA

Turrado-Muñoz MA, Aguilera-Peña F, Toro-Santiago J, Barberá-Calaf M, Farnos-Brosa MG, Giménez de la Torre R
Hospital Universitario Reina Sofía.

Palabras clave: Cuidados. Seguimiento. Resultados.

Objetivos: Valorar el nivel de prestación de cuidados a través de los resultados de los diferentes estudios desarrollados durante el año 2002.

Métodos: Monitorización y Análisis de los datos extraídos de los diferentes indicadores relacionados con la Sistematización de Cuidados contemplados en el estudio de la Documentación Enfermera y en la explotación de los datos ofrecidos por la aplicación Flor +.

Resultados: El número de Planes de Cuidados disponibles en la aplicación informática se ha incrementado (53 en el año 2002) a la vez que se han ido adecuando por un lado a los mapas I y II de Procesos Asistenciales definidos por la Consejería de Salud y por otro, a las distintas taxonomías enfermeras (NANDA, NIC y NOC). La explotación de los datos ofrecidos por la aplicación Flor + ofrece unos índices para el año 2002 de un 23,3% de pacientes con Plan de Cuidados, de los cuales, el 39% es individualizado y el 53,25% registrado en la propia aplicación por más de cuatro personas diarias. El estudio de la Documentación enfermera nos ofrece unos datos muy satisfactorios. La cumplimentación del procedimiento de acogida sigue un ritmo ascendente continuo (66,6% en el año 2002). Igual ocurre con la Valoración Inicial (68,9% en el año 2002), teniendo en cuenta además las escasas diferencias entre los índices correspondientes entre las necesidades que exploran la esfera biológica y las que recogen datos acerca de lo psicológico, social o espiritual. El Informe de Enfermería al Alta ofrece unos índices disparados al alza como corresponde a los objetivos fijados en Contrato Programa referidos a Gestión de la producción asistencial - Cooperación asistencial, con un incremento superior al 30% en el último año.

Conclusiones: El análisis de los resultados refleja la interiorización de un método definido en la prestación de cuidados, con unos índices de registro cada vez más elevados. Sin embargo, indicadores de proceso con índices cada vez más adecuados como los que refleja esta comunicación no suponen, siempre, conseguir los resultados esperados. La comprobación de ésta realidad ha dirigido nuestra atención hacia un análisis más profundo del desarrollo de las actitudes de orientación a resultados y responsabilidad.

C-138

MEJORAS DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE ANDALUCÍA.

Álvarez-Rueda JM, Ávila-Rodríguez F, Sánchez-Molina F, Vicaria-Arévalo JM, Vivar-Díaz I

Palabras clave: Evaluación, Proceso, Herramienta.

Objetivos: Identificar oportunidades de mejora en la evaluación del Proceso Asistencial basada en los resultados obtenidos a lo largo de tres años.

Métodos: Un grupo de expertos definió los indicadores clave y sus estándares de las cuatro fases del proceso asistencial. Se estableció un sistema de ponderación consistente en repartir 100 puntos de forma proporcional en las cuatro fases del proceso (25 puntos cada una). Del mismo modo se estableció el grado de ponderación de los indicadores definidos para cada fase. Se analizaron los resultados obtenidos en las evaluaciones del proceso asistencial. *Ámbito:* Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 de Andalucía (627 trabajadores en ocho provincias). *Periodo de trabajo:* enero de 2000 - diciembre de 2002.

Resultados: Durante los años 2000, 2001 y 2002 se prestaron 37.577, 38.892 y 43.352 asistencias respectivamente. En el año 2000 se realizaron un total de 1.600 evaluaciones con una distribución semestral y desde la Sede Central. En los años 2001 y 2002 se realizaron más de 4.000 evaluaciones cada año con una distribución mensual y desde los Servicios Provinciales. En el 2002 se modificó la distribución de puntos en las fases y se concentraron en la fase II y III por considerarlas más críticas. Los resultados globales obtenidos siempre superaron los objetivos marcados ver cuadro. Identificamos discrepancias entre la evaluación ponderada y el resultado final en algunos procesos. Para ciertos procesos con ponderaciones por encima del 85% no se correspondían con lo que nosotros definíamos como procesos adecuados. Los resultados por fases se correlacionan con los resultados obtenidos en los indicadores de proceso.

Conclusiones: Al ser una herramienta cuantitativa se ha mostrado especialmente eficiente para la monitorización de los indicadores de proceso, permitiendo identificar desviaciones sobre los estándares establecidos. Hemos identificado discrepancias entre la ponderación y el resultado final de algunos procesos. Debemos de mejorar la herramienta para que nos permita realizar evaluaciones cualitativas y así minimizar las discrepancias entre la ponderación y el resultado final de algunos procesos.

	2000	2001	2002
Almería	95,27	94,00	92,57
Cádiz	92,92	93,00	91,81
Córdoba	90,78	92,00	91,86
Granada	93,52	91,00	88,74
Huelva	93,53	95,00	92,57
Jaén	94,73	95,00	93,83
Málaga	95,35	93,00	87,63
Sevilla	93,77	90,00	89,48

C-139

DISEÑO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE ANDALUCÍA.

Álvarez-Rueda JM, Martín-Vázquez JM, Tejedor-Sánchez A, Ruiz-Rosales H

Palabras clave: Evaluación. Proceso. Herramientas.

Objetivos: Diseñar el modelo de evaluación del proceso asistencial con las siguientes características: Integrado en el Sistema de Información de EPES. De fácil uso, que facilite la participación de los profesionales. Que realice muestreos aleatorios de las asistencias a evaluar.

Métodos: Un grupo de expertos definió los indicadores clave y sus estándares de las cuatro fases del proceso asistencial. Se estableció un sistema de ponderación consistente en repartir 100 puntos de forma proporcional en las cuatro fases del proceso (25 puntos cada una). Del mismo modo se estableció el grado de ponderación de los indicadores definidos para cada fase. Se diseñó una herramienta informática que realizaba muestreos aleatorios de las asistencias prestadas. Ponderaba de forma automática algunos indicadores y permitía la integración de ponderaciones imputadas de forma manual de otros indicadores. *Ámbito:* Empresa Pública de Emergencias Sanitarias-061 de Andalucía (627 trabajadores en ocho provincias). *Periodo de trabajo:* enero de 2000 - diciembre de 2002

Resultados: Durante los años 2000, 2001 y 2002 se prestaron 37.577, 38.892 y 43.352 asistencias respectivamente. Se consiguió el desarrollo de una herramienta informática integrada en nuestro sistema de información a la cual se accede desde cualquier punto de nuestra red. En el año 2000 se realizaron un total de 1.600 evaluaciones con una distribución semestral y desde la Sede Central. En los años 2001 y 2002 se realizaron más de 4.000 evaluaciones cada año con una distribución mensual y desde los Servicios Provinciales. Aproximadamente un 10% de los servicios se seleccionaron de forma aleatoria para su evaluación. Los usuarios realizaron sugerencias que nos han permitido identificar oportunidades de mejora en la herramienta de evaluación de procesos.

Conclusiones: La herramienta de Evaluación Ponderada nos ha permitido evaluar nuestro proceso asistencial. Es una herramienta integrada en nuestro sistema de información. Se ha conseguido una alta participación de los profesionales. La implicación de los profesionales nos ha permitido mejorar la aplicación que actualmente está en su versión III.

C-140

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ON-LINE DE APOYO A LA DECISIÓN (SIAD) EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Álvaro JA, Ruiz-Arcones P, Sanz-Ligorrred JA, Castilla V
Fundación Hospital Alcorcón.

Palabras clave: Sistemas de información. Gestión de procesos.

Objetivos: La implantación del modelo E.F.Q.M como modelo de gestión del centro ha situado el proceso 'sistemas de información' como el octavo en prioridad de los 25 procesos clave definidos. El macroproceso engloba no solo el mantenimiento de software y hardware, sino también la generación de la información necesaria tanto asistencial como económica y de personal y se ubica en la línea de procesos estratégicos del centro que cuenta con historia clínica electrónica. Nuestro objetivo ha sido diseñar e implantar una herramienta para la obtención de la información asistencial en la Fundación Hospital Alcorcón.

Métodos: 1) Diseño de indicadores de rendimiento para los procesos de programación de pacientes, atención en urgencias, atención en consultas, tratamientos quirúrgicos, hospitalización. 2) Diseño e implantación de la aplicación de generación instantánea de los indicadores a disposición de la dirección del centro y de los profesionales que directamente gestionan los procesos. 3) Vigilancia programada de los indicadores y toma de decisiones para corregir las desviaciones detectadas en el uso del recurso.

Resultados: Desde 1998 el hospital ha utilizado un sistema informático de gestión de pacientes y de historia clínica. En junio de 2002 se completó el diseño del SIAD. En julio comenzó su implantación que desde octubre pone a disposición de la dirección y los profesionales que gestionan los recursos información de los indicadores de proceso. La utilización diaria de esta aplicación ha conseguido mejorar los resultados obtenidos en los procesos referenciados. La espera media en primeras consultas en julio de 2002 de 65 días ha pasado a la actual de 36 días. En Lista de Espera Quirúrgica hemos pasado de 57 a 51 días de demora media en el mismo periodo. La implantación del programa en urgencias se está produciendo en la actualidad.

Conclusiones: La utilización de una aplicación de gestión de pacientes e historia clínica electrónica en paralelo con una aplicación instantánea de control de actividad, mejoró los resultados de los procesos clave de nuestra organización. El coste directo del proyecto sólo ha sido el tiempo de análisis y desarrollo de la aplicación del SIAD.

C-141

MESA 18

Aprendizaje, innovación y mejora continua

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL USO DE LAS AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS

C-143

Collado A, Ríos L, Colomé L, Tomàs RM, Rovira E, Nualart LI
CAP Hospitalet, Tarragona.

Palabras clave: Prevención. Hospitalización. Indicadores.

Objetivos: Comparar las tasas de hospitalización de tres patologías incluidas en las Ambulatory Care Sensitive Conditions y con alta mortalidad entre las observadas en 4 zonas de salud con protocolos consensuados entre atención primaria y especializada y las del conjunto de la región sanitaria a la que pertenecen.

Métodos: Se recogieron los datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBDAH) de base poblacional correspondientes a los residentes en la región sanitaria, se extrajeron aquellos que correspondían a residentes en alguna de las 4 zonas de salud. (Carácter rural o semiurbano, atienden a 40.620 personas: 9% de la región sanitaria). Se obtuvo las tasas de hospitalización por cada una de las siguientes patologías: Cardiopatía isquémica (ACSC 18), insuficiencia cardíaca (ACSC 16,20-24) y enfermedad cerebrovascular (AVC) (ACSC 19). Periodo de estudio: 1998-2001. Análisis estadístico: contraste de proporciones observadas.

Resultados: Las tasas de hospitalización por 10.000 habitantes de las 4 zonas de salud y el total de la región sanitaria (entre paréntesis) fueron las siguientes:

AVC: 1998: 4,92 (7,9; $p = 0,033$); 1999: 3,71 (7,63; $p = 0,004$); 2000: 4,37 (8,13; $p = 0,002$).

Cardiopatía Isquémica: 1998: 27,59 (34,48; $p = 0,019$); 1999: 23,60 (31,33; $p = 0,005$); 2000: 27,50 (28,80; $p = 0,008$); 2001: 28,80 (34,90 $p = 0,029$)

Insuficiencia cardíaca: 1998: 12,02 (17,53; $p = 0,008$); 1999: 11,13 (16,84; $p = 0,005$); 2000: 11,56 (17,81; $p = 0,002$); 2001: 8,90 (17,30; $p < 0,001$)

Conclusiones: En los centros de salud estudiados la tasa de hospitalización por cualquiera de las tres patologías incluidas ha sido significativamente inferior al conjunto de la región sanitaria y esta diferencia se ha mantenido a lo largo del periodo de estudio.

CALIDAD ASISTENCIAL EN PRISIONES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Arroyo-Cobo JM, Astier-Peña MP

C-142

Palabras clave: Gestión de calidad. Prisiones.

Objetivos: Existen escasas referencias publicadas en relación con la calidad asistencial en prisiones (CAP). Por ello los objetivos que planteamos son: Realizar una revisión sistemática de la literatura científica sobre la CAP. Describir la organización y cobertura de la CAP en diferentes países. Identificar los modelos de evaluación de calidad descritos. Identificar las oportunidades de mejora detectadas.

Métodos: Búsqueda en línea a través de las principales fuentes bibliográficas primarias, MedLine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>), Excerpta Médica <http://www.excerptamedica.com/hq>, e índice Médico Español (<http://bddoc.csic.es:8080/RIME/BASIS/ime/web/rime/SF>), en la Biblioteca Cochrane, así como de las fuentes más accesibles de literatura gris sobre el tema (Ministerio de Sanidad, Ministerio del Interior, Consejo de Europa), tanto a partir de materiales publicados en páginas web, utilizando motores de búsqueda genéricos en la red como Google (<http://www.google.com/>), como de otras fuentes no electrónicas como monografías y actas de Seminarios y Congresos.

Resultados: De los 99 trabajos encontrados se han seleccionado 36. Un 60% son publicaciones de administraciones públicas o juicios de expertos y el resto publicaciones en revistas técnicas. El 44% son publicaciones de Reino Unido, el 22% españolas y un 16,7% americanas. El 79% de los trabajos están publicados en los últimos 4 años. Oportunidades de mejora relacionadas con las estructuras: prioridad de lo regimental frente a lo sanitario; escasez y desmotivación del personal sanitario; descoordinación con el sistema público sanitario extrapenitenciario; importante ausencia de planificación en los servicios sanitarios penitenciarios. Oportunidades en los procesos asistenciales: dificultades en la atención por el tipo de población; escaso trabajo de promoción y educación para la salud; cumplimentación ineficiente de los registros sanitarios. Oportunidades en los resultados: los usuarios perciben una mala atención sanitaria; insatisfacción de los profesionales sanitarios en ciertos aspectos de su labor.

Conclusiones: Gran parte de los documentos que se refieren a la calidad asistencial en prisiones son poco accesibles, basados en trabajos encargados a administraciones penitenciarias. No existe un modelo único de evaluación pero está claro que existen oportunidades de mejora para actuar. El desarrollo de una herramienta de evaluación y monitorización de calidad en prisiones resultará un elemento fundamental.

COSTES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMBINADO DE PATOLOGÍA MÚLTIPLE DE SUELO PÉLVICO EN UN SOLO TIEMPO Y TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN DIFERENTES TIEMPOS

C-144

Forsten JE, Puigdollers A, Carrasco G, Amselem C

Objetivos: Cuantificar costes relacionando el tratamiento quirúrgico combinado por patología múltiple de suelo pélvico en una sola sesión con el tratamiento de la misma patología en sesiones diferentes.

Métodos: Estudio de casos y controles sobre base poblacional mediante apareamiento individual de pacientes agrupadas por múltiples características. Cuantificación costes a partir de la información servida por la contabilidad analítica procedente de programa informático con base en datos reales de consumo.

Resultados: El incremento total de los costes directos atribuible al tratamiento quirúrgico en tiempos diferentes, frente al tratamiento quirúrgico combinado fue de 1.416,07 euros.

Conclusiones: El cálculo del coste por ambos procedimientos proporciona una indicación del ahorro potencial que se puede conseguir al adoptar uno de ellos. El análisis de costes es necesario para precisar la calidad en términos de coste-efectividad.

EFFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

C-145

González de Cangas B, Dios del Valle R, Rodríguez-García I

Palabras clave: Cirugía Menor. Atención Primaria. Calidad Asistencial.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las medidas de mejora implantadas a lo largo de los años 2001 y 2002 en el programa de Cirugía Menor.

Métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo y transversal, de calidad científico técnica. *Ámbito:* Equipo de Atención Primaria (AP) Navia. Área I del Servicio de Salud del Principado de Asturias. *Sujetos:* Pacientes con Tarjeta Sanitaria adscritos a dicho equipo y que aparezcan en los listados de Cirugía Menor del Sistema de Información de AP. *Muestra:* Se estudian todos los pacientes adscritos al programa de cirugía menor (CM) en los años 2000 a 2002. *Mediciones:* A partir del año 2001 se implantaron como medidas de mejora del programa de CM, un curso teórico-práctico de CM, y en enero de 2002 se elaboró un modelo de consentimiento informado y una hoja de registro del programa. Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes adscritos al programa de CM previamente a la implantación de las medidas (año 2000) y los dos años siguientes al desarrollo de las mismas. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, diagnóstico, tipo de intervención, y como indicadores de calidad (de proceso) se utilizaron las normas técnicas del programa de CM de cartera de servicios (NT 317,1.: existencia de juicio diagnóstico. NT 317,2: Anamnesis preoperatoria. NT 317,3: Existencia de consentimiento informado. NT 317,4: intervención realizada y cuidados. NT 317,5: Resultado anatomopatológico.)

Resultados: De los 180 pacientes estudiados, el 53,3% eran hombres (IC95%: 37,5-44,75). La edad media era de 41,13 años (37,5-44,75). Los diagnósticos más frecuentes fueron: herida inciso-contusa (34,3%, 26,7-42,6), verrugas y abscesos. El tipo de intervención más frecuente fue: sutura (34,3%, 26,7-42,7), exéresis y crioterapia. La evolución tras la introducción de las medidas de mejora se refleja en la mejora significativa de todos los indicadores de calidad evaluados: la NT 317,1 paso de un 63% (IC95%: 50-76) de adecuación en el 2000 a un 88% (77-94) en el 2002; la NT 317,2 pasó de un 15% (7-26) a un 36% (24-49); la NT 317,3 pasa del 65% (52-77) al 86% (75-93) y la NT 317,5 pasó del 65% (52-77) al 88% (77-94).

Conclusiones: Tras el proceso de evaluación de las medidas de mejora implantadas se ha observado que han sido claramente efectivas. A pesar de ello, existen oportunidades de mejora, siendo destacable el bajo nivel de adecuación a la norma 317,2 (Anamnesis preoperatoria) aunque se hayan conseguido mejoras significativas, por lo que es necesario determinar e implantar nuevas acciones de mejora específicas.

PROYECTO DE PLANIFICACIÓN DEL CENTRO MÉDICO POVISA DESDE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS

C-147

Cabezas C, Gozalo T, González-Gallegos M, Geremías L, Marcuño A

Palabras clave: Planificación. Gestión.

Objetivos: 1) Asegurar en cada servicio una actividad con criterios de calidad asistencial y con la mayor optimización de recursos. Se estudia la situación previa y la posterior a la utilización de esta metodología. 2) Desarrollar este proyecto dentro del marco de referencia del plan de calidad de nuestro Centro y de la mejora de la calidad en la gestión.

Métodos: 1) Análisis de situación, que incluye: indicadores de actividad, tipos de actividad, horas de trabajo semanal por colegiado y servicio. 2) Desarrollo de criterios de buena práctica asistencial en cuanto a tipos de actividades y tiempos adecuados. 3) Rediseño del servicio. 4) Selección de la patología más prevalente y desarrollo de procesos asistenciales con indicadores para su seguimiento. 5) Pactar DPOs con un modelo de incentivar económica.

Resultados:

	Año 2001	Año 2002
Horas semanales Servicio	164,5	209,5
Horas semanales por colegiado	27,4	35
Capacidad productiva utilizada	69%	87%
Horas quirófano semanales	42,5	45,5
Horas planta semanales	18	25
Horas consulta semanales planificadas	85	121
% ocupación consultas	43,3%	64,5%
Vías clínicas	1	2
Procesos asistenciales con A. primaria	0	1
Tiempo medio de dedicación / consulta (min)	8	12,5
% de consultas no programadas	35%	12%
% de consultas fallidas	11%	11%
Tiempo medio espera primeras consultas (días)	92	34
% Informe de alta de consulta	82%	91%
% Informe de alta de hospitalización	92%	98%

Conclusiones: Aplicando herramientas de gestión y calidad en la planificación de un Servicio, con criterios de adecuación consensuados con el mismo, se logra una mejora objetiva de la actividad asistencial con una mayor eficiencia.

CONFERENCIAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS: HERRAMIENTA PARA LA CONFLUENCIA DE CULTURAS Y PRÁCTICAS

C-146

Portillo I, Vaquero M, Zubillaga G, Vivanco J, Zavala E, Alonso J

Hospital Donostia. Gipuzkoa.

Objetivos: Evaluar los resultados conseguidos con las Conferencias Clínico-Patológicas (CCP) desde octubre 2000 hasta mayo 2002. Conocer el impacto de las Conferencias Clínico-Patológicas en el proceso de convergencia de tres hospitales a un hospital único (Hospital Donostia)

Métodos: Grupo multidisciplinar: dirección médica, anatomía patológica, medicina interna, calidad y comunicación. Ciclo PDCA. Elaboración guía de sesiones. Selección de casos y de profesionales con diferente procedencia de hospitales originarios (Arantzazu, Gipuzkoa y Amara), así como externos (Comarcales, Generales, Instituto Medicina Legal). Participación reglada para residentes y estudiantes. Elaboración y difusión de un boletín, consulta de casos en página web y publicación de conferencias seleccionadas. Incentivación de ponentes, facilitación de asistencia y de conocimiento informal. Soporte logístico.

Resultados: Realización de 18 CCP (media 10/año), participación de 6 ponentes de media en cada sesión. Equilibrio de las diferentes organizaciones de origen. 17% del total de médicos y residentes (549 y 90 respectivamente) han participado como ponentes. Participación del 100% de los servicios clínicos y centrales. Media de asistencia: 98 personas (rango 215-60). Análisis de la evidencia disponible en todos los casos. En 2002 se ha conseguido la acreditación docente de las CCP. Las CCP están incorporadas plenamente en la actividad hospitalaria con calendario anual y responsables específicos. Evaluación y mejora mantenida.

Conclusiones: Participación activa y multidisciplinar. Acercamiento entre profesionales de servicios afines que trabajaban en culturas y prácticas diferentes. Factores de éxito: equipo tractor, motivación profesional en la evaluación y mejora de la atención y apoyo de la dirección. Necesidad de mejorar la participación tanto interna como externa.

UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS PARA DEFINIR OBJETIVOS DE CALIDAD POR SERVICIOS

C-148

Martínez-Ortega MC, Blanco G, Conesa M

Palabras clave: Reingresos. Objetivos. Puntos Críticos.

Objetivos: Analizar los reingresos en un hospital de 235 camas para establecer objetivos de calidad por servicios. Utilizar los resultados de este análisis para establecer puntos críticos y medidas de control sobre los posibles reingresos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Fuente de información: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se analizaron 8627 episodios de hospitalización del año 2002. Se revisaron los reingresos correspondientes al ingreso urgente que sucede en los 30 días siguientes al alta con el mismo diagnóstico principal que el episodio índice, y los sucedidos por encima de los 30 días del alta. Se analizan posibles causas de reingresos.

Resultados: Durante el año 2002 se produjeron en nuestro hospital 8.627 altas: 4.588 hombres (53,1%) y 4.039 mujeres (46,8%). El 67,7% (5842) de los ingresos fueron urgentes frente a un 32,3 (2785) programados. De los 5.842 ingresos urgentes, 844 (9,78%) fueron episodios de reingreso con idéntico diagnóstico principal entre episodio índice y subsiguiente. Estos 844 episodios corresponden a 349 pacientes, lo que supone un 4,04% de pacientes que reingresaron durante el año 2002. En el periodo de 30 días siguientes al alta, son 233 (2,7%). Los servicios con un mayor número de pacientes con reingresos fueron: M. Interna (59,2%), Psiquiatría (30,4%), C. General (6%), C. Vascular (2,5%) y Traumatología (1,7%). Los servicios de C. Plástica, Urología, Oftalmología y Ginecología no tuvieron reingresos en los 30 días siguientes al alta. Si analizamos los pacientes que reingresaron durante el 2002 sin acotar periodos encontramos: M. Interna (61,3%), Psiquiatría (20,9%), C. General (8,5%), C. Vascular (7,4%), Traumatología (1,4%) y Urología (0,2%). C. Plástica, Oftalmología y Ginecología no presentaron reingresos durante 2002. Respecto al sexo y edad, supone riesgo de reingreso ser hombre y mayor de 75 años, excepto en Psiquiatría donde lo es ser menor de 35 años. Se determinaron las patologías favorecedoras de reingresos estando en fase de diseño los planes de actuación sobre ellas (planes de cuidados, Vías Clínicas, etc.).

Conclusiones: A pesar de que la información que nos aportan los reingresos hospitalarios puede estar distorsionada por múltiples factores (intrínsecos y/o extrínsecos al paciente), sigue siendo un indicador de resultado básico, útil para establecer criterios para mejorar la práctica asistencial. Analizar los reingresos hospitalarios puede ser la forma de conocer y abordar otros problemas subyacentes de modo más completo.

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ININTERRUMPIDO EN EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LA CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

C-149

Morales-Jiménez F, Martínez-Manzanares M, Mellado-Martínez EM, Guillén-Rubio F, Dasi E, Martínez-Bueno MA
Hospital Morales Messeguer.

Palabras clave: COT. Programa de Atención Ininterrumpido. Fisioterapia.

Objetivos: Evaluar el efecto de un Programa de Atención Ininterrumpido (PAI) sobre el tiempo y la demora en la asistencia del tratamiento ambulatorio fisioterápico en la Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Métodos: El estudio sigue un diseño cuasi-experimental antes-después evaluando la efectividad del PAI sobre el tiempo en la lista de espera de inicio de tratamiento fisioterápico y el número de sesiones de tratamiento ambulatorio. *Medio:* El estudio se realizó en el Servicio de Rehabilitación de un hospital general universitario. *Desarrollo del estudio:* La primera evaluación se realizó sobre los pacientes de COT tratados entre los meses de enero y marzo del 2002 (previos a la apertura del PAI). La segunda evaluación se realizó sobre los pacientes de COT dados de alta de tratamiento ambulatorio fisioterápico durante los meses de junio y julio del 2002. *Variables de estudio:* Variable independiente: PAI; Variables dependientes: Tiempo en la lista de espera de inicio de tratamiento fisioterápico (en días de demora); Tiempo de asistencia en tratamiento ambulatorio fisioterápico (número de sesiones ambulatorias).

Resultados: Los grupos ($n = 25$) eran comparables tanto en el tipo de patología (60% de prótesis totales de rodilla y 40% de prótesis totales de cadera, en ambas evaluaciones) como en la edad media de los sujetos (1ª evaluación: $71,4 \pm 8,01$ años; 2ª evaluación: $73,5 \pm 5,42$ años; $p > 0,05$). En la 1ª evaluación, se obtuvo una media de días de demora hasta el inicio del tratamiento fisioterápico de $41,2 \pm 27,8$ frente al resultado de la 2ª evaluación: $6,5 \pm 4,9$ ($p < 0,05$). Del mismo modo, el número de sesiones ambulatorias se redujo de $41,2 \pm 28,9$, en la 1ª evaluación, hasta $19,8 \pm 7,2$ de la 2ª evaluación ($p < 0,05$).

Conclusiones: El inicio del PAI tiene como consecuencia inmediata la drástica disminución del número de sesiones ambulatorias de tratamiento fisioterápico, relacionado probablemente con la disminución de complicaciones producida por el descenso en la demora de inicio de tratamiento. En ocasiones, pequeños cambios introducidos en este proceso pueden tener un efecto sorprendente en el resultado final así como en la satisfacción de los usuarios.

MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS DIABÉTICOS DE UN ÁREA DE SALUD

C-151

Rodríguez-Alcalá FJ, García MI, Vallés N, Carrasco J, Fernández O, Esteban M

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Atención Primaria. Control.

Objetivos: Determinar el porcentaje de diabéticos con un control aceptable de su enfermedad, 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 2001 con la evaluación retrospectiva de 4.379 historias clínicas de diabéticos, seguida de medidas correctoras de tipo educacional (difusión de resultados, sesiones informativas en los EAP) y posterior reevaluación (año 2002) de idénticos criterios en 4.750 historias. Unidades del estudio: pacientes diagnosticados de diabetes de 32 centros de salud. Muestreo aleatorio sistemático sobre los listados de pacientes diabéticos incluidos en programa. Se consideró control aceptable de la diabetes cuando se cumplían al menos uno de los dos criterios siguientes: media de las dos últimas determinaciones de glucemia basal inferiores a 126 mg/d (plasma venoso) ó 110 mg/dl (capilar) o cifras de hemoglobina glicosilada inferiores al 7,6% (sólo se consideraron las determinaciones realizadas en los últimos 6 meses).

Resultados: En la primera evaluación el porcentaje de diabéticos con control aceptable fue de 16,2% (considerando el total de la muestra); de los pacientes no controlados el 44,3% se debía a que sus cifras superaban los límites establecidos, el 40,3% a la ausencia de registros en los 6 últimos meses y el 15,4 a que no apareció la historia clínica; considerando sólo aquellos pacientes que tenían registro de los parámetros evaluados el porcentaje de control aceptable fue de 30,3%. Tras las medidas correctoras, el porcentaje de diabéticos con control aceptable pasó al 23,2% (considerando el total de la muestra); de los pacientes no controlados el 59,4% se debía a que sus cifras superaban los límites establecidos, el 34,4% a la ausencia de registros en los 6 últimos meses y el 6,2 a que no apareció la historia clínica; considerando sólo aquellos pacientes que tenían registros el porcentaje de control aceptable fue de 33,8%.

Conclusiones: La evaluación de las historias de diabéticos con difusión de los resultados, unida a sesiones informativas, conlleva una sustancial mejora tanto de los registros en las historias de los diabéticos como del control metabólico de estos.

APLICACIÓN DE UN ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA UNIDAD SOCIO SANITARIA

C-150

de Febrer G, Garnica A, Bonet M, Yaguez C, García B, Cabestany C

Palabras clave: Calidad de vida. Atención Sociosanitaria. Geriatria.

Objetivos: 1) Evaluar si los pacientes de nuestra unidad mejoran su capacidad funcional y su estado de salud. 2) Valorar la aplicación de un cuestionario de CVRS en un ámbito sociosanitario.

Métodos: Pacientes dados de alta desde junio hasta diciembre de 2002 agrupados por diagnóstico: traumatólogo, oncológico, neurológico, cardiorrespiratorio, quirúrgico digestivo. Euroqol 5D valora cinco dimensiones: Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, en niveles de gravedad: 1 = sin problemas, 2 = algunos problemas y 3 = problemas graves. Los estados de salud (ES) son convertidos en un índice de valores sociales aplicando unos parámetros derivados de las preferencias de la población de referencia. Se obtuvieron las diferencias entre los índices de salud al ingreso (I) y al alta (A) y su relación con variables sociodemográficas y diagnóstico principal. Se determino el impacto de nuestra intervención calculando el cambio (I/A) en cada una de las cinco dimensiones.

Resultados: Registro de los datos del EuroQol-5D en el 100% de los pacientes. Edad media 76,38 DE (13,21) a., 59,7% > 75 a. Mujeres 55,7%. Diagnóstico al ingreso: traumatólogo 32%, oncológico 19,6%, neurológico 19,6%, cardiorrespiratorio 12,4%, quirúrgico digestivo 7,2% y otros 9,2%. Los ES calculados para todos los pacientes: I 0,261 DE (0,431) A 0,462 DE (0,433). Se relaciono de forma significativa un mejor ES A con un mejor ES I. Se estableció una fuerte asociación entre la edad y ES, siendo peor el ES a mayor edad. Por diagnósticos se observó una mejoría en el ES en los seis grupos, $p = ns$ 58,1% de los pacientes traumatólogos tuvieron una mejoría significativa en la movilidad, al contrario que los pacientes neurológicos que empeoraban de forma significativa. En cuanto al dolor se objetivó un descenso en la percepción del mismo en el grupo oncológico quedando sin dolor 1) o con algo 2) el 89,5%.

Conclusiones: 1) Se observa el incremento esperado en cada dimensión de acuerdo con el diagnóstico principal, permitiéndonos reforzar nuestra actuación en aquellas dimensiones que no mejoran. 2) La intervención geriátrica interdisciplinar debe ser considerada un buen método para mejorar la calidad de vida en los pacientes ancianos.

APROXIMACIÓN A LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MEDIANTE EL CMDB. ¿PODEMOS MEJORAR LOS INFORMES DE CIERRE DE HISTORIA?

C-152

Martínez-Ortega MC, Blanco G, Conesa M

Palabras clave: Éxitus. Informe. CMDB.

Objetivos: Analizar las causas de mortalidad a través del CMDB de hospitalización para determinar áreas de mejora en el cierre de la historia clínica.

Métodos: Se analizaron los éxitus de un hospital de 235 camas durante el año 2002. Se establecieron como variables de estudio: datos de filiación, distribución de éxitus por servicios y diagnóstico principal, así como por días de estancia hasta el éxitus. Se analizaron los diagnósticos inespecíficos, los englobados bajo el capítulo de la CIE "síntomas, signos y estados mal definidos" y se revisó el informe de alta cuando el diagnóstico principal pudiera resultar discordante como causa de éxitus.

Resultados: Durante el año 2002, se produjeron 306 éxitus, 59% hombres y 41% mujeres. El 62% (188) eran > 40 años, 30% (92) tenían entre 65-80 años y 8% (26) < 65 años. Si analizamos las patologías de estos 26, el 65% son pacientes oncológicos, 19% presentaban patología del aparato circulatorio, 8% respiratorio, 8% digestivo. Por servicios se distribuyen: 82% Medicina Interna, 10% Cirugía General, 5% Cirugía Vascular, 2% Urología y 1% Traumatología. Los servicios de Ginecología, Oftalmología, Cirugía Plástica y Psiquiatría no tuvieron ningún éxitus durante el año 2002. En cuanto a la distribución por servicio y edad: Medicina Interna 218 (87%) > 70 años, 158 (63%) > 80, 13% < 70 años; de éstos 41% corresponde a neoplasias. Cirugía General 87% > 70 años, 13% < 70; de éstos el 100% fueron neoplasias. Cirugía Vascular 94% > 70, 69% > 80, 6% < 70. En Traumatología y Urología el 100% son > 70 años; 25% y 33% > 80 respectivamente. Por grupos de patología, el 83% de diagnósticos se pueden englobar en patología respiratoria (24%), neoplasias (20%), patología cardiaca (18%), cerebrovascular (13%) y patología de la circulación periférica (8%). Se revisaron diagnósticos como "Admisión para tratamiento paliativo" que correspondieron a neoplasias y un caso a cirugía vascular, "Otras enfermedades respiratorias no clasificadas bajo otro concepto", y los códigos del capítulo de la CIE "síntomas, signos y estados mal definidos" que resultan poco adecuados como diagnóstico principal en un cierre de historia.

Conclusiones: A pesar de que el CMDB no refleja de modo directo la causa de muerte, la revisión de los éxitus puede ser una herramienta para proporcionar a los clínicos oportunidades de mejora en relación a los informes de alta de estas historias. Se debería evitar que el informe de alta de un éxitus reflejara un diagnóstico impreciso o inespecífico.

MESA 19

Desarrollo de alianzas entre diferentes organizaciones

PLAN DE CALIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROYECTO NACIONAL (REDES DE INVESTIGACIÓN) DE COMORBILIDAD DEPRESIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C-154

Sarasola A, Lobo A, Saz P, García-Campayo J, Salvador L, Gil VF, de Pablo J, Bulbena A, Farré JM, Palomo T, García-Camba E, Lozano M
Hospital Clínico Universitario Zaragoza, Zaragoza.

Palabras clave: Plan de Calidad. Psiquiatría de Enlace. Redes de investigación.

Objetivos: En el marco de un proyecto de investigación sobre comorbilidad depresiva en pacientes hospitalizados y seguidos en atención primaria (FISss G03/128 - Redes Investigación 2003-2006) que se está llevando a cabo en el territorio Español y que se coordina desde el Grupo de Trabajo de Zaragoza para el estudio de la Morbilidad Psíquica y Psicósomática (GZEMPP), se ha comenzado a elaborar un Plan de Calidad que permita incorporar en los grupos participantes, una cultura de trabajo de participación y sistematización de la actividad y de mejora continua.

Métodos: Se establecerá un cronograma que incluya las Fases del Plan de Calidad:

Política: Misión, Visión, Principios Básicos y Líneas Estratégicas.

Plan: Objetivos del periodo, contenidos, procesos, niveles de responsabilidad, sistema organizativo.

Programa (anual): Desarrollo y evaluación de objetivos siguiendo el ciclo de mejora continua.

Resultados: Se aportará al congreso el Plan de Calidad tal como se ha diseñado y estructurado en las fases mencionadas en el apartado anterior. Se hará especial énfasis en la presentación de indicadores elaborados.

Conclusiones: El Plan de Calidad contribuirá a:

- 1) Disminuir la variabilidad de los procesos.
- 2) Aumentar la eficiencia del grupo.
- 3) Incorporar a su cultura la de la evaluación sistemática y la mejora continua.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO DE UN PLAN PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

C-153

Novoa-Jurado AJ, Coronado-Romero D, Herranz-Marín MT, Valdés-Belmar JL, Iniesta-Alcazar J, Paredes-Sidrach A
Hospital Morales Messeguer.

Palabras clave: Continuidad. Investigación-acción. Niveles asistenciales.

Objetivos: Describir el desarrollo e implantación de un Plan para la Garantía de la Continuidad Asistencial.

Métodos: Programa de trabajo basado en el paradigma de la Investigación-Acción.

Resultados: Durante el año 2002 se inicia un plan integral para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, liderado por la Gerencia del Hospital con las siguientes fases:

- 1) Nombramiento de un responsable del Plan.
- 2) Consenso de los objetivos del Plan con la Gerencia de Atención Primaria y elección de dos Centros de Salud pilotos.
- 3) Revisión bibliográfica.
- 4) Investigación de campo:
 - a) Establecimiento de relación personal.
 - b) Detección de problemas de coordinación en la práctica
- 5) Establecimiento de Estrategias de Acción:
 - a) Programa de Colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria.
 - b) Organización de Grupos de Trabajo de Área.
 - c) Rediseño de Circuitos Asistenciales.
 - d) Consenso del Volante para la Petición de Pruebas Analíticas.
 - e) Organización de una Interconsulta Docente Dermatológica.
 - f) Organización de Sesiones Docentes Interniveles.
 - g) Organización de una Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria para la planificación del alta hospitalaria de pacientes sociosanitarios complejos o bed-blockers.

Conclusiones: La coordinación entre niveles asistenciales debe ser una prioridad para los gestores sanitarios. El paradigma de investigación acción puede ser útil para planificar actuaciones organizativas complejas. El nombramiento de un responsable directo puede implementar las estrategias.

ENCUESTAS A LA SOCIEDAD COMO GUÍA PARA LA GESTIÓN DE UN HOSPITAL

C-155

Moracho del Río O, Ruiz-Álvarez E, Salgado-Larrea MV, Aguirre-Alberdi L, Valverde-Citores RM, Landaluce-Lauzurica JI
Hospital de Zumárraga.

Palabras clave: Encuestas sociedad. Mejora Continua. EFQM.

Objetivos: Utilizar un método de medición para conocer los resultados obtenidos en la percepción de la sociedad desde los diferentes agentes seleccionados como objetivo de gestión.

Métodos: Se elaboran diversas encuestas de diseño propio que exploran diferentes dimensiones de impacto en los distintos agentes. En este estudio se desarrollan las encuestas realizadas a ayuntamientos y a organizaciones sanitarias con las que se ha colaborado en el desarrollo de sus sistemas de gestión. Contienen 9 y 3 preguntas cerradas a cumplimentar en una escala continua de 1 a 10 y una pregunta abierta. Remisión de la encuesta anónima con sobre franqueado y carta explicativa. La explotación de los datos sirve para detectar áreas de mejora y su evolución, dando lugar a un informe que se utiliza para su divulgación, la medición del avance del plan estratégico y la realización del plan de gestión.

Resultados: Se remiten las encuestas a todos los ayuntamientos de la zona de influencia (24) y a las organizaciones con las que se ha colaborado en los dos últimos años (52). El nivel de respuesta ha sido del 72% y del 61%. La percepción en la primera encuesta varía de 7,2 en la colaboración con los servicios sociales a 8,9 en cuanto a la creación de empleo directo en la zona. Los resultados en organizaciones varían entre 7,9 en la utilidad del apoyo prestado a 9,0 en cuanto a la disponibilidad de la organización. En estos momentos se están evaluando los resultados de la segunda encuesta.

Conclusiones: Uno de los objetivos estratégicos de un hospital para la aplicación de la mejora continua en el marco del Modelo EFQM es el impacto en la sociedad, y las encuestas suponen una herramienta imprescindible para conocer los resultados alcanzados y establecer acciones de mejora. Los ayuntamientos valoran de forma muy positiva la aportación del hospital a sus ciudadanos, si bien tenemos áreas de mejora en la cobertura asistencial, la colaboración con los servicios sociales y la gestión del medio ambiente. Las organizaciones han valorado de forma excelente la disponibilidad de la organización y de sus profesionales y de forma muy positiva la utilidad del intercambio.

ENCUESTA DE OPINIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Guajardo-Remacha J, Colina-Alonso A, Regulez-Arriño P, Herrero-Heredero R, Escobar-Martínez A, Caballero-García JC

C-156

Palabras clave: Encuesta de Atención Primaria. Atención Primaria.

Objetivos: Conocer la opinión de los médicos de Atención Primaria con respecto a su Hospital de referencia para priorizar nuevas áreas de mejora y planificar unas líneas de acción. Encuesta con 25 cuestiones y 5 posibles respuestas desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo" según la escala de Likert y otras 2 preguntas de opinión. Entre las 25 preguntas hay dos para valorar de 1 a 5 puntos, los diferentes servicios del Hospital.

Métodos: Se efectúa una búsqueda de otras encuestas realizadas a la Atención Primaria para confeccionar nuestra encuesta: Reunión con los JUAP (Jefes de Unidades de Atención Primaria para validar la encuesta). Ejecución de la encuesta en un plazo de 15 días. Explotación y análisis de la encuesta. Priorización de áreas de mejora.

Resultados: Han contestado el 49% de los médicos, destacando como áreas de mejora: La relación entre los médicos de 1ª y Hospital, ya que ni siquiera conocen el Hospital el 30%. Deficiente información entre los dos niveles. Muy escasa docencia orientada a la Primaria. Sentimiento de encontrarse infravalorados por la especializada.

Conclusiones: Es una herramienta fácil y barata para conocer la opinión de los Médicos de Primaria, y sirve para extraer áreas de mejora. Abre expectativas de colaboración que obligará a cubrir "al hacer una encuesta se adquiere un compromiso de actuación". Estimula para crear fuentes de colaboración entre niveles.

EL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, UN OBJETIVO CLAVE PARA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Costa J, Matarranz P, Sainz A
Hospital Universitario Puerta de Hierro.

C-157

Palabras clave: Informe de alta. Cuidados enfermeros. Calidad.

Objetivos: El Hospital tiene criterios consensuados para la realización del informe de enfermería al alta del paciente que necesita cuidados. El objetivo ha sido revisar los informes, obtener indicadores de emisión y cumplimentación y determinar frecuencias de problemas atendidos.

Métodos: Informes de pacientes ingresados en el año 2002 con diagnósticos codificados. Estimación por rango de edades de los porcentajes de pacientes que necesitan cuidados. Auditoría de historias para valorar la existencia de informe en pacientes con probabilidad de necesitarlo. Análisis y revisión de los informes para codificar (Taxonomía NANDA) los DxE reales y de riesgo.

Resultados: En 9.183 pacientes ingresados con estancia superior a 2 días se realizan 329 informes (3,6%). El estudio probabilístico por estratos por grupos de edades indica una tendencia creciente de probabilidad de 1% en menores de 50 años a 8% en mayores de 80 años. La auditoría realizada en los 65 pacientes de 92 años ofrece ya resultados provisionales detectando una ausencia de realización de Informe de Alta de 57,1%. La valoración de los informes a partir de diagnósticos y problemas definen características de la población, destacando entre los 1.195 DxE, la alteración de la integridad cutánea (20,5%), déficit de autocuidados (16,9%), riesgo de infección (7,9%) y deterioro de la movilidad física (5,9%) que se corresponde con la mayor frecuencia de hallazgos registrados con alteraciones de la piel (66%), incontinencia fecal (58,1%), necesidad de ayuda para locomoción (72,8%) y capacidades sensoriales alteradas (44,7%). Los enunciados de los DxE NANDA indican que de 1.195 problemas, 1.087 corresponden a diagnósticos perfectamente identificados, 54 a complicaciones y los restantes 54 a diagnósticos médicos. La pertinencia de 95,5% ha mejorado respecto a estudios de 1994 (60%) y 1996 (74%).

Conclusiones: El estudio confirma que los informes están bien cumplimentados pero no se hacen en todos los pacientes que debería hacerse.

CONOCIMIENTO, CONFIANZA, SATISFACCIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS MÉDICOS DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA

Díez-Manglano J
Hospital Royo Villanova.

C-158

Palabras clave: Atención Primaria. Hospital. Alianzas.

Objetivos: Conocer cuál es el grado de conocimiento entre los médicos de atención primaria y los médicos de su hospital de referencia, la confianza mutua entre profesionales, la satisfacción entre los diferentes niveles asistenciales y la comunicación existente entre los mismos.

Métodos: Se enviaron 2 cuestionarios distintos, uno a los médicos de atención primaria y otro a los médicos del hospital. Cada uno de los cuestionarios contenía afirmaciones y se puntuaba 0-10 el grado de acuerdo con las mismas. En ambos cuestionarios los ítems se agrupaban en 4 categorías: conocimiento, confianza, satisfacción y comunicación con el otro nivel asistencial.

Resultados: Contestaron a las encuestas el 25% de los médicos del hospital y más del 50% de los médicos de atención primaria. Estaban representados todos los centros de salud del área. Los médicos del hospital conocen poco a los médicos de familia ($2,0 \pm 2,50$) y la cartera de servicios de atención primaria ($3,87 \pm 3,30$). Tienen bastante confianza en los centros de salud para cuidar de sus pacientes ($6,74 \pm 2,00$) y están bastante satisfechos con ella ($6,62 \pm 1,70$). Consideran conveniente una estrecha coordinación con los profesionales de atención primaria ($9,14 \pm 1,90$). Los médicos de atención primaria también conocen poco el hospital ($4,68 \pm 3,72$) y su cartera de servicios ($5,15 \pm 3,72$). Confían en el hospital para atender a sus pacientes ($7,43 \pm 1,77$) y creen necesaria una coordinación más estrecha con el hospital ($9,02 \pm 1,41$).

Conclusiones: Es necesario aumentar el conocimiento de los profesionales de atención primaria y su hospital de referencia y difundir entre ambos niveles la cartera de servicios que prestan. Hay que establecer sistemas de comunicación ágiles y eficaces entre ambos niveles.

APLICABILIDAD DEL USO DE INFORMACIÓN COMPARTIDA ENTRE 8 PROVEEDORES DISTINTOS

Cerdà I, Anglada A, Roca J, Casadevall M, Ledesma A, Vilatimó R, Cunill X, Generó M, Esteve X

C-159

Palabras clave: Capitativo. Información. Compartir.

Objetivos: Mostrar como se ha plasmado el objetivo de gestión de crear una alianza entre los 8 proveedores mediante la información compartida de la historia clínica.

Métodos: El Servicio Catalán de la Salud (SCS) inició, el 2001, un proyecto piloto de financiación capitativa, para la compra integrada de servicios de salud de Cataluña. Este modelo se basa en la compra de servicios de salud según las necesidades de salud de la población y no según actividad. En nuestra comarca identificamos 8 proveedores de salud: 2 socio-sanitario, 3 de atención primaria, 2 de atención especializada y 1 de psiquiatría y salud mental. Inicialmente se determinaron las necesidades del sistema de información: asistenciales, de organización, económicas y de comunicación, estableciéndose los requerimientos de dicho sistema. Mediante el consenso se determinó la necesidad de conservar la informática individual de cada centro, no integrándose procesos entre entidades y potenciándose la interoperabilidad, utilizando la red sanitaria de Cataluña, i por tanto en coherencia con el sistema de información del SCS. Se definió la estructura del sistema: aplicaciones comunes y propias de cada entidad e incorporación de la historia clínica que tiene el paciente en cada centro, iniciando así, la gestión de documentos a compartir. Se elaboró el programa informático de trabajo para los profesionales de la salud de la comarca y se definieron los sistemas de comunicación. Se escogió a 100 profesionales de la comarca, para realizar la prueba piloto de la historia clínica compartida, a partir del 1 de enero de 2003.

Resultados: La red de información cuenta con la información procedente del Hospital de agudos (informes de: alta hospitalaria, urgencias, radiología y resultados de laboratorio), y no se ha incorporado información de los 7 proveedores restantes. El uso del sistema de información por parte de los 100 facultativos de la comarca ha sido del 70%. Hay 30 profesionales (30%) que no han accedido ninguna vez al sistema de información.

Conclusiones: La historia clínica compartida mejora la accesibilidad de la información, tanto para el facultativo como para el paciente. Uso del sistema de información, por parte de los facultativos en prueba piloto, progresiva. El sistema de información compartida ofrece buenas perspectivas para la mejora de atención al paciente, pero su uso implica un cambio de sistemática de trabajo. Trabajo inicial añadido para los proveedores que no disponen de una cultura de información del paciente informatizada.

MESA 20

Responsabilidad social

USO EFICIENTE Y CONSUMO RESPONSABLE DEL AGUA EN UN HOSPITAL GENERAL

C-161

Díez-Manglano J, Cabezudo-Vallés R, Vázquez-Falcón G, Artero-Gracia MS
Hospital Royo Villanova.

Palabras clave: Consumo de Agua. Hospital.

Objetivos: Describir las medidas para un consumo eficiente y responsable de agua en un hospital general.

Métodos: A lo largo del año 2000 nuestro hospital participó en la campaña institucional "Zaragoza, ciudad ahorradora de agua. 50 buenas prácticas" coordinada por la Fundación Ecología y Desarrollo. En el curso de la misma se realizó una ecoauditoria sobre el consumo de agua, una encuesta a los empleados sobre medidas de ahorro de agua y se introdujeron algunas medidas de consumo responsable.

Resultados: En octubre de 2000 el tratamiento de las aguas contra la Legionella se hacía por choque térmico a 70°C una vez al mes dejando circular el agua durante 10 minutos. A partir de esa fecha se optó por un sistema de tratamiento del agua mediante ionización. Comparando el periodo abril-junio de los años 2000 y 2001, gracias al nuevo método el consumo de agua se redujo en 71,2 litros/cama/día, que para una media de 168,9 camas supone un ahorro de 12.025,68 litros al día (más de 4.000 m³ al año). El consumo de agua es de 411,9 litros/cama/día (150,3 m³/cama/año). El hospital se ha convertido en referencia mundial en el consumo eficiente de agua, superando las escasas referencias existentes hasta ahora, como el Norwood Hospital de Boston (760 l/cama/día). En los jardines del hospital se han plantado especies que utilizan eficientemente el agua como palmera, olivo, hiedra, y rosál. Se utiliza como sistema de riego una combinación de goteo y riego superficial manual (uso de manguera). En varias zonas ha llevado a cabo un recubrimiento del suelo con láminas textiles y corteza de pino cubiertos por materiales naturales. Con ello se ha conseguido un 66% de ahorro de agua con respecto a una superficie de césped en las mismas condiciones.

Conclusiones: En un hospital general es posible un consumo responsable de agua compatible con el respeto al medio ambiente.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PLAN DE GESTIÓN AVANZADA DE RESIDUOS COMO OBJETIVO DE SALUD MEDIOAMBIENTAL

C-160

Ballesteros L, Tornero A, Gámez A

Palabras clave: Gestión de residuos. Impacto económico.

Objetivos: Identificación y cuantificación de residuos. Enfoque para la minimización de residuos, segregación y gestión controlada. Evaluación de resultados.

Metodología: 1) Creación del Grupo de Trabajo de Residuos: reuniones periódicas con revisión de cuantificación, evolución de indicadores, eficacia de medidas emprendidas, etc. Propuesta de medidas a adoptar para la consecución de los objetivos planteados tales como formación, infraestructuras, etc. Auditoria interna: identificación de residuos peligrosos susceptibles de atención. 2) Comunicación y difusión de los resultados del Grupo de Trabajo a los responsables implicados. 3) Estudio antes y después de la intervención, durante periodo enero-abril 2002-2003 y seguimiento de indicadores para su evaluación económica.

Resultados: Identificación de residuos y clasificación en peligrosos y no peligrosos, Puesta en marcha de sistema de radiografía digital, reformas estructurales en medios de evacuación y optimización de la ubicación y distribución de contenedores especiales para residuos. Confección de un tríptico para trabajadores y usuarios que resume los tipos de contenedores de residuos existentes en el hospital y su forma de uso.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Residuos Generados (Kg) 2003	1.564,50	968,20	1.485,00	1.517,01
Residuos Generados 2002 (Kg.)	1.911,00	1.854,00	1.970,00	2.097,00
Residuos g/estancia/día	27,37	19,26	24,83	31,96
Resid. g/estancia/día 2002	30,82	36,05	36,72	42,78
Desv.interanual g/estancia/día	-3,45	-16,79	-11,89	-10,82
% Desv. Interan. g/estancia/día	-11,20%	-46,56%	-32,37%	-25,28%
Gasto 2002	1.834,56	1.779,84	2.068,71	2.019,41
Desv. gasto interanual (€)	230,58	-501,82	-108,51	-16,96
% Desv. gasto interanual (€)	12,57%	-28,19%	-5,25%	-0,84%

Conclusiones: La gestión de residuos en el Hospital Alto Guadalquivir se realiza conforme al plan establecido, la legalidad vigente y un mecanismo de seguimiento de indicadores, con los ajustes que haya que realizar en la gestión, formación y reciclaje. Tras el análisis de los resultados obtenidos en este año, podemos pensar que la creación de un grupo de trabajo específico multidisciplinar, ha permitido la planificación, implantación y funcionamiento correcto de la gestión avanzada de residuos con el compromiso de contribuir a la salud medioambiental y el desarrollo sostenible y de la mejora continua de la calidad que a la vez es compromiso de la Dirección del hospital.

IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN DIAGNOSTICO MEDIOAMBIENTAL EN EL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

C-162

Aguirre-Alberdi L, Blanco-Pompeyo MD, Moracho del Río O, Ruiz-Álvarez E, Landaluze-Lauzurica JI, Salgado-Larrea MV
Hospital de Zumarraga.

Palabras clave: Gestión medioambiental. Costes. Mejora continua.

Objetivos: Valorar ventajas e inconvenientes en el aspecto económico de las diversas medidas de mejora incluidas en el Plan de Actuación implantado tras la realización de un diagnóstico medioambiental en el Hospital de Zumarraga, siendo un paso previo para la implantación de la ISO 14001.

Métodos: Tras la realización del diagnóstico medioambiental del hospital se detectan diversas acciones de mejora mediante un brainstorming realizado por varios grupos de mejora compuestos por profesionales del Hospital. Teniendo en cuenta la repercusión, importancia e impacto de las medidas se establecen diversas acciones de mejora (realizar pedidos por ordenador, racionalizar uso material desechable, analizar lavado de ropa, cambiar rejillas y reactancias de paneles, instalar temporizadores en aparatos, cambio máquinas ascensores, inertización depósito de gasoil,... Tras su implantación se realiza un estudio en el que se analizan su grado de consecución, ventajas e inconvenientes, su repercusión económica y el impacto medioambiental.

Resultados: - Ahorro de 1.060 euros en el consumo de empapadores.

- Reducción de un 0,18 del uso de empapador por estancia.
- Reducción del consumo en un 65,75% en las batas TNT visitante.
- Estimación de un ahorro del 25% del coste de energía por el cambio de ascensores.

Conclusiones: La implantación del Diagnóstico medioambiental supone importantes ventajas medioambientales a la vez que aporta ahorro en costes. Dicho diagnóstico logra la agilización del proceso de certificación de la ISO 14001 al suponer un diagnóstico previo y acciones de mejora, y supone un mecanismo muy valioso de implicación de los profesionales. Se detecta la importancia de realizar una campaña de sensibilización del personal del Hospital para mejorar los logros conseguidos.

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA "HOSPITAL SIN HUMO" A TRAVÉS DE LA CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE EXPERTOS MULTIDISCIPLINARIO

C-163

Vela-Marquina ML, García-Mata JR, Jiménez-Bea L, Carroquino M, Noeno LM
Hospital Universitario Miguel Servet.

Palabras clave: Tabaquismo.

Objetivos: Aplicar la normativa existente sobre prohibición de fumar, mediante la participación e implicación de profesionales y agentes sociales, en un entorno hospitalario impulsor de hábitos de salud. Desarrollar el Plan de Acción para conseguir su cumplimiento.

Métodos: Desde 1995 en el hospital se desarrollan diferentes acciones dentro del programa "Hospital Sin Humo". Basándose en las mismas se pone en marcha un grupo de trabajo constituido por profesionales de hospital (dirección, neumólogos, medicina preventiva, servicio de prevención, enfermería, atención al paciente, relaciones institucionales, unidad de calidad, servicio de apoyo y orden interno) y agentes sociales (Asociación Española contra el Cáncer, Asociación de Consumidores y representantes sindicales). Se constituyen tres subgrupos para realizar propuestas en las tres vertientes del plan de acción: Trabajadores, Visitas y Enfermos. Aprobación del plan de acción y se fija el 31 de mayo "Día Mundial Sin Tabaco" para su puesta en marcha.

Resultados: Plan de acción aprobado y difundido. Como principales acciones figuran la existencia de consulta de deshabituación tabáquica para trabajadores del hospital, normativa aprobada por la Comisión de Dirección, carta a todos los trabajadores (5.800), implicación de mandos intermedios del hospital, apoyo e información a trabajadores fumadores desde el servicio de prevención. Actividades en la semana del 31 de mayo con la colaboración de colegios de la zona. Creación de informadores para los visitantes que fuman en el hospital y plan de comunicación para la difusión: inclusión en todos los documentos del hospital, colocación de carteles y póster, entrega de folleto informativo a visitas e ingresos, logotipo en Intranet, difusión en revista del hospital y medios de comunicación: nota y rueda de prensa (7 impactos en prensa, y participación en dos programas de radio).

Conclusiones: La creación de un grupo estable, con representación de profesionales y agentes sociales, responsable de la ejecución y evaluación del Plan de Acción, ha supuesto un impulso importante hacia la implantación efectiva del programa "Hospital Sin Humo".

TABAQUISMO Y 'HÁBITO' DE DAR CONSEJO ANTITABACO ENTRE LOS MÉDICOS DE UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-165

Rojo JM, Cambor AI, Díaz MA, Alonso J, Martínez-Ortega MC

Palabras clave: Tabaquismo. Consejo antitabaco. Actitud ejemplarizante.

Objetivos: Estimar la prevalencia del hábito tabáquico de los médicos. Conocer su actitud frente a la lucha antitabaco. Identificar factores que puedan influir a la hora de dar consejo antitabaco

Métodos: Estudio descriptivo transversal. *Ámbito del estudio:* Centros de Salud del área IV. *Muestra:* n = 209 médicos de Atención Primaria del área sanitaria IV. Se realizó una encuesta autoadministrada que recogía las siguientes variables: características sociodemográficas (edad, sexo...); Actitud personal y social del médico en relación con el consejo antitabaco; factores ligados al ejercicio profesional (carga asistencial, organización de tiempos, número de tarjetas sanitarias). Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS versión 8.0.

Resultados: Contestaron la encuesta 140 (tasa de respuesta 67%). La prevalencia de tabaquismo fue de 22,2% (19,3% varones y 26,8% mujeres). El 97% creían que dar consejo en la consulta era útil. Un 75% opinan que su actitud ante el consumo podía influir en la de sus pacientes. El 96,4% estarían dispuestos a dar consejo de forma sistemática (encontrándose en los mayores de 44 años el mayor porcentaje, $p < 0,05$). Un 90% consideraba útiles las campañas. El 97,9% prohibiría fumar en áreas sanitarias y escolares; un 73,6% lo haría en áreas públicas cerradas (siendo los no fumadores y los mayores de 44 años los más combativos, $p < 0,05$). Los exfumadores, en comparación con los fumadores, resultaron ser el grupo más incisivo a la hora de dar consejo, $p < 0,05$. El 65,7% daba consejo siempre. De ellos, el 22% alegaba tener dificultades para darlo, y de éstos el 88,5% lo atribuían a la sobrecarga asistencial. Por perfil profesional, los residentes y los pediatras fueron los que menos consejo daban, $p < 0,05$.

Conclusiones: Los médicos tienen una actitud muy positiva en la lucha antitabaco. Los que menos consejo daban fueron los que más dificultades encontraron, apuntando a la sobrecarga asistencial en algunos casos, pero no pudimos hallar ningún factor, que influyese de manera determinante a la hora de dar o no consejo antitabaco.

EL DISCURSO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN

C-164

Cerezo-Espinosa de los Monteros JJ, Castro-Torres A

Palabras clave: Responsabilidad Social, Medios de Comunicación, Ética

Objetivos: 1) Identificar los temas sanitarios más frecuentemente tratados por la prensa. 2) Describir el tratamiento informativo de las noticias más frecuentes (aspectos denotativos y connotativos).

Métodos: Periódicos (versiones de Internet): El País, El Mundo, ABC, La Razón, El Periódico de Cataluña y La Vanguardia. Términos de búsqueda: Salud, Sanidad, Médico y Enfermedad. Periodo de estudio: 1/01/2003 a 31/01/2003. Identificación de los temas más frecuentes (datos globales y por periódico). Selección de una noticia de cada tema, y para cada una de estas, descripción denotativa y connotativa, analizando por separado el titular, el cuerpo del artículo, el autor y la fotografía.

Resultados: *Objetivo 1:* 155 artículos con 38 temas identificados. Los 7 temas principales (71% de los artículos): SARS (44,52%), Fármacos (7,10%), Servicios de Salud (6,45%), Clonación (3,87%), Genética (3,87%), SIDA (2,58%) y Cáncer (2,58%). Según los criterios del Informe Lalonde: Medio Ambiente (51,3%), Biología (31,2%), Sistema Sanitario (12,3%), Estilo de vida (5,2%). *Objetivo 2:* a) Categoría Medio Ambiente: SARS. Se destaca el ocultamiento de información por parte del gobierno chino y la impresión de que nos encontramos ante una grave epidemia que se extiende rápidamente ante la ineptitud y corrupción de las autoridades. b) Categoría Biología: alimentos transgénicos. Motivada por la protesta de colectivos profesionales con intereses comerciales. Se da la impresión de un problema sanitario, sin aportar ningún dato sobre la salud. c) Noticia relativa a la categoría Sistema Sanitario: opinión de los españoles sobre el sistema sanitario español. Tono informativo mezclando la valoración del sistema sanitario con los posibles méritos del Ministerio de Sanidad. d) Noticia relativa a la categoría Biología: efectos nocivos de la obesidad para la salud. Se busca la solución para la obesidad en los medicamentos.

Conclusiones: 1) El tratamiento de las noticias de salud en Internet resalta los aspectos raros, excepcionales, conflictivos o polémicos de las noticias. 2) La promoción de la salud y prevención de enfermedades es un tema con una importancia marginal entre las noticias de salud ofrecidas por la prensa española en Internet.

MESA 21

Orientación al cliente

IDONEIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Peset R, Mira JJ, Pérez-Jover V, Villanueva A, Tomás O, Rodríguez-Marín J

C-167

Palabras clave: Atención al Paciente.

Fundamento: El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (PH) en la Comunidad Valenciana busca incrementar la confianza de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos y contribuir a la mejora de la calidad asistencial. El PH contempla una serie de objetivos y una serie de actuaciones para lograrlos que deben llevarse a cabo en los centros.

Objetivo: Determinar el grado de idoneidad de los objetivos del PH para los equipos directivos de los centros, personal de los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) y los ciudadanos. **Ámbito:** Comunidad Valenciana.

Método: Encuesta dirigida a directivos de hospitales y primaria, personal de los SAIP y miembros de asociaciones ciudadanas.

Materia: Encuesta estructurada de 18 ítems de respuesta múltiple.

Sujetos: 82 sujetos de los que 33 eran directivos y 49 profesionales del SAIP (50% directivos y 27% de SAIP de atención primaria; edad media directivos de 47 años y de SAIP de 45 años, 83% directivos varones mientras que el 90% SAIP eran mujeres). 466 miembros de asociaciones ciudadanas (78,5% mujeres) con una edad media de 46,21 años.

Resultados: 94% de los directivos y 84% del personal de los SAIP se consideraron suficientemente informados sobre objetivos y acciones del PH. 97% directivos y 94% SAIP creen que el PH responde a las necesidades de los pacientes. 70% directivos y 65% SAIP consideran que responde necesidades profesionales. 97% directivos y 100% SAIP que supondrá ventajas para los pacientes. 76% directivos y 80% SAIP que es un plan realista. 67% directivos y 92% SAIP que es suficiente para incrementar la satisfacción del paciente. A juicio de los directivos el PH mejorará: información, percepción del ciudadano de la asistencia que recibe, la confianza del paciente, la garantía de los derechos ciudadanos y las vías de comunicación entre Administración y pacientes. A juicio del SAIP mejorará: la garantía de los derechos ciudadanos, la formación de los profesionales para atender mejor a los pacientes, la educación sanitaria, información, confianza en los profesionales y el confort de las instalaciones. La importancia atribuida por ciudadanos a las líneas de actuación del PH identifican la eliminación de barreras, implantar compromisos para la realización de pruebas, las mejoras en el procedimiento de ingreso en hospitales y la mejora de la información como prioridades.

Conclusiones: Los objetivos del PH son considerados, por gestores y personal directamente implicado en su ejecución, como viables y acertados. Los ciudadanos aprueban sus líneas de actuación e identifican prioridades acordes a los objetivos del PH.

LA VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO Y EL PROFESIONAL

Abad-Corpa E, Cortés-Parra C, Grisalvo-Aguila E, Hernández MC, Navarro-Ortiz MD
Hospital Morales Messeguer.

C-166

Palabras clave: Enfermería. Cuidados Peri-operatorios. Calidad de Cuidados.

Objetivos: Comparar la valoración de los cuidados de enfermería quirúrgicos desde la perspectiva de los usuarios y la de los profesionales de enfermería.

Métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Medio:* 4 unidades de enfermería de un hospital general universitario durante los meses de marzo-abril-mayo del 2003. *Población:* Todos los pacientes dados de alta durante el mes de marzo tras intervención quirúrgica en las unidades de estudio y la totalidad del personal adscrito a dichas unidades. *Instrumento de medida:* Adaptación de una encuesta desarrollada por el Helsinki University Central Hospital. Consta de 18 preguntas que exploran el manejo del dolor, la ansiedad; el trato; la participación en la toma de decisiones; la educación sanitaria sobre el proceso de la enfermedad, los cuidados prestados y los cuidados en domicilio; y la satisfacción. Fue remitida por correo postal a los pacientes y entregada en mano a enfermería. Análisis estadísticos a partir de SPSS v.10.0.

Resultados: De las 345 encuestas a usuarios, se recibieron 96 (27,8% tasa de respuesta), con una edad media de $60,8 \pm 18,1$ años; el 65,6% eran hombres; el 72,9% manifestaba no tener estudios primarios o graduado escolar (82,2% mujeres). De las 53 encuestas a enfermería, se recibieron 51 (96,2%), con una edad media de $32,8 \pm 6,1$ años; el 78,4% eran mujeres; media de tiempo trabajado era de $8,3 \pm 5,6$ años. El 82,4% de las enfermeras considera que discute los tratamientos y cuidados prestados con mucha frecuencia o con frecuencia frente a la opinión del 56,8% de los pacientes ($p = 0,002$); similares diferencias encontramos en los ítem relativos al aumento de conocimientos producido por estas discusiones (72,5% vs. 51,6%; $p = 0,015$), el aumento de conocimientos sobre el proceso de la enfermedad (72,5% vs. 42,2%; $p = 0,001$), la discusión sobre cuidados posteriores al alta (90,2% vs. 52,2%; $p < 0,000$) y el aumento de conocimientos de cuidados en domicilio producido por estas discusiones (90,2% vs. 58,0%; $p < 0,000$). El resto de las comparaciones entre los ítem de la encuesta no presenta diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los usuarios y profesionales de enfermería comparten la misma perspectiva en relación al correcto manejo del dolor, ansiedad, trato, satisfacción y participación en la toma de decisiones de los pacientes. Sin embargo, el proceso de la educación sanitaria así como los resultados de esta, siguen presentando opiniones diferentes.

¿QUÉ ESPERAN LOS CIUDADANOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA QUE RECIBEN?

Mira JJ, Peset R, Pérez-Jover V, Villanueva A, Tomás O, Rodríguez-Marín J

C-168

Palabras clave: Satisfacción del paciente.

Objetivos: Identificar qué aspectos de la atención sanitaria son prioritarios para los ciudadanos. **Ámbito:** Comunidad Valenciana.

Método: Encuesta dirigida a miembros de asociaciones ciudadanas a los que se supone una mayor capacidad de liderazgo social y una mayor información de cuestiones de índole sociosanitaria.

Materia: Encuesta estructurada de 8 ítems de respuesta múltiple, 1 de elección y 3 cuestiones de datos sociodemográficos.

Sujetos: 466 sujetos (78,5% mujeres). Edad media 46,21 (d.t. 14,99). Un 44,3% amas de casa y un 24,2% asalariados/as.

Análisis de datos: Estadísticos descriptivos e inferenciales de diferencias de medias. Análisis factorial (AF) de componentes principales con rotación Varimax a fin de describir asociaciones.

Resultados: Lo más importante de la atención sanitaria para los encuestados es que se solucionen los problemas (86,5% de elección como muy importante), la calidad de las atenciones médicas y los cuidados (77,2%), ser tratado con respeto (75,2%), sin demasiadas esperas (67,3%), trato amable (66,8%), puntualidad en las consultas y visitas (54,7%), calidad de la información (48,4%) y confort (43,7%). Las mujeres resultaron más exigentes que los hombres en todos los aspectos ($p < 0,001$), excepto en el caso de la prioridad de que se solucionen los problemas, donde no apreciamos diferencias. El AF permitió identificar 2 dimensiones. La primera explica el 29,4% de la varianza e incluye resultado, calidad de la atención, trato, respeto al paciente y calidad de la información; la segunda, explica el 28,5% de la varianza e incluye puntualidad, esperas breves y confort.

Conclusiones: Los ciudadanos demandan, fundamentalmente, del Sistema Sanitarios soluciones, calidad asistencial, capacidad de respuesta y un trato respetuoso.

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE VISTOS POR LOS PROPIOS PACIENTES

Peset R, Palomar J, Villanueva A, Mira JJ, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J

C-169

Palabras clave: Atención al paciente.

Objetivo: Conocer la opinión de los pacientes de los SAIP, reformados conforme a las directrices del PH.

Ámbito: Comunidad Valenciana.

Método: 2 fases. Primera, desarrollo y validación de una encuesta de opinión dirigida a pacientes atendidos en los SAIP. Segunda, estudio de campo basado en encuestas para conocer la opinión de los pacientes respecto del funcionamiento de los nuevos SAIP.

Material: Encuesta estructurada de 26 preguntas de respuesta múltiple: motivo de consulta con SAIP, opinión sobre amabilidad del trato, información, facilidades para realizar trámites, atención telefónica o personal, trámites para formalizar una queja, eficacia y competencia del personal, estado de las instalaciones y tiempos para ser atendido. **Sujetos:** En la primera fase se entrevistó personalmente a 157 pacientes atendidos en SAIP (62,4% mujeres, media edad de 49 años), 29% acudió a presentar una queja. En la segunda fase se encuestó a 2005 pacientes (55,71% mujeres, media edad de 55 años), 20,8% acudió a presentar una queja.

Resultados: Alpha de Cronbach de la escala de 0,89. Se aislaron 4 factores en la escala (varianza explicada del 74,47%): capacidad y competencia del personal (24,28%), eficacia (23,08%), tratamiento de la queja (20,02%) y apariencia instalaciones (7,08%). En el caso de quienes se dirigieron al SAIP por teléfono el número medio de llamadas para conseguir atención fue de 3. 92,34% de quienes acudieron al SAIP a presentar una queja realizaron todos los trámites en menos de 30 minutos. El 92% de quienes presentaron una queja afirmaron haber sido informados correctamente de todos los trámites. Un 69% consideran que sí resulta de utilidad realizar una queja en el SAIP. El 97% consideró que el personal del SAIP hizo lo posible por ayudarles y un 98% se consideró correctamente informado. El porcentaje de pacientes satisfechos con la atención recibida fue del 91%.

Conclusiones: Los SAIP están cumpliendo satisfactoriamente con su función. Conocer la opinión de las personas atendidas en el SAIP ofrece oportunidades para organizar mejor las actividades de atención e información al paciente.

EL HOSPITAL ORIENTADO AL CLIENTE: LA OPINIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES COMO ELEMENTO DE VALOR AÑADIDO A LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL

Blecua-Lis MJ, García-Mata JR, Aparicio MA, Gómez-Frago MC, Torrijos M, Noeno LM

Hospital Universitario Miguel Servet.

C-170

Objetivos: Identificar y analizar los requerimientos de los grupos de interés –stakeholders– más relevantes para el Hospital, al objeto de incorporar sus valores y expectativas a la planificación estratégica del centro desde una perspectiva innovadora que responde a la idea de hospital orientado al cliente.

Métodos: Después de un proceso de identificación, el grupo de “Agentes de la Comunidad” quedó integrado por representantes del Ayuntamiento, Asociaciones de Consumidores, Asociaciones de Pacientes, Donantes de Sangre, Consejo de la Tercera Edad, Voluntariado, Comunidades Religiosas, y Comunidades de Inmigrantes. Se mantuvieron reuniones independientes con cada uno de los grupos, utilizando metodología cualitativa de grupos focales de discusión sobre un guión estructurado recogiendo aspectos de infraestructura, organización y resultados de la gestión.

Resultados: Todos los grupos aportaron propuestas de mejora en las infraestructuras: construcción de un aparcamiento, mejora general del confort y mobiliario y la creación de nuevos servicios. Se aportaron opiniones sobre aspectos de la organización que deberían ser mejorados como la falta de eficiencia en los circuitos, la deficiente información, la masificación, el excesivo cambio de médico en consultas. Algunos grupos realizaron propuestas específicas: los representantes religiosos solicitaron una capilla para uso de culto múltiple, los voluntarios solicitaron disponer de espacio para guardar sus pertenencias y promocionar sus actividades, las comunidades de inmigrantes solicitaron la presencia de intérpretes, señalización en varios idiomas, respeto de prohibiciones religiosas relativas a los alimentos, práctica de la circuncisión, información sobre enfermedades tropicales, mejorar la información sobre el acceso al sistema.

Conclusiones: Las opiniones y propuestas de los Agentes de la Comunidad se han trasladado al Plan de Empresa en el que se concretan los objetivos en seis líneas estratégicas. Aunque algunas propuestas suponen decisiones a medio y largo plazo –construcción de un aparcamiento–, otras pueden ser realizadas a corto plazo, como la guardería para los hijos de familiares de pacientes, cuyo proyecto ya se ha iniciado y se prevé su puesta en marcha antes de finalizar el año 2003. Los resultados obtenidos han sido trasladados al conjunto de la organización como un elemento de relevancia para la creación de la cultura de cliente en toda la institución.

ENCUESTA A LOS CIUDADANOS DEL ÁREA SANITARIA V DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Morís J, Blanco-Juárez J, Menéndez-González C, López Domínguez O

Hospital de Cabueñes, Gijón.

C-171

Palabras clave: Encuestas. Ciudadanos. Calidad.

Objetivos: Conocer las expectativas, valores y aspiraciones de la población ante una posible relación con el hospital, para identificar aspectos clave en la mejora de la satisfacción de los usuarios.

Métodos: Se planteó una encuesta para conocer las preferencias sobre aspectos relacionados con: la atención sanitaria, el trato personalizado, el respeto a la intimidad, la información sobre el funcionamiento del hospital, la información sobre su proceso y el respeto de sus decisiones acerca de su enfermedad. El cuestionario incluyó preguntas encaminadas a conocer la opinión de los ciudadanos sobre algunas acciones que se planeaba llevar a cabo. La encuesta se canalizó a través de la Federación de Asociaciones de Vecinos del municipio, que se encargó de su distribución a las diferentes agrupaciones, tanto del ámbito rural como del urbano.

Resultados: Se recibieron un total de 143 respuestas. De ellas, 78 habían sido contestadas por hombres y 65 por mujeres, con una edad media de 51 años y un rango entre 18 y 77 años. El 53,8% no habían tenido relación con el hospital en los últimos 2 años. La calidad técnica de los médicos, seguido de la existencia de demoras, tanto en intervenciones como en consultas o pruebas diagnósticas, fueron las mayores preocupaciones expresadas por los encuestados. De igual forma se manifestaron en las cuestiones relacionadas con la información clínica. Los temas relacionados con la hostelería, la estructura o la información sobre el funcionamiento obtuvieron las menores puntuaciones. En los aspectos relacionados con el trato, destaca la gran relevancia otorgada al hecho de “que me escuchen” frente a la moderada atribuida a la identificación del personal. Algunas propuestas concretas sobre novedades organizativas no se consideraron relevantes.

Conclusiones: a) La encuesta ha sido de utilidad para conocer las preferencias de la población sobre aspectos relevantes de la atención sanitaria que prestamos. b) Nos ha permitido, además, establecer un cauce para conocer la opinión de los habitantes del Área, y promover una nueva forma de colaboración con sus representantes vecinales. c) Puede llegar a constituir una herramienta de gran valor para reforzar conductas, promover cambios de valores en los trabajadores, y reorientar así la asistencia sobre las preferencias de la población.

EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS (ABP): VALORACIÓN POR LOS ESTUDIANTES DE PRIMER CURSO DE LA EUI “VALL D'HEBRÒN”

Guillamet-Lloveras A, Blanco-Sánchez R, Zapico-Yañez F, Juanola-Pagés MD
Escuela Universitaria de Enfermería Vall d'Hebrón.

C-172

Palabras clave: Valoración. Alumnos. Aprendizaje basado en Problemas.

Objetivos: Valorar la satisfacción de los estudiantes de primer curso de enfermería con la implementación de la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) de la Universidad de McMaster.

Métodos: Han participado voluntariamente un total de 67 estudiantes (75%) de un total de 90 que integran primer curso. El cuestionario fue confeccionado por los propios profesores/tutores de ABP. El cuestionario se compone de 30 preguntas agrupadas en tres dimensiones: estructura, proceso, resultados, y una pregunta que valora la satisfacción global. Su puntuación es: 1 deficiente, 2 aceptable, 3 bueno y 4 excelente. Y se completa con 3 preguntas abiertas.

Resultados: El valor de la media ha estado en el 43% de ellas por > 3 p, en el 50% entre 2-3 p., y sólo 7% por < 2 p. La media y el error de ma media fueron: Estructura 2,79 p ± 0,43; Proceso 2,91 p ± 0,11, y Resultados: 2,97 p ± 0,26, y Valoración Global Subjetiva 2,72 p ± 0,08.

En las preguntas abiertas, los puntos fuertes son: “haber aprendido a trabajar en equipo, ser tolerantes con sus compañeros, recibir y aceptar críticas, analizar y sintetizar la información y resolver problemas.

Conclusiones: Los resultados aportan una valoración muy positiva respecto a la metodología ABP. Aparece una concordancia entre la valoración global, la valoración por dimensiones y las preguntas abiertas, por lo que consideramos que los resultados son coherentes.

MESA 22

Modelos de gestión

MODELO DE ACUERDO DE GESTIÓN DE UNIDADES CLÍNICAS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

C-174

Falcon-Alloza I, Castro-Torres A, Cerezo Espinosa de los Monteros JJ

Palabras clave: Gestión Clínica. Planificación. Contrato-Programa.
Objetivos: Elaboración de un contrato-programa de las Unidades de Gestión Clínica con la Dirección Gerencia de los Hospitales.
Métodos: Análisis de los diferentes niveles de planificación: Política (plan de salud), Estratégica (plan estratégico) Táctica (contrato programa) y Operativa (centro de responsabilidad).
Resultados: El Acuerdo de Gestión incluye los siguientes apartados a elaborar por las Unidades de Gestión Clínica: *Misión y valores de la Unidad:* Misión y Visión, Grado de compromiso de los profesionales. *Carta de Servicios de la Unidad:* Servicios, Catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias. Mapa de procesos (priorizados por la Consejería). *Usuarios:* Satisfacción y expectativas, Accesibilidad, Derechos y deberes, Confidencialidad e intimidad. *Actuaciones sobre la eficacia:* Guías y protocolos de actuación, Planes de cuidados protocolizados y Protocolos de indicación para la Tecnología utilizada. *Actuaciones sobre la efectividad:* medidas para la Implantación de Guías, Protocolos y Planes de Cuidados y mecanismo de Asignación de médico y enfermera. *Actuaciones sobre la eficiencia:* Puntos críticos y Objetivos de mejora *Actividad de la Unidad Clínica:* Hospitalización, Consultas, Intervenciones Quirúrgicas, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), Urgencias, Hospital de Día Médico, Pruebas Complementarias, Educación para la Salud, Cuidados de Enfermería. *Demoras:* Demora por absorción en días para Primeras Consultas, Pruebas diagnósticas, Cirugía con ingreso y CMA. *Colaboración con otros niveles asistenciales:* Acuerdos de Cooperación con Distritos Atención Primaria. *Recursos humanos:* Mapa de Competencias, Gestión del personal y Absentismo laboral. *Formación e Investigación:* Orientación inicial, formación continua y desarrollo profesional individualizado, Docencia, investigación y publicaciones. Sistemas de Información. *Promoción del uso correcto del medicamento:* Recetas por consulta, Prescripción por principio activo y novedades terapéuticas. *Acuerdo sobre consumo de recursos:* Sustituciones, Farmacia, Fungible de alto coste y Prótesis quirúrgicas. *Objetivos vinculados a incentivos:* cada uno de los apartados anteriores tiene un peso del 10%. *Evaluación:* Anualmente se valora el grado de cumplimiento del Acuerdo.
Conclusiones: El modelo de Acuerdo de Gestión traslada al nivel operativo las líneas de actuación de todos los niveles de la planificación sanitaria.

INTEGRACIÓN DEL MODELO EFQM Y EL DESPLIEGUE HOSHIN KANRI EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-173

Rodríguez-Balo A, Ferrandiz-Santos J
Dirección Área 11, Atención Primaria-Madrid.

Objetivos: Aplicación de un sistema de administración por políticas (Hoshin Kanri) y el despliegue de objetivos en un Área de Atención Primaria tras la autoevaluación con el Modelo EFQM de Excelencia.
Métodos: Diseño de la Planificación Estratégica basada en la evaluación mediante el Modelo EFQM, y un desarrollo operativo de políticas y objetivos mediante el modelo Hoshin Kanri. Aplicación del Modelo EFQM (1999-2000), identificando y priorizando las estrategias mediante análisis DAFO y diagrama de afinidades. Asignación de objetivos de Área (2001-02) por la estructura directiva mediante Matriz de priorización de Hanlon, con adaptación de los profesionales en Consejos de Distrito y Área. Identificación de los objetivos de Área (2002-03) por grupos de trabajo multidisciplinares mediante ponderación de criterios con Matriz de Saaty. Descripción de los objetivos mediante diagrama de árbol. Desarrollo Hoshin de los objetivos, indicadores y metas mediante participación específica de las propias Unidades responsables de su ejecución.
Resultados: Identificación de 27 líneas estratégicas de Área, agrupadas en 4 bloques homogéneos de intervención (ciudadano, profesional, resultados y gestión). Priorización del 60% de las estrategias para su despliegue anual. Definición de objetivos mediante implicación directiva y grupos de trabajo multidisciplinares (35 profesionales). Implantación de objetivos operativos (199) para el conjunto del Área, señalando las Unidades/Departamentos vinculados a su cumplimiento, gestor/persona responsable, formulación descendente en cascada por Unidad de Gerencia, relimitación de indicadores y metas de alcance. Extensión del modelo al 100% de los objetivos de Área alineados con las líneas estratégicas derivadas del modelo EFQM y las prioridades institucionales. Despliegue durante el periodo 2003-04.
Conclusiones: El modelo Hoshin Kanri es un sistema gerencial donde se integran la administración de políticas y objetivos con la planificación estratégica. Establece una estructura sistemática y organizada mediante la participación de los profesionales y Unidades, comprometiendo un despliegue factible y real de objetivos operativos, actividades y metas. El Área sanitaria ha desplegado de forma efectiva la aplicación del Plan Estratégico. El factor crítico de éxito de la autoevaluación EFQM es hacer visible la mejora continua en la organización, siendo el modelo Hoshin Kanri un modelo útil para dicho compromiso.

MODELOS DE GESTIÓN (ISO, EFQM, JOINT COMMISSION) COMO HERRAMIENTAS DENTRO DEL PLAN DE CALIDAD DE LA EMPRESA

C-175

Márquez-Bartomeu A

Palabras clave: BAM.
Objetivos: Instaurar un modelo de gestión propio dentro de nuestra empresa que nos permita tener una metodología unificada basándose en: Aplicación, seguimiento, evaluación, teniendo como referencia el plan estratégico de la empresa (Centro Hospitalario Unidad Coronaria de Manresa) Instaurar también un modelo de gestión capaz de facilitarnos el cambio cultural necesario, una mayor implicación, innovación y creatividad. Es decir un cambio de cultura empresarial basada en la calidad integrada en cada acción y orientada hacia la satisfacción de nuestros clientes. Todo esto en un periodo de tres años, según: objetivos estratégicos: Cambio de cultura de la organización (enfoque hacia el cliente, participación de todos los profesionales de la fundación.) Establecer un modelo de gestión unificado, Crear una metodología de trabajo. Disminución de la variabilidad. Tener en cuenta las presiones internas. Potenciar el interés profesional enfocado hacia la calidad total, Inclusión de los programas anteriores al nuevo modelo de gestión Tener en cuenta las presiones externas. Cumplir los requisitos legales de la contratación de servicios, teniendo en cuenta los nuevos sistemas de gestión de la calidad y acreditaciones. Necesidad de continuar con la acreditación. Enfocar la calidad total hacia nuestros clientes, Mejorar nuestra imagen externa. Obtener un reconocimiento.
Metodología: La norma ISO 9001:2000 por la flexibilidad y por su metodología de trabajo orientada en procesos y hacia el resultado final, el cliente. De forma conjunta se determino el tipo de documentación y el manual de gestión del Centro. Paralelamente se fueron formando las personas en el modelo, así como la creación de un equipo de auditores internos. En una segunda Fase, una vez ya certificada la empresa y obtuvimos resultados, decidimos compararnos con otros modelos de gestión orientados hacia la excelencia empresarial, escogimos el modelo EFQM, realizando primero una autoevaluación según el propio modelo y después se decidió presentarnos al premio EFQM (Generalitat de Cataluña) para compararnos con otras empresas diferentes a nuestro sector.
Resultados: TOP 20. 2000 y 2001. Certificación ISO Año 1999 - 2002. Premio a la Calidad Total por parte de la Generalitat de Cataluña año 2002 (CIDEM).
Conclusiones: Lo importante es realizar un propio modelo de gestión de la calidad en la empresa, que te ordene las cosas y te establezca una metodología consensuada.

LAS ENTIDADES EVALUADORAS: UNA INNOVACIÓN EN LA ACREDITACIÓN SANITARIA DE CATALUÑA

Frias JC, Guzmán R, Oliveras M, Tirvió C, López ML

C-176

Palabras clave: Acreditación Sanitaria. Entidades Evaluadoras de Centros Sanitarios. Normas UNE.

Objetivos: Una de las innovaciones más importantes previstas en el desarrollo del nuevo modelo de Acreditación Sanitaria de Cataluña es la realización de las evaluaciones externas de los centros sanitarios, mediante las denominadas Entidades Evaluadoras, organismos externos e independientes de la Administración. El objetivo de la comunicación se circunscribe a la descripción de los requisitos, procedimientos de autorización y de acreditación, y marco de actuación en el que desarrollarán su actividad.

Métodos: Se describe el proceso mediante el cual un organismo autorizador, reconoce formalmente que una Entidad Evaluadora es competente para la realización de las evaluaciones a desarrollar en los centros sanitarios. Se comentan las diferentes fases en las que se asienta el proceso de Autorización de las Entidades Evaluadoras realizada por el DSSS, así como las etapas de que consta la Acreditación de las Entidades Evaluadoras realizada por ENAC, e incluye los mecanismos establecidos por la Administración para su seguimiento y control. Ambos procedimientos se basan en la aplicación de la Norma europea UNE-EN 45004 y el documento CEA-ENAC, que especifican respectivamente, los criterios generales y específicos sobre la competencia técnica de los organismos que realizan las evaluaciones.

Resultados: 1) Se exponen las ventajas que supone la participación de Entidades Evaluadoras externas al Departamento de Sanidad y Seguridad Social en el proceso de Acreditación de Centros Sanitarios en Cataluña. 2) Con la finalidad de conferir al Modelo las máximas garantías de calidad, se ha obtenido el reconocimiento del proyecto por parte de la Entidad Nacional de Acreditación, que intervendrá en el proceso de acreditación y en las auditorias de seguimiento y reevaluación de las Entidades Evaluadoras. 3) Asimismo se dan garantías al proceso de concesión, suspensión o retirada de la autorización o acreditación de las Entidades Evaluadoras, mediante su seguimiento y evaluación.

Conclusiones: Las Entidades Evaluadoras constituyen uno de los pilares fundamentales y novedosos, en los que se asienta el Modelo de Acreditación Sanitaria de Cataluña. El Sistema de Calidad del SQA, y la Entidad Nacional de Acreditación, garantizan mediante procedimientos y normas internacionales, la competencia técnica, la independencia, la imparcialidad y la integridad de las Entidades Evaluadoras, así como la confidencialidad derivada de sus actuaciones.

LA MEJORA CONTÍNUA EN UNA CORPORACIÓN SANITARIA

González RM, Sánchez E, Letona J, Audicana A, Darpón J, Garai JI

Organización Central de Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

C-178

Palabras clave: Calidad. Excelencia. Mejora Continua.

Objetivos: El modelo de excelencia (EFQM) es la herramienta de gestión empresarial utilizada por nuestro Sistema Sanitario (31 organizaciones de servicios) desde 1995, siendo la Calidad Total uno de sus objetivos estratégicos desde 1998. Algunos son los logros alcanzados en el caminar hacia la excelencia. Se pretende describir la evolución relativa a los 4 procesos bienales de evaluación del conjunto de la Organización, así como sus áreas de mejora y reconocimientos externos alcanzados.

Métodos: 1) Formación en el modelo y en herramientas de Calidad Total. 2) Realización de autoevaluaciones y evaluaciones externas con este modelo. 3) Identificación de áreas de mejora y acciones acordes a los objetivos de calidad descritos en el Plan de Calidad (2003-07). 4) Reconocimientos externos alcanzados.

Resultados: La totalidad de los directivos han recibido formación en calidad total. Del resto de los trabajadores, un 2% han sido formados específicamente como líderes, destacando la formación-acción en calidad del resto del personal. 80 personas están acreditados como evaluadores de la Fundación vasca para la calidad (Euskalit). 4 procesos de evaluación realizados (1996-97), (1998-99), (2000-2001), (2002-2003). En el último, se han evaluado el 87% de las organizaciones, de las cuales el 20% se han sometido a evaluación externa. 11 organizaciones han completado 3 evaluaciones y 8 han completado 4. Las tendencias son positivas en la mayoría de los criterios con espectacular incremento en los criterios procesos, personas, política y estrategia y en resultados en personas, siendo los criterios 6 y 9 los puntos fuertes de esta Corporación sanitaria. Las áreas de mejora detectadas se relacionan con los ámbitos: personas, tecnología y conocimiento, herramientas de gestión, clientes, liderazgo y política y estrategia. 3% de las organizaciones es Q oro, 6% ha obtenido más de 450 puntos en evaluación externa, 10% Q plata, 19% han obtenido más de 300 puntos (evaluación externa), 77% comprometidos con la excelencia (Diplomas). El 68% tienen algún servicio certificado bajo norma ISO.

Conclusiones: Una de las mejores definiciones de la calidad es la "mejora continua", aspecto en el que este Sistema de salud, de manera corporativa, ha puesto todo su empeño y constancia a lo largo de los años. Podemos decir que alguna de nuestras organizaciones son ejemplo de buenas prácticas en la gestión con líderes excelentes que las hacen avanzar de forma continua y, sin embargo, sabemos que tenemos muchas oportunidades para mejorar.

PROYECTOS DE ÁMBITO NACIONAL DESARROLLADOS POR LA SECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC) DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

Ruiz-López P, Alcalde-Escribano J, Rodríguez-Cuellar E, Villete-Plaza R, Landa-García I, Jaurrieta-Mas E

Sección de Gestión de Calidad. Asociación Española de Cirujanos. Hospital 12 de Octubre.

C-177

Palabras clave: Evaluación Preoperatoria. Gestión de Procesos. Indicadores Clínicos.

Objetivos: La puesta en marcha de diferentes proyectos llevados a cabo por la SGC pretende facilitar a los cirujanos del país herramientas prácticas para la gestión de la calidad de sus procesos.

Métodos: Grupo de trabajo integrado por cirujanos, anestesiólogo y coordinadores de calidad. Selección en el año 2000 de líneas prioritarias para puesta en marcha de proyectos: Evaluación preoperatoria, Gestión de listas de espera quirúrgica, Identificación de indicadores y estándares nacionales para procesos quirúrgicos de alta prevalencia y diseño de Base de datos para apoyo a la monitorización de indicadores. La metodología llevada a cabo ha sido: 1) Evaluación preoperatoria: estudio Delphi nacional (cirujanos y anestesiólogos) para la elaboración de un Protocolo genérico para pacientes asintomáticos y sintomáticos. Ensayo en el H. 12 de Octubre. 2) Gestión de listas de espera: aplicación de cuestionario con escalas de priorización para los procedimientos más frecuentes. Elaboración de Recomendaciones para la selección de pacientes. 3) Identificación de indicadores y estándares: análisis de tres procesos prevalentes (cáncer colorrectal, colecistectomía y herniorrafia inguinal), y elaboración de vías clínicas adaptadas. 4) Base de datos: diseño y validación de base de datos para la gestión de las listas de espera, indicadores generales del servicio y vías clínicas.

Resultados: Desarrollo de un protocolo y publicación de una monografía sobre Evaluación preoperatoria (40 participantes), comprobando su seguridad en 155 pacientes. Elaboración de un Sistema de priorización de pacientes en lista de espera para los 12 procesos más prevalentes (50 participantes). Gestión de los tres procesos previstos (iniciándose además un nuevo proyecto sobre la Cirugía de la Obesidad Mórbida), con la participación 37-46 servicios de cirugía de todas las CCAA y 386-426 pacientes. Se han obtenido puntos fuertes y áreas de mejora de cada proceso, así como indicadores, estándares y vías clínicas, que se han divulgado a los participantes y en los Congresos y revista oficiales de la Especialidad. Se ha diseñado una base de datos que ha sido ensayada en el H. 12 de Octubre.

Conclusiones: 1) Se han realizado protocolos para el uso racional de pruebas preoperatorias y para gestión de listas de espera. 2) Se han desarrollado indicadores, estándares y vías clínicas para tres procesos de ámbito nacional. 3) Se ha diseñado una base de datos para facilitar la gestión clínica de los cirujanos españoles.

MAGNET NURSING SERVICES RECOGNITION: EL COMPROMISO DE ENFERMERÍA POR MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM, Rodeño-Abellera A, Carballal-Balsa MC, Pesado-Cardelle J, Facio-Villanueva A

C-179

Palabras clave: Cuidados enfermería. Magnet Hospital. Calidad de los cuidados.

Objetivos: Dar a conocer el modelo de organización hospitalaria Magnet Hospital como método para promocionar un hospital y elevar los estándares de calidad de su cartera de servicios.

Métodos: Estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica. Se seleccionan los artículos que reflejan la situación actual de los Magnet Hospital y el sistema que evalúa y otorga la acreditación de calidad a los cuidados de enfermería. Tras análisis consensuado por el grupo nominal se conforman los criterios reflexivos y críticos válidos para conocer y recomendar éste modelo organizativo como método de gestión hospitalaria orientado hacia la excelencia asistencial.

Resultados: La calificación Magnet Hospital es la máxima acreditación de la excelencia de enfermería que otorga la American Nurses Credentialing Center (ANCC) a los servicios/unidades de enfermería especializada desde 1994 (desde 2000, con validez internacional). Este reconocimiento indica excelencia en los servicios de enfermería, el desarrollo del entorno profesional, y de la profesión enfermera. Ello, es utilizado por el hospital como estrategia de marketing dirigido hacia consumidores y profesionales sanitarios.

El hospital debe contratar y mantener una plantilla estable de profesionales de enfermería altamente cualificados, en un ambiente de trabajo agradable, y con dedicación hacia los cuidados de calidad. La estructura organizativa se basa en una Dirección de Enfermería jerarquizada horizontalmente con toma de decisiones descentralizada, dando a los profesionales autonomía y responsabilidad.

Conclusiones: Un sistema de gestión comprometido con la excelencia y calidad de los cuidados y servicios de enfermería consigue mejores resultados (disminuye la morbilidad) y mejora el prestigio de la profesión enfermera. El futuro tiende a catalogar a los hospitales por los cuidados de enfermería que prestan, los pacientes así lo entienden (ANA, 1996).

LA "Z" ESTRATÉGICA: DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LOS FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO EN UN HOSPITAL

C-180

Moracho O, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E, Salgado MV, Landaluze JI, de la Escosura J
Hospital de Zumárraga.

Palabras clave: Objetivos estratégicos. Factores clave de éxito. Cuadro de mando integral.

Objetivos: Desarrollar la estructura estratégica del hospital de forma relacional y soportada en un cuadro de mando que permita el establecimiento y seguimiento de los objetivos estratégicos del hospital y facilite su conocimiento a los profesionales mediante un soporte atractivo y sencillo de seguir, sirviendo de guía para establecer los objetivos de los diferentes procesos.

Métodos: Se establecen los objetivos estratégicos del hospital para conseguir la misión y alcanzar la visión, así como las interrelaciones entre ellos. Para cada objetivo se desarrollan los factores clave de éxito para conseguirlos, es decir, los objetivos intermedios para su consecución. Se establecen los indicadores y los objetivos cuantificados para cada objetivo y factor. Se diseña un soporte basado en logotipo del hospital para los objetivos estratégicos y un sistema de colores para el seguimiento de los mismos y los factores clave de éxito.

Resultados: Se han definido 5 objetivos estratégicos (satisfacción necesidades salud, equilibrio financiero, mejora del sistema sanitario, satisfacción personas y mejora continua) que a su vez se desarrollan en 15 factores y 21 subfactores. Como ejemplo de factores para la satisfacción de necesidades en salud se establecen la cobertura de la población, asistencia efectiva y atención adecuada, que a su vez se descomponen en subfactores. Se dispone de una batería completa de indicadores para cada uno de ellos y se han establecido los objetivos de consecución del plan estratégico. El seguimiento de los estándares de los objetivos se realiza mediante un sistema de colores basado en un semáforo (verde-alcanzado, ámbar-desviación leve, rojo-desviación importante). Los objetivos estratégicos se disponen con este sistema utilizando como soporte el logotipo del hospital (Z) lo cual facilita su evaluación inmediata, y los factores se disponen siguen mediante cuadros de mando para su difusión a todos los niveles. Estos objetivos suponen la base para el establecimiento de los objetivos de cada uno de los procesos del hospital.

Conclusiones: El objetivo de la planificación estratégica es que cada uno de los profesionales del hospital aporten sus esfuerzos y desarrollen sus procesos en forma sinérgica para alcanzar los objetivos del hospital. El desarrollo de objetivos escalonados, de forma deductiva, con indicadores y objetivos facilita en gran medida su consecución. Así mismo, la dificultad habitual de conocimiento y comprensión de la estrategia se minimiza mediante soportes sencillos y atractivos que permiten la difusión y seguimiento de los objetivos estratégicos.

MESA 23

Gestión de procesos

EMPLEO DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS

C-181

Lema C, Mariñas J, Candia B, Sobrido M, Bouzas E, Castro M
Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

Palabras Clave: Tromboembolismo. Profilaxis. Ingresos.

Objetivos: El tromboembolismo es una frecuente complicación entre pacientes hospitalizados: comprende el embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda. Nuestro hospital ha puesto en marcha un protocolo de profilaxis en pacientes ingresados, que pretende reducir el número de casos de tromboembolismo. El objetivo es valorar el seguimiento de utilización y su efectividad en pacientes hospitalizados.

Metodología: Hemos utilizado datos del periodo 1998-2002 inclusive para un estudio descriptivo de la utilización del protocolo de tromboembolismo en nuestro centro según tipo de patología, procedimiento quirúrgico, edad y comorbilidad. El protocolo establece grupos de riesgo y especialidades de acuerdo con la evidencia científica. Las recomendaciones están basadas en medidas físicas (medias de compresión graduada, deambulacion temprana, hidratación adecuada y compresión neumática intermitente) y farmacológicas (heparinas de bajo peso molecular).

Resultados: Globalmente el riesgo de enfermedad tromboembólica en pacientes en los que no se utilizó el protocolo es 25,9 veces mayor que aquellos en quienes se aplicó. Para el grupo de pacientes de cirugía digestiva el riesgo es 38,8 veces mayor. El riesgo relativo en pacientes no quirúrgicos fue 11,5 veces mayor.

Conclusiones: El protocolo de prevención del tromboembolismo utilizado en nuestro centro es efectivo en pacientes hospitalizados, y deseable que su utilización se haga habitual.

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO (HDM) POLIVALENTE: EXPERIENCIA DURANTE 5 AÑOS

Sampedro I, Flores G, Fernández-Miera MF, Gómez R,
Ortega C, Sanroma P

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

C-182

Palabras clave: Hospital de Día Polivalente. Optimización de recursos. Satisfacción del paciente.

Objetivos: Mostrar las características fundamentales del HDM polivalente, sus resultados asistenciales y el grado de satisfacción del paciente.

Métodos: Durante la planificación en 1998 del nuevo HDM se optó por un modelo polivalente, a fin de maximizar el número de acciones asistenciales sin elevar estancias ni costes. Se describen la Cartera de Servicios y organización actuales. Se exponen los resultados asistenciales, a partir de los datos recogidos en el sistema de información del hospital, entre septiembre y mayo-03. Se revisan las encuestas de satisfacción realizadas anualmente.

Resultados: El HDM recibe pacientes de cualquier Servicio hospitalario y de Atención Primaria. Su Cartera de Servicios incluye Procedimientos especializados con fines diagnósticos o terapéuticos, pero que precisan una estancia inferior a las doce horas. La mayor parte de su actividad asistencial es programada y se asienta en la elaboración por escrito, con los diferentes Servicios hospitalarios, de Protocolos de Actuación para cada Procedimiento. Cuenta actualmente con 1 médico a tiempo parcial, 1 supervisora, 10 enfermeras, 5 auxiliares, 4 administrativos y 1 celador, para atender 18 sillones y 11 habitaciones con posibilidad de 22 camas, en horario de 8:00 a 22:00 h de lunes a viernes. Durante el periodo del estudio se han realizado 61.131 atenciones a 11.655 pacientes, con una media de 65 pacientes diarios en el último año; la estancia media es de 2,6 y 7,2 horas en sillones y camas respectivamente. Se han realizado 39.050 sesiones de quimioterapia-anticuerpos monoclonales, 12.046 tratamientos parenterales (como Infliximab, Hierro, Gammaglobulinas, Esteroides o Prostaglandinas), 3786 transfusiones, 607 administraciones de factores a hemofílicos, 477 biopsias hepáticas, 182 biopsias torácicas, 529 paracentesis, 1618 recuperaciones de procedimientos de radiología intervencionista (como arteriografías, colocación de catéteres tunelizados, embolizaciones o vertebroplastias), 545 recuperaciones de técnicas de las Unidades de Arritmias o Hemodinámica y 259 de la Unidad del Dolor. Un 0,6% casos precisaron su ingreso no programado en el hospital. El 100% de los pacientes encuestados mostró estar en general satisfecho con la atención sanitaria recibida y volvería a utilizar este servicio.

Conclusiones: La polivalencia del HDM ha permitido optimizar los recursos disponibles en el hospital mediante la gestión conjunta de procesos asistenciales muy diferentes, asegurando al mismo tiempo la calidad asistencial al paciente.

EVALUACIÓN DE UN MODELO DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN SUBRETINIANA (NVSR) CON VERTEPORFIN EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Aduriz-Lorenzo P, Ceballos M, Cienfuegos S, Díaz-Varela M, Natal-Ramos C,
Muslera-Canciani E

Hospital del Oriente de Asturias.

C-183

Objetivos: Revisar el protocolo de actuación en el tratamiento de la NVSR con verteporfin en el centro hospitalario de referencia para el tratamiento de esta patología en el Principado de Asturias. Siguiendo a Smith, W. et al, la prevalencia de la DMAE para todas las edades es de 1,63% aumentando con la edad a partir de los 55 años. El 36% de estas se presentan como NVSR subfoveal, clásica y potencialmente tratables con terapia fotodinámica con Verteporfin.

Métodos: Se realizó un muestreo aleatorio entre los 180 pacientes incluidos en tratamiento desde el 26/7/02, fecha de inicio de la intervención, hasta 30/4/03, aceptándose para el estudio 30 historias clínicas. El protocolo de actuación se evalúa siguiendo las indicaciones, de consenso, propuestas en "Guidelines for using Verteporfin in photodynamic therapy to treat choroidal neovascularization due to age related macular degeneration and other causes" Retina 22; 2002:6-18; aprobadas por la FDA y la Agencia Europea del Medicamento; que establece los siguientes criterios: *Selección de pacientes:* DMAE con NVC subfoveal predominantemente clásica. DMAE con NVC subfoveal oculta de progresión reciente con extensión < 4 áreas de disco o > 4 áreas de disco y bajos niveles de agudeza visual. Demora terapéutica menor de una semana desde la decisión de tratamiento. Seguimiento mediante Angiografía con fluoresceína cada tres meses durante dos años. Retratamiento no antes de 3 meses. Criterios de suspensión del tratamiento: ausencia de fluoresceína en la NVC o lesiones muy grandes con pérdida importante de agudeza visual por lesión estable.

Resultados: Se objetiva una adhesión del 100% de acuerdo a las pautas antes expuestas con una reducción al mínimo del tiempo de demora entre la realización de la angiografía fluoresceínica y la aplicación del tratamiento que en la mayoría de los casos se realizó en el mismo día. Igualmente se observa que el servicio está configurado como de alta resolución, remitiéndose los casos directamente al mismo sin trámites administrativos y con un tiempo de demora mínimo entre la solicitud del tratamiento y su aplicación y en ningún caso superior a 5 días.

Conclusiones: Los pacientes con NVSR del Principado de Asturias, en los que está indicado el tratamiento con terapia fotodinámica con verteporfin, reciben el tratamiento con unos estándares de atención superiores a los internacionalmente recomendados. Teniendo en cuenta que la reducción en la demora en el tratamiento es crucial dada la rapidez del deterioro de la visión en esta patología, consideramos que este protocolo de atención está contribuyendo a la mejor calidad de la asistencia.

CERTIFICACIÓN DE 25 PROCESOS SEGÚN LA ISO 9001:2000 A PARTIR DEL MAPA DE PROCESOS. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Moracho-Del Río O, Valverde-Citores RM, Oliver A, Aguirre L
Hospital de Zumarraga.

C-184

Palabras clave: Gestión calidad total. Certificación.

Objetivos: A finales del año 20001, con una experiencia importante en Gestión por Procesos, EFQM y cuatro procesos ya certificados, se comienza un proyecto de ampliación del alcance de la certificación según ISO 9001:2000 a otros 24 procesos del hospital, a partir del mapa de procesos.

Métodos: Para la Certificación de los procesos se contó con una ayuda externa y se siguieron los siguientes pasos: 1) Decisión por parte del ED y gestores de proceso sobre procesos a certificar. 2) Nombramiento coordinadores de proyecto (la política de calidad del hospital es responsabilidad del gerente y los líderes, por lo que no existe un departamento de calidad). 3) Formación a los Gestores de Proceso sobre ISO. 4) Elaboración documentación general del sistema. 5) Documentar los procesos: actualizar y/o modificar la documentación ya existente. 6) Designación y formación de auditores internos en ISO 9001:2000. 7) Realización de auditorías, revisiones por la dirección y visitas de certificación.

Resultados: El tener descritos y representados los procesos ha facilitado en gran medida la elaboración de la documentación del SGC. El haber comenzado a documentar el SGC ha hecho posible que más de 100 personas (de 440) se hayan implicado de una manera directa en la mejora continua. Ha facilitado las interrelaciones procesos-personas, sus interfaces y la auditoría interna como otra herramienta para la mejora continua de los procesos. Además se han procedimentado la "Percepción del Cliente Interno", "Formación Teórica Organizada por el Hospital", "Gestión por Procesos: Mantenimiento, Seguimiento, Análisis y Mejora de los Procesos". En julio pasan la vista de certificación 14 procesos y otros 10 en noviembre.

Conclusiones: La implantación de un SGS permite implicar de una forma más directa a los profesionales, depurar documentación, establecer procedimientos comunes y ampliar el desarrollo de procesos a procedimientos.

GESTIÓN DEL PROCESO AIT EN CONSULTA DE NEUROLOGÍA

Sánchez C, Barriga F, Barón M, Dobato J, Pardo J, Pareja JA,
Vela L, Zapatero A

Fundación Hospital Alcorcón.

C-185

Palabras clave: Gestión de procesos. AIT. Mejora continua.

Objetivos: Diseño y puesta en marcha de la gestión del proceso "Accidente isquémico transitorio (AIT) en estudio ambulatorio" en la consulta de Neurología.

Métodos: *Ámbito:* hospital de segundo nivel del Instituto Madrileño de la Salud, con población de referencia de 200.000 habitantes sin camas asignadas a Neurología ni neurólogo de guardia. Definición del proceso AIT susceptible de estudio en consulta, diseño del diagrama de flujo, definición de indicadores (de proceso, centinela y de efectividad) y elaboración por consenso de los criterios de inclusión y procedimientos a seguir con urgencia, cirugía vascular, cardiología y radiología. Puesta en marcha en Abril-02 con revisiones mensuales para detección de problemas e implantación de medidas correctoras.

Resultados: Presentamos resultados de 13 meses de funcionamiento. Definición del proceso: atención médica (diagnóstico y tratamiento) del paciente con AIT susceptible de estudio en consulta y completar el estudio de forma ambulatorio en menos de una semana. Problemas detectados: retraso en las citaciones, falta de ajustes a criterios de ingreso, retraso en exploraciones no incluidas en protocolo, diseño inadecuado de indicadores. Tras la revisión del proceso en noviembre-02 medidas adoptadas: redefinición de indicadores, modificación del sistema de citación, reajustes de los circuitos de realización de pruebas, revisión de los criterios de ingreso. Pacientes valorados: 138. Indicador 1 (% remisiones apropiadas) 2002: 59%; 2003: 77%. Indicador 2 (% estudios completos < 1 semana) 2002: 37%; 2003: 61%. Indicador 3 (infartos durante estudio) 2002: 4,3%; 2003: 0% Indicador 4 (% ajustes de tratamiento) 2002: 34%; 2003: 29%. Demora media en la cita febrero-02: 90 días, abril-02: 7,67 días; abril-03: 5,37. Cuatro de los pacientes fueron subsidiarios de endarterectomía carotídea sin secuelas neurológicas.

Conclusiones: La gestión por procesos se configura como la herramienta ideal para la mejora continua de la práctica clínica. La monitorización precoz permite detectar los problemas e implantar las medidas correctoras adecuadas, al tiempo que facilita el rediseño de los circuitos más adecuados a cada patología. En nuestro caso, ha supuesto una mejoría significativa de la atención médica prestada los pacientes con este tipo de patología reflejada en: menor tiempo de estudio, instauración precoz del tratamiento adecuado y reducción de número de infartos cerebrales y sus secuelas.

UTILIZACIÓN DE FUENTES INFORMATIZADAS PARA EVALUAR LA ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE NEUMONÍA COMUNITARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C-186

Troncoso D, López-Pedraza MJ, González C, Ruiz P, Serrano O, Álvarez JC
Hospital Universitario 12 de Octubre.

Palabras clave: Neumonía Comunitaria. Terapia Antibiótica Secuencial. Protocolo.

Objetivos: La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es frecuente causa de ingreso y genera un alto número de estancias hospitalarias. En el año 2001 nace un protocolo de consenso para manejo de esta patología. Los objetivos de este estudio son evaluar las fuentes informatizadas para medir el seguimiento del protocolo específico y describir las características de los pacientes ingresados por NAC.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes ingresados en Neumología, en 2002, por NAC. *Fuentes de Datos:* Informes de alta hospitalaria; Unidosis de Farmacia; Hª Clínica; CMBD. *Variables estudiadas:* Sexo, edad, estancia e indicadores de proceso según Protocolo (Criterios de Ingreso, Pronósticos, Escala de FINE, Terapia Antibiótica Secuencial).

Resultados: De 243 informes de alta se analizaron 108 pacientes. 71,3% fueron hombres. La media de edad fue de 66,8 años. El total de estancias fue de 1.325. La estancia media fue de 12,2 días (IC95% 10,4 a 14,1). En 23,7% de los casos se encontraron datos completos. En 94,4% de los pacientes se identificaron criterios de ingreso. La media de criterios de ingreso que cumplieron los pacientes se situó en 3,2, con una mediana de 3. En 97,3% de los pacientes se identificaron criterios pronósticos. Número medio de criterios pronósticos registrados fue de 2,3, siendo la mediana de 2. Dentro de la Escala de FINE, el 74,1% de los pacientes se agruparon en los estratos tercero y cuarto, de peor pronóstico. La base de datos de UNIDOSIS permitió estudiar la terapia antibiótica al 86% de los pacientes, el resto se recogió de la Hª Clínica. Del total de casos con NAC se realizó terapia antibiótica secuencial en el 23,14% de los pacientes. De éstos el 80% recibió 2 antibióticos y el 20% restante 3, durante su periodo de ingreso. El 76% de los pacientes que recibieron Terapia secuencial se situaron en los estratos tercero y cuarto de la Escala de FINE. Los pacientes con terapia secuencial tuvieron una estancia más corta que los pacientes que no la recibieron ($p < 0,05$).

Conclusiones: El Informe de Alta no ha sido suficiente para valorar la adecuación al protocolo. La Unidosis ha sido de utilidad en este estudio. Los pacientes se agrupan en torno a las categorías de peor pronóstico de la Escala de FINE. La terapia secuencial se asocia a una menor estancia hospitalaria.

MESA 24

Gestión de procesos

VÍA CLÍNICA DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO: ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS A 1 AÑO

C-187

Sánchez-Marín B, Marta-Moreno J, López-Gastón JI, Oliván-Usieto JA, Ara-Callizo JR, Oliveros-Juste A
Hospital Universitario Miguel Servet.

Palabras clave: Vías clínicas. Accidente isquémico transitorio.

Objetivos: Presentar la Vía Clínica del AIT implantada desde enero del 2002 en nuestro Servicio, incluyendo los resultados a 1 año, que se comparan con la situación previa. Se hace hincapié en el proceso de implementación, las dificultades encontradas y las áreas de mejora futuras.

Métodos: Se diseñó un protocolo específico a partir de Guías Clínicas, consensuadas con los profesionales sanitarios de nuestro Servicio y otros involucrados (Cirugía Vascular, Neurorradiología, Urgencias, etc.). Se monitorizan unos indicadores clave: estancia media y satisfacción del paciente evaluada mediante encuesta (consideramos satisfecho al que puntúa entre 7-8/10 y muy satisfecho 9-10), % de AITs incluidos en la Vía, vulneraciones y motivos de estas, analizados trimestralmente. Se analiza el proceso de implantación y relación entre indicadores y diferentes estrategias de motivación e implicación del personal.

Resultados: De los 136 casos de AIT atendidos en 2002, 54 siguieron la Vía en su totalidad. En ellos la estancia media fue de 3,7 días, frente a 7,2 días del resto. La estancia media en el 2001, previa a la puesta en marcha de la Vía era de 9,4 días. El 95% de los pacientes estaban satisfechos o muy satisfechos. A lo largo del año, se incluyeron en la Vía el 39,7% de los casos, con grandes variaciones en diferentes meses y según el facultativo responsable. El porcentaje de casos reclutados y las vulneraciones de la Vía guardaban una clara relación con las reuniones de evaluación periódica realizadas y la implicación personal.

Conclusiones: La puesta en marcha de una Vía Clínica de atención al AIT en nuestro medio ha sido una medida muy eficaz. Ha mejorado de forma importante la estancia media y la satisfacción del paciente. La metodología de gestión por procesos parece una herramienta potente de mejora de la eficiencia y calidad de nuestro trabajo. La implicación de todo el personal es el principal reto.

RESULTADOS DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, ELABORADA A PARTIR DEL ANÁLISIS DEL PROCESO

C-188

Alcalde-Escribano J, Valiño-Fernández C, Sánchez-Bustos F, Rodríguez-Cuellar E, Ruiz-López P, de la Cruz-Vigo F

Palabras clave: Colecistectomía Laparoscópica. Vía Clínica. Mejora de Procesos.

Objetivos: Analizar la calidad científico-técnica y la efectividad clínica del proceso identificando sus puntos fuertes y débiles. Implantar una Vía Clínica (VC) y evaluar su impacto.

Métodos: Análisis de historias clínicas de pacientes (ASA = < III) colecistectomizados entre 1997-1999, identificando sus puntos fuertes y débiles. Se definieron los siguientes objetivos de mejora: estancia preoperatoria 1 día (estándar $\geq 70\%$), estancia postoperatoria 1 día tras el de la intervención (estándar $\geq 70\%$), consulta anestésica ambulatoria (estándar $\geq 85\%$), consentimiento informado (estándar = 100%), complicaciones mayores (estándar < 5%), infección de la herida (estándar < 5%), éxitus (estándar $\leq 2\%$), conversión laparotomía (estándar < 5%), uso no justificado de antibióticos (estándar $\leq 20\%$), evaluar la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes mediante cuestionarios específicos (estándar $\geq 60\%$). Se elaboró una VC cuyos documentos se describen. La VC se implantó durante 2000-2003 y se evaluó mediante comparación de sus resultados con los del análisis previo del proceso y los correspondientes a un estudio nacional de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Resultados: Durante 2000-2003 se incluyeron en la VC 110 pacientes. Estándares alcanzados: estancia preoperatoria 87,3%, consulta preanestésica ambulatoria 87,3%, complicaciones mayores 1,8%, infección de la herida 0, éxitus 0, conversión 3,6%. Estándares no alcanzados: estancia postoperatoria 21,8% y consentimiento informado: 96%. El 98% de los pacientes estaban satisfechos o muy satisfechos. Se presentan los datos referentes a la calidad de vida. La comparación estadística de los resultados de ambas series demuestra una mejora estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en los parámetros de calidad científico-técnica evaluados. Hubo mejoría significativa en la estancia preoperatoria pero no en la postoperatoria y no se detectó significación en los datos sobre efectividad clínica. Los datos del análisis previo del proceso en nuestro Servicio fueron similares a los del estudio nacional de la AEC, mientras que los obtenidos tras la aplicación de la VC mejoraron los niveles de calidad referidos.

Conclusiones: El análisis del proceso ha permitido identificar oportunidades de mejora referentes a calidad científico-técnica y estancias. La elaboración de una VC mediante el análisis del proceso ha constituido una herramienta útil para su sistematización y mejora.

VÍA CLÍNICA PARA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DISEÑADA MEDIANTE INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ÁMBITO NACIONAL

C-189

Alcalde-Escribano J, Ruiz-López P, Villeta-Plaza R, Rodríguez-Cuellar E, Landa-García JI, Jaurrieta E

Sección de Gestión de Calidad. Asociación Española de Cirujanos.

Palabras clave: Colecistectomía. Colelitiasis. Indicadores Clínicos. Vías Clínicas.

Objetivos: Elaboración de una vía clínica (VC) para la colecistectomía laparoscópica (CL) basada en los datos aportados por servicios quirúrgicos de las distintas Comunidades Autónomas del país.

Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal y prospectivo de pacientes a los que se practicó colecistectomía. Criterios inclusión: no sospecha previa de litiasis de la vía biliar principal, cirugía programada, no intervenciones asociadas sobre otros órganos. Se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los profesionales y pacientes, constando únicamente el nivel del hospital. Análisis de 76 variables introducidas en base de datos que se facilitó a cada participante. Dimensiones estudiadas para el desarrollo de la VC: calidad científico-técnica, efectividad clínica, eficiencia y satisfacción del paciente. Definición de indicadores y estándares del proceso. Diseño de una VC a partir de los datos obtenidos del análisis del proceso.

Resultados: Participaron 37 servicios, correspondientes a 16 Comunidades Autónomas. El número de casos aportado ha sido de 426 casos de los que en el 84% se realizó CL. El número de cuestionarios de satisfacción fue 335/78,6%. Para el análisis del proceso, diseño de la VC y posterior monitorización del proceso se utilizó la siguiente información sobre CL extraída del proyecto: estancias medias pre y postoperatoria 1,6 y 2,6 días; consulta preanestésica ambulatoria 74%; ecografía 98,4%; consentimiento informado 93,2%; profilaxis antibiótica 78,9% y TEP 75%; colangiografía intraoperatoria 17,8%; abordaje laparoscópico 84%; conversión a laparotomía 4,9%; uso no justificado de antibióticos 18,5%; infección de herida 1,1%; reintervención 0,9%; hemorragia no prevista 0,9% y mortalidad 0,2%. Se aportan los siguientes elementos de la VC: criterios de inclusión, exclusión y alta, matriz temporal, documento de verificación médica, hoja de indicadores y estándares del proceso, hoja de variaciones del proceso, documento de información al paciente y familiares, encuesta de satisfacción.

Conclusiones: 1) El análisis del proceso ha permitido diseñar una VC para CL basada en información de ámbito nacional. 2) Ha facilitado el desarrollo de indicadores y estándares considerando la realidad nacional del proceso CL.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA (P.HBP/CAP) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

C-191

Juárez-Soto A, Machuca-Tortajada J, Rosano-Duarte L, Marchena-Consejero M, Rodríguez-Prieto JM, Palomero-Bocardo MA

Palabras clave: Autonomía Profesional. Gestión por Procesos. Coordinación Inter nivel.

Objetivos: Describir los resultados de la implementación del P.HBP/CAP diseñado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la ZBS de Chiclana, cuya Atención Sanitaria Urológica se basa en un Modelo de gestión clínica integrado AP-URÓLOGO DE ZONA. El objetivo específico es conocer el grado de adecuación a las características de calidad contempladas en el Proceso.

Métodos: Estudio descriptivo cuyo universo es la ZBS de Chiclana, conformada por unos 70.000 hab. referenciados en el Hospital Universitario de Puerto Real y en el Distrito Bahía-La Janda. El Modelo de gestión clínica integrado, se basa en: 1) La autonomía profesional en la gestión clínica, de la agenda de urología y de las incidencias. 2) La Consulta de Acto Único de Urología (CAUU): de alta resolución, alta tecnología (ecógrafo, cistoscopio flexible, electrobisturí etc) e informatizada (informe de alta al 100% de los pacientes con copia al médico de AP). 3) La Plataforma Profesional AP-Urólogo de zona, sustento del modelo descrito, basada en la comunicación y coordinación entre profesionales. Su objetivo principal es el control de la calidad asistencial y ser el soporte formativo en urología básica para AP. 4) Desde enero hasta mayo de 2003, se atendieron en la CAUU 50 pacientes procedentes de AP incluidos en el P.HBP/CAP. **Variables:** (estándar contemplado en el P.HBP/CAP). a) demora AP-AE (20 días hábiles desde la petición cita para AE). b) Tasa de adecuación (TA) de los criterios de derivación AP-AE. c) TA de los requisitos de derivación AP-AE. d) TA de los criterios de derivación AE-AP. e) TA de la actividad de la CAUU a lo establecido en el Proceso. f) Total de pacientes diagnosticados a los 3 meses de la primera consulta en AP (80%). g) demora indicación-realización de biopsia de próstata. h) demora indicación-comunicación del resultado al paciente.

Resultados: 1) demora AP-AE: 6,64 días (mín. = 0; máx. = 17). 2) TA de los criterios de derivación AP-AE: 96%. 3) TA de los requisitos de derivación AP-AE: 91,6%. 4) TA de los criterios de derivación AE-AP: 100%. 5) TA de la actividad de la CAUU a lo establecido en el Proceso: 100%. 6) Total de pacientes diagnosticados a los 3 meses de la primera consulta en AP: 100%. 7) demora indicación-realización de biopsia de próstata: 4,8 días (mín. 4; máx. 11). 8) demora indicación-comunicación del resultado al paciente: 16 días (mín. 9; máx. 21).

Conclusiones: Con estos datos preliminares, parece que la autonomía de los profesionales en la gestión clínica y la coordinación entre profesionales tienen un impacto positivo en la adecuación a las características de calidad del P.HBP/CAP.

IMPLEMENTACIÓN DE UN "MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA INTEGRADO ATENCIÓN PRIMARIA (AP)-URÓLOGO DE ZONA" EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

C-190

Juárez-Soto A, Machuca-Tortajada J, Rosano-Duarte L, Giménez-Vélez JI, Guerrero-Vida C, Varo-Solis C

Palabras clave: Gestión Clínica. Autonomía Profesional. Coordinación Inter nivel.

Objetivos: Describir los resultados asistenciales tras la implementación de una atención sanitaria urológica basada en un Modelo de gestión clínica integrado AP-URÓLOGO DE ZONA. El objetivo específico es describir los indicadores de actividad asistencial.

Métodos: Estudio descriptivo cuyo ámbito de implementación es la ZBS de Chiclana, en Cádiz, conformada por unos 70.000 habitantes referenciados en el Hospital Universitario de Puerto Real y en el Distrito Bahía-La Janda. Desde enero hasta mayo de 2003, fueron atendidos en la CAUU 345 pacientes procedentes de AP. El Modelo de gestión clínica integrado, se basa en: 1) La autonomía profesional en la gestión clínica, en la gestión de la agenda de urología y en la gestión de incidencias. 2) La Consulta de Acto Único de Urología (CAUU): Consulta de alta resolución, dotada de alta tecnología (ecógrafo, cistoscopio flexible, electrobisturí etc.) e informatizada (informe de alta al 100% de los pacientes con copia al médico de AP). 3) La Plataforma Profesional AP-Urólogo de zona, sustento del modelo descrito, basada en la comunicación y coordinación entre profesionales. Su objetivo principal es el control de la calidad asistencial y ser el soporte formativo en urología básica para AP. **Variables:** a) demora media AP-AE. b) tasa de pacientes con demora máxima menor de 7 días. c) tasa de resolución* en la CAUU. d) nº de pruebas complementarias. e) vasectomías gestionadas en AP. f) nº de consultas telefónicas-correo electrónico AP-URÓLOGO. *pacientes diagnosticados de una sola vez, a los que se procede a su alta o se incluyen en Registro de Demanda Quirúrgica.

Resultados: 1) demora media AP-AE: 6,39 días (mín. = 0; máx. = 17). 2) tasa de pacientes con demora máxima menor de 7 días: 70,04%. 3) tasa de resolución en la CAUU: 91,6%. 4) nº de pruebas complementarias: 153 ecografías, 15 cistoscopias, 3 uretoscopias, 2 biopsias vesicales, 3 electrocoagulación vesical, 2 inyecciones intracavernosas PGE. 5) vasectomías gestionadas en AP: 72. 6) nº de consultas telefónicas-correo electrónico AP-URÓLOGO: 31.

Conclusiones: Con estos datos preliminares, parece que la autonomía de los profesionales en la gestión clínica y una coordinación y comunicación activa entre los mismos tiene un impacto positivo en los resultados asistenciales.

UTILIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C-192

Dominguez JP, García C, Bleda JM, Ávila L, Sahuquillo C

Palabras clave: Guías de práctica clínica. Médicos especialistas. Encuesta.

Objetivos: Conocer el grado de utilización y la opinión sobre la elaboración y uso de guías de práctica clínica (GPC) entre los médicos especialistas del Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete.

Métodos: Se envió un cuestionario a 161 médicos, seleccionados al azar, de 32 especialidades clínicas. El cuestionario tenía 17 preguntas cerradas y 1 abierta referentes al uso de las GPC en la actividad laboral diaria. Las preguntas se referían al grado y motivo principal del uso de las GPC, el tipo de las mismas y la opinión sobre su influencia en la variabilidad y la calidad de la asistencia. Asimismo, se preguntaba sobre la necesidad de elaborar GPC propias de los Servicios, y el método de elaboración y evaluación de las mismas.

Resultados: Respondieron 78 médicos (48,4%) de 30 especialidades. De ellos, 17 (21,8%) contestaron que nunca utilizan las GPC y 21 (26,9%) que las usan pocas veces. De estos 38 médicos, 31 (81,6%) consideran útil el uso de las GPC y 29 (76,3%) creen necesario elaborar GPC propias. De los 40 (51,3%) médicos que usan GPC habitualmente, 35 (87,5%) lo hacen, fundamentalmente, para mejorar la asistencia y 5 (12,5%) por motivos legales. Asimismo, 21 (52,5%) usan con mayor frecuencia las GPC de las Sociedades Científicas (SSCC), 5 (12,5%) las propias y 14 (35%) ambas por igual. De los 35 (87,5%) que usan habitualmente las GPC de las SSCC, 25 (71,4%) emplean preferentemente las españolas y 10 (28,6%) las internacionales. De los 30 Servicios encuestados, en 20 (66,6%) existen GPC propias. En 9 (45%) de estos Servicios no se evalúan las GPC, en 8 (40%) se hace mediante la opinión aislada de sus miembros y en 3 (15%) a través de auditoría interna.

Conclusiones: Un significativo porcentaje de médicos especialistas de un hospital terciario reconoce que no utiliza habitualmente las GPC en su actividad laboral diaria. Sin embargo, la mayoría de ellos las considera útiles y cree necesaria la elaboración de las mismas. Los especialistas que utilizan habitualmente las GPC lo hacen, fundamentalmente, para mejorar la asistencia. Emplean, principalmente, las GPC de las SSCC, sobre todo las españolas. En la mayoría de los Servicios, las GPC no son evaluadas o los son simplemente mediante la opinión aislada de sus miembros.

PROCESO ASISTENCIAL DEL PARTO Y PUERPERIO: EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

Martínez-Astorquiza T, Garijo JL, Echániz I, Valtierra A,
Masach R, Urruela M, Latorre M
Hospital de Basurto.

C-193

Objetivos: Evaluar la efectividad de la Metodología de Gestión de Procesos en el proceso asistencial del Parto y Puerperio.

Métodos: 1) En el año 2000 se creó un grupo de trabajo que incluía 4 ginecólogos, 1 Pediatra, 1 Anestesiista, 2 Supervisoras, 1 Enfermera y 2 personas de la Unidad de Calidad. 2) Se utilizó la Guía de Osakidetza para la Gestión de Procesos, como herramienta organizada para la evaluación sistemática y la mejora continua. 3) Se revisó la bibliografía para identificar el estado del conocimiento sobre el Parto eutócico. 4) Se elaboró una base de datos para realizar el control y seguimiento de los indicadores de eficacia del proceso (calidad técnica y calidad percibida). 5) Se elaboró un cronograma de reuniones de seguimiento de la estructura de indicadores y de la evolución de los planes de mejora (acciones correctoras y preventivas).

Resultados:

Seguridad

Indicador	Año 2001	Año 2002
% cesáreas	14%	11%
% anestesia epidural	96%	95%
% cesáreas de repetición	40%	36%
% episiotomías	80%	62%
% inducciones no indicadas	1,2%	0,8%
% de RN con estudio ácido-base en APGAR 1 entre 0 y 4	100%	96%

Tiempo

Indicador	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002
% estancias menores que 2,4 días*	36%	39%	38%	51%

*este indicador se incluye en la estructura de indicadores en el año 2002

Información y GLOBAL

Indicador	Año 2001	Año 2003
Valoración positiva de la información médica en el área de partos		71%
Valoración positiva de la información de lactancia, cuidados personales y RN*		—
Valoración positiva información pediátrica*		—
Valoración positiva GLOBAL de la asistencia recibida		77%

*se incluyen en la encuesta en el año 2003 (que se realiza en los meses de mayo y junio)

Conclusiones: 1) La metodología expuesta permite una orientación sistemática de las actividades hacia el cliente. 2) Facilita la participación de todas las personas intervinientes en el proceso. 3) La estructura de indicadores facilita la medición sistemática de los resultados más relevantes. 4) Es una herramienta que posibilita la mejora continua mediante la aplicación de ciclos de mejora de los procesos.

MESA 25

Orientación al cliente

LA COMISIÓN DE CUIDADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA: UNA APUESTA FIRME POR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

García-Mozo A., Ayuso-Murillo D, Gómez-Picard P, Palou-Oliver MA,
Maya-Maya A, Alcover-Vaquero M

C-194

Palabras clave: Comisión cuidados enfermería.

Objetivos: Implantar el modelo de Virginia Henderson en el Hospital, estandarizar procedimientos, protocolos, planes de cuidados y monitorizar indicadores de calidad.

Métodos: En el año 2002 se constituyó la Comisión de Cuidados en el Hospital Universitario Son Dureta, cuyo objetivo primordial es impulsar la metodología de cuidados, integrada por 17 miembros y presidida por el Director de Enfermería. En su seno existen 3 áreas de trabajo: 1) Actualización de procedimientos, protocolos y procesos asistenciales. 2) Adaptación de los registros de enfermería al modelo de Virginia Henderson en formato electrónico: informe al alta y valoración al ingreso. 3) Área de calidad: gestión por procesos y revisión de indicadores. Se realiza un estudio retrospectivo para evaluar el impacto de la labor de la Comisión de Cuidados en los seis primeros meses de su andadura, tomando como variables: el número de informes al alta de enfermería, la actualización de registros enfermeros y la revisión de procedimientos, protocolos y planes de cuidados. Se analizan los 6 meses previos a la Comisión de Cuidados (de mayo a octubre de 2002) y los 6 meses posteriores a su constitución (de diciembre de 2002 a abril de 2003)

Resultados: El número de informes al alta de enfermería emitidos por el Hospital, en el periodo inicial descrito, fue de 502. Siendo la media de unidades emisoras de 14 en Hospitalización de adultos y 1 en Pediatría. De la evaluación posterior a la puesta en marcha de la Comisión de Cuidados se obtienen los siguientes Resultados: el número global de informes al alta emitidos ha sido 1.809, la media de unidades emisoras se ha incrementado: 17 en H. de Adultos y 2 en Pediatría. Se han adaptado los registros de valoración al ingreso y alta de enfermería en formato electrónico, al modelo conceptual de V. Henderson, ambos son pilotados en 17 y 4 unidades hospitalarias respectivamente. Se ha elaborado un manual de protocolos y procedimientos, cuyo índice en formato Web tiene vinculados 198 protocolos y procedimientos, disponibles en la intranet.

Conclusiones: La puesta en marcha de la Comisión de Cuidados ha sido un factor de impacto fundamental en el incremento de informes al alta de enfermería; ha permitido la participación de numerosos profesionales en grupos de trabajo, favorece la toma de decisiones en cuanto a la implantación de la metodología enfermera y constituye el marco ideal para fomentar el interés por la mejora continua de la calidad de los cuidados.

¿QUÉ ASPECTOS INFLUYEN EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA?

Mira JJ, Pérez-Jover V, Palomar J, Tomás O, Peset R,
Rodríguez-Marín J

C-195

Palabras clave: Calidad asistencial.

Objetivos: Identificar qué variables de la atención sanitaria son las que poseen mayor capacidad predictiva sobre la percepción de mejora de la atención recibida.

Ámbito: Comunidad Valenciana.

Método: Encuesta de opinión a pacientes sobre la asistencia sanitaria recibida en los centros sanitarios.

Material: Encuesta estructurada con ítems de respuesta múltiple.

Sujetos: 19.814 pacientes dados de alta en hospitales. 69,22% mujeres. Edad media: 53,38 años. 14.985 pacientes atendidos en centros de salud. 73,9% mujeres. Edad media: 40 años.

Análisis de datos: Regresión múltiple paso a paso. VD: Percepción de si la atención sanitaria ha mejorado en los dos últimos años. VI: Dimensiones de la atención sanitaria.

Resultados: **Hospitales:** Variables que demostraron una mayor capacidad predictiva: Aspecto y conservación instalaciones ($t = 10,15$, $p < 0,001$), amabilidad y cortesía de los profesionales ($t = 2,78$, $p < 0,005$), rapidez de la atención ($t = 2,89$, $p < 0,004$). **Centros de salud:** Variables con mayor capacidad predictiva: trato recibido ($t = -15,99$, $p < 0,001$), limpieza de las consultas ($t = -7,11$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El análisis diacrónico para explicar la opinión de los pacientes de la atención sanitaria que reciben puede ayudarnos a valorar si el esfuerzo que se realiza en los centros es valorado positivamente por los pacientes, identificar si las áreas de mejora abordadas alcanzan sus objetivos y comprobar qué aspectos de la atención sanitaria permanecen más estáticos a juicio de los pacientes.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: ÁREAS DE MEJORA

Fuertes M, Gutiérrez D, San Julián J, Ochoa M, Alcaiza M, Sánchez-Ostiz R

C-196

Palabras clave: Satisfacción. Mejora continua. Socio-sanitario.

Objetivos: Medir el grado de satisfacción de nuestros clientes para establecer planes de mejora. Identificar necesidades y expectativas de los clientes. Crear un sistema de gestión de las reclamaciones. Satisfacer las exigencias de los clientes. Poseer información para implementar acciones de mejora.

Métodos: El uso de encuestas de satisfacción se encuadra en la política de calidad de Amma: búsqueda de satisfacción de los usuarios y mejora continua en el marco del modelo EFQM. Esto ha permitido al Centro Gerontológico Amma Mutilva ser el primer centro de estas características que se certifica con la norma ISO 9001:2000. Por su importancia para determinar si nuestros servicios socio-sanitarios son útiles desde el punto de vista de los clientes, es necesaria su evaluación para mejorar. Así obtendremos el feedback necesario para optimizar nuestro trabajo y responder a las necesidades de los clientes y profesionales.

Resultados: Conseguir la satisfacción con nuestra práctica es un medio para lograr la mejora continua. Tras los resultados, se crean grupos de mejora para instaurar procesos más efectivos y eficaces. Las encuestas de satisfacción de usuarios son útiles en la detección de áreas de mejora. Lo observamos tras los datos de las encuestas de satisfacción de los años 2000-2001-2002: por ejemplo, en el año 2000, éstas fueron contestadas por el 64% de los residentes familiares, entonces, el 85% valoraron al Centro Gerontológico Amma Mutilva como muy bueno. Las únicas áreas que obtuvieron una valoración de regular/mala del total (atención al usuario, limpieza, lavandería, instalaciones, habitaciones, alimentación, personal, horarios y valoración global) fueron lavandería y alimentación. Como consecuencia, se creó un grupo de mejora para cada área. Los beneficios de la creación de estos grupos de mejora se hicieron objetivos en los datos de las encuestas de satisfacción del año 2001. Entonces, la encuesta fue respondida por el 69,7% de los residentes/familiares. Hubo un incremento en la de valoración global respecto al año 2000 del 2,4%. Tras la creación de grupos de mejora en el año 2000, los datos indicaron un incremento del índice de satisfacción en el área de lavandería del 20% y en la de alimentación el índice de insatisfacción se redujo al 26,36%.

Conclusiones: Vemos necesario para aumentar la competitividad y asegurar la mejora continua del servicio identificar las necesidades y expectativas de los segmentos de clientes.

VALORACIÓN DE UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO DEL REGISTRO CENTRAL DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN CATALUÑA

Busquets JM, Váñez C

C-198

Palabras clave: Documento de voluntades anticipadas. Registro central.

Objetivos: Hace tres años el Parlamento de Cataluña aprobó la Ley 21/2000 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. Desde entonces las iniciativas del Departamento de Sanidad y Seguridad Social han ido orientadas a hacer una guía de consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA) y a poner en funcionamiento un registro donde depositar estos documentos con el fin de facilitar el acceso por parte de los médicos. Esta primera aproximación: 1) Analiza el impacto que ha tenido en Cataluña la posibilidad de redactar y registrar el documento de voluntades anticipadas. 2) Analiza las características generales de las personas que han optado por esta posibilidad. Se realiza una primera aproximación a las motivaciones de las personas otorgantes.

Métodos: Se analizan 944 documentos depositados en el registro. Se analizan las variables sociodemográficas de las personas que han otorgado un documento de voluntades anticipadas, edad, sexo, lugar de residencia, así como la modalidad por la que han optado vía notarial o delante de tres testigos, i el lugar desde donde se ha recibido el documento. En base a las consultas formuladas y las explicaciones recibidas en el punto de atención a las personas que registran el documento se ha hecho una primera aproximación a las motivaciones que las personas manifiestan para redactar un DVA.

Resultados: El 86% de los documentos registrados se han hecho frente a un notario. El rango de edad de las personas otorgantes está entre los 35 y 91 años, media de 67 años. Las personas, mayoritariamente, son personas sanas. Un gran número de otorgantes manifiestan haber acompañado a personas próximas en situaciones de agonía o de incapacidad que no quieren vivir en la propia persona. En los casos de parejas, es habitual que la voluntad de otorgar el DVA sea compartida. Por norma general se designa a un representante y se opta por la pareja o un hijo.

Conclusiones: La posibilidad de redactar un DVA y posteriormente registrarlo para facilitar su acceso, esta dando respuesta a las personas que desean tomar parte en la decisión respecto del tratamiento que se le va a administrar en periodos de incapacidad.

SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ¿CÓMO INFLUYEN NUESTROS PROFESIONALES?

Álvarez-García MP, Rolo E, Gómez-del Barrio JA, Portilla I, Fernández Cobo E, Rodríguez-Saturio S

Hospital de Sierrallana, Cantabria.

C-197

Palabras clave: Alta satisfacción. Hospital de día. Trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos: Conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en una Unidad de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y analizar la repercusión del profesional en la alta satisfacción.

Métodos: Estudio de prevalencia mediante encuesta por correo postal. Población de estudio: pacientes atendidos en el Hospital de Día Psiquiátrico de Noviembre de 1999 a febrero de 2003. Variables analizadas: Dependiente: alta satisfacción (AS) obtenida mediante categorización de la puntuación de la satisfacción en base al percentil 75 de la distribución. Independientes: aspectos relacionados con el trato enfermería y médico. Análisis estadístico: la comparación de proporciones se ha realizado con la prueba χ^2 , para las variables con categorías ordenadas se ha utilizado la prueba de tendencia lineal.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han atendido 45 pacientes de los que el 82,2% respondieron a la encuesta. La satisfacción global obtuvo una puntuación media de 7,7 (DE: 1,5). El 25% de los encuestados valoraron la atención con 9 o más puntos (p75). En relación a la enfermería destaca la capacidad para resolver problemas, los pacientes que la valoraron como muy buena o buena presentaron alta satisfacción (AS) en un 50% y un 43,8% respectivamente. Respecto a la comprensión y apoyo de la enfermería, el 46% de los pacientes que manifestaron sentirse siempre comprendidos y apoyados presentaron AS frente al 25% obtenido en el resto ($p = 0,271$). No se encontró relación con la cantidad de personal de enfermería asignado ni con la relación con el equipo. Respecto al psiquiatra/psicólogo el aspecto más relacionado con la AS fue el tiempo dedicado, el 75% de los pacientes que lo consideraron muy adecuado presentaron AS frente al 6,3% en los casos que valoraron el tiempo como suficiente o escaso ($p = 0,002$), presentando tendencia lineal significativa ($p = 0,011$). Por último, la comunicación con el psiquiatra/psicólogo también se relacionó con la AS, presentándola un 55,6% de los que la valoraron como muy fácil (frente al 20% en los que la comunicación fue difícil o muy difícil $p = 0,07$).

Conclusiones: La satisfacción con la asistencia en nuestra unidad de día ha sido muy alta, situándose el p75 por encima de 8 puntos. La AS se relaciona especialmente con la percepción del tiempo dedicado al paciente por el psiquiatra/psicólogo y con la capacidad de resolución de problemas por parte de enfermería.

CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN FEMENINOS

Pallarés A, Alonso M, Beltrán M

C-199

Palabras clave: Revistas. Calidad. Ciudadanos.

Objetivos: Analizar el contenido de los artículos de una revista de gran difusión (Revista Mía; OCD/100.000 ejemplares por número/semana) y determinar que porcentaje de artículos hacen referencia a temas relativos a la calidad en el ámbito sanitario y socio-sanitario.

Métodos: El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante el diagrama de Altman. Se determinó mediante aleatorización simple la muestra. El protocolo de estudio incluyó 40 variables seleccionadas previamente como significativas. Los resultados se expresaron como porcentaje y factor de impacto interno (FII) de cada variable según la fórmula: $FII = \text{número artículos con el criterio buscado} \times \text{número artículos por año/número total de artículos}$. La validez de los resultados fue comprobada mediante el método de Dallal de reanálisis por observador independiente.

Resultados: Se incluyeron los números publicados desde enero de 2000 a diciembre de 2001 ($n = 108$). Los artículos de tema exclusivamente sanitario correspondieron a la línea editorial de la revista, representando el 21,4% sobre el total de artículos publicados ($FII = 2,311$) con temática muy diversa (desde puericultura a menopausia). Los temas socio-sanitarios ocuparon el 38,7% de los artículos ($FII = 4,179$) con contenidos de ayuda o información a la mujer (drogodependencias, residencias de la tercera edad, medicina laboral, psicología). El 67% de los artículos de tema sanitario fueron firmados por especialistas del ámbito de la salud y el 58% de los socio-sanitarios por especialistas del campo social. El 60% hacían referencia a la mejora de la calidad asistencial ($FII 6,480$) pero sólo el 6% ofrecían contenidos concretos sobre métodos. El 5% de los contenidos sanitarios presentaban información sobre medicina alternativa ($FII = 540$) y sólo el 3% de los artículos contenían opiniones contrarias a los roles clásicos atribuidos a la mujer (madre esforzada, esposa ideal, trabajadora líder, hija, hermana, amiga).

Conclusiones: 1) Los contenidos sanitarios y socio-sanitarios son la principal línea temática de la revista. 2) Los autores de estos trabajos son mayoritariamente profesionales del campo social o sanitario. 3) Se hace referencia frecuente a la calidad asistencial como concepto pero no se definen sus contenidos. 4) El análisis semiótico de los artículos demuestra que los valores ideológicos dominantes en nuestra sociedad respecto a la cultura médica hegemónica. 5) La información contiene preferentemente una apariencia de progresismo aunque en realidad estimulan los valores más tradicionales reforzando las características emocionales e idealizando los valores de una sociedad conservadora.

MESA 26

Gestión por procesos y hechos

REPERCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN PROCESO ASMA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIASTMÁTICO

C-201

Vila C, Tejedor MA, Rosado A, Alonso MD, Fernández-Rivas M, González-Mancebo E.

Fundación Hospital de Alcorcón.

Palabras clave: Gestión de Procesos. Asma. Alergia.

Objetivos: Para el seguimiento de pacientes asmáticos en la Unidad de Alergia de este centro diseñamos una base de datos, "PROCESO ASMA", en la historia clínica electrónica, con el fin de monitorizar nuestra práctica clínica. El objetivo en el 2002-2003 ha sido evaluar su grado de implantación y valorar si la información escrita dada al paciente sobre su tratamiento aumenta su adherencia a este.

Métodos: Durante el 1º año de implantación del "PROCESO ASMA" se incluyeron 1340 pacientes vistos por primera vez en esta Unidad y diagnosticados de ASMA. Se valoró su grado de severidad siguiendo los criterios clínicos de la Global Initiative for Asthma (GINA/2002). Se consensó la inclusión en el informe clínico de pacientes con ASMA MODERADO (AM) y ASMA GRAVE (AG) de un plan de manejo de reagudizaciones en domicilio, con la introducción precoz de una pauta de esteroides orales (CO), según recomendaciones de la GINA. Evaluamos 1 año después el grado de adhesión al tratamiento de fondo (TF) y en exacerbaciones.

Resultados: De los 1.340 pacientes incluidos, un 24,4% fue diagnosticado de AM y un 0,8% de AG. Se había introducido en el informe clínico un tratamiento para reagudizaciones en el 93% (n = 304) de los AM y 90,9% (n = 10) de AG. 182 pacientes habían realizado su 2º año de seguimiento en el primer cuatrimestre del 2003. El cumplimiento correcto del TF (80-100% de los días) lo realizó el 51% (n = 93) de los pacientes, independientemente del grado de severidad de su asma; en el AM el grado de cumplimiento fue similar, un 52,5% (n = 53), sin diferencias por sexos. Del total de pacientes revisado, el 93% (n = 164) no tomó CO en reagudizaciones; dentro del grupo de AM el 90,5% (n = 86). Un 20% de los pacientes (n = 36) precisaron CO y de estos un 25% (n = 9) siguieron nuestras indicaciones; otro 25% (n = 9) desconocía que su informe recogiera dicho tratamiento. En un 39% (n = 14) el tratamiento en reagudizaciones fue modificado en Atención Primaria o en Urgencias. Otro 11% (n = 4) no tomaron CO por razones varias.

Conclusiones: La explotación del formulario nos ha permitido obtener información real sobre nuestra práctica clínica. Hemos encontrado un alto grado de cumplimiento por los médicos de la Unidad, al incorporar un plan de actuación en domicilio para reagudizaciones en AM y AG. No obstante, a pesar de dar por escrito el tratamiento a los pacientes, el seguimiento correcto solo fue realizado por un 50% de ellos, independientemente del grado de severidad de su asma, por lo que hemos planteado una serie de acciones de mejora.

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

C-200

Martínez-Menéndez A, Martínez-Ortega MC, Monte C, Alexandre E, Quintela I, Díez MC
Hospital de Jove, Gijón.

Palabras clave: Vía clínica. Evaluación.

Objetivos: Implantar una vía clínica en un servicio de Cirugía General de un hospital de 235 camas como parte del plan de calidad de dicho servicio. Presentar y evaluar esta vía clínica como proyecto piloto para el desarrollo de vías clínicas en otros procesos quirúrgicos.

Métodos: Compromiso de desarrollo de vía clínica en Octubre de 2001. Se realizaron reuniones de consenso y elección del proceso. Se elaboraron los documentos: matriz definitiva, dibujos, hoja de verificación, hoja de variaciones, encuesta de satisfacción, hoja de recomendaciones y esquema de evaluación con indicadores estándar. Consideramos los indicadores de cumplimiento, satisfacción y efectos adversos del siguiente modo: 1) Indicador del grado de cumplimiento. Estándar > 90%. nº de enfermos que tienen hernia inguinal, siguen la vía y son dados de alta a los tres días de estancia hospitalaria / nº de enfermos que tienen hernia inguinal y siguen la vía x 100. 2) Indicador del grado de satisfacción. Estándar > 95%. nº de enfermos con hernia inguinal, siguen la vía y contestan 8 ó más en encuesta a la pregunta de atención recibida / nº de enfermos que tienen hernia inguinal, siguen la vía y contestan la encuesta de satisfacción x 100. 3) Indicador de efectos adversos. Estándar < 5%. nº de enfermos que tienen hernia inguinal, siguen la vía y presentan algún efecto adverso / nº de enfermos que tienen hernia inguinal y siguen la vía x 100.

Resultados: El Servicio de cirugía general generó 1.822 altas de un total de 8.627 de nuestro hospital durante el año 2002. El 21% por tanto de las hospitalizaciones son potencialmente quirúrgicas. Un 55% de los ingresos fueron urgentes y 45% programados. Tuvimos 13 altas voluntarias, 30 éxitos: 26 en > 70 años y 4 en < 70 correspondientes estos últimos a patología oncológica. El periodo evaluado fue desde noviembre de 2001 a febrero de 2003. Se incluyeron en la Vía Clínica 39 pacientes en los que registramos 4 variaciones: 1 incumplimiento de la vía, 1 rechazo del enfermo a la inclusión (Dependiente del personal sanitario y de las personas) y 2 complicaciones (condición del enfermo). Estas últimas constituyen un 5,1% (Estándar < 5%). Los 35 pacientes restantes cumplen la vía clínica y son dados de alta a los tres días: el grado de cumplimiento de la vía fue 89,74% (Estándar > 90%). El grado de satisfacción fue 86,95% (Estándar > 95%): sólo recogimos 23 encuestas (65,71%) y de ellas 20 calificaban la atención con puntuación de 8 ó más. Por otra parte 16 (45,71%) hojas de verificación de la vía clínica no se cubrieron adecuadamente.

Conclusiones: La implantación de esta vía clínica ha supuesto un esfuerzo de protocolización y sistema de trabajo por parte del servicio. Se ha puesto en marcha la 2ª Vía Clínica para el proceso de colestectomía laparoscópica. Es necesario mejorar la gestión de la encuesta de satisfacción así como la cumplimentación de las hojas de verificación, lo que nos dará una mayor precisión al evaluar el proceso.

SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO INMEDIATO DE LA METODOLOGÍA DE CUIDADOS EN EL H. U. REINA SOFÍA

C-202

Cubillo-Arjona G, Farnos-Brosa MG, Ruiz-Ruiz D, Berenguer-García MJ, Rich-Ruiz M, Notario-Madueño MJ
Hospital Universitario Reina Sofía.

Palabras clave: Valoración inicial. Plan de cuidados. Informe de continuidad de cuidados.

Objetivos: Identificar, comparar y analizar los requerimientos actuales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) para la enfermera y la situación actual de la Metodología de cuidados en el H. U. Reina Sofía de Córdoba.

Métodos: Se trata de un diseño de tipo cualitativo, con técnicas de consenso de grupo. Para la obtención de la información hemos recurrido a los Sistemas de Información del hospital. Se ha utilizado un análisis de contenido siguiendo un sistema de categorías elaborado en función de los requisitos identificados para la Enfermería en las directrices institucionales del SSPA.

Resultados: Existencia de un marco conceptual. Se eligió V. Henderson. La elección supuso una consulta a expertos para identificar los puntos clave e implicaciones que suponía la opción por este marco conceptual de referencia. Existencia de un modelo de plan de cuidados. Nuestra estructura se corresponde con una matriz que básicamente identifica las fases de diagnóstico, planificación de objetivos e intervenciones y evaluación en las abscisas y 16 grupos (14 NB + 2 requerimientos de la hospitalización) en las ordenadas. El método contempla la personalización de los cuidados. Con una hoja de valoración inicial de la enfermera desde 1998 y actividades formativas para profundizar en los contenidos del modelo: Mejora en la comprensión de cada una de las NB. Mejora de las habilidades para la entrevista de valoración inicial. El método contempla la evaluación de la efectividad y eficiencia. Por un lado define objetivos y por otro utiliza actividades que permiten la asignación de material fungible y tiempos de enfermería. El método contempla la continuidad de cuidados. Lenguaje unificado NANDA, NIC, NOC. Definición de un formato de informe de Enfermería al alta que identifica el estado de salud de la persona utilizando DxE NANDA.

Conclusiones: El rol emergente de la enfermera abre nuevos campos de actuación más atractivos, más ilusionantes, profesionales que buscan mayor independencia y un papel propio. Quizás no estamos completamente preparados para este nuevo reto o con la seguridad que nos gustaría. Sin embargo, sí podemos afirmar que en nuestro hospital tenemos ya parte del camino recorrido, que no partimos de cero.

REORGANIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, UNA PRIORIDAD DEL HOSPITAL

C-203

Sainz A, de Andrés B, Caamaño C, Chamorro C, Fernández I, Lora-Tamayo A

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Palabras clave: Rcp. Proceso. Coste.

Objetivos: El Hospital Puerta de Hierro tuvo desde sus inicios un sistema de RCP que no se modificó a pesar de los cambios producidos en la asistencia y estructura, con pacientes en un edificio anexo a una distancia de 6-7 minutos. Esta ha sido una de las deficiencias detectadas en la auditoría realizada según los estándares de la Joint Commission. El objetivo es diseñar un sistema de RCP que garantice el soporte vital sistematizado allí donde se precise, profesionales formados, equipamiento adecuado. **Metodología:** Grupo de trabajo multidisciplinar para revisar el sistema actual, detectar problemas, análisis de sus causas, definir mejoras y recursos necesarios.

Resultados: Plan de respuesta coordinada, multidisciplinaria. A) Política, procedimiento o protocolos: 1) Protocolo pluridisciplinar RCP básica y avanzada con definición de responsabilidades. 2) Procedimiento de activación de parada, según área del hospital, que comprende timbre de parada, ya disponible en el edificio principal, que conecta automáticamente al busca de Cuidados Críticos y un nº único de teléfono para el resto de áreas que no disponen de timbre. B) Equipamiento y ubicación. Definición del nº de carros (17) y su ubicación. Manual del carro, con normas de reposición, mantenimiento y sellado. Nº de desfibriladores (8), características técnicas y lugares de ubicación. Mapa del hospital con los recursos disponibles, ubicación, área de cobertura y responsables de mantenimiento. C) Personal competente en RCP. Nuevo puesto nuevo de guardia en el edificio anexo y formación de los profesionales. Recomendación que todos los residentes realicen un curso de RCP avanzada. D) Recogida sistematizada de datos, análisis de información y programación de mejora continua. Diseño de una hoja de recogida de datos y definición de los responsables de cumplimentarla E) Coste: La elaboración de este plan ha supuesto una inversión muy importante en el hospital. El principal, dotar de un puesto de guardia al edificio anexo y la formación de los médicos. El coste del material inventariable, carros de parada, desfibrilador, laringoscopios y equipos de aspiración eléctrica, ha sido de 35.516 €.

Conclusiones: La complejidad de la asistencia sanitaria obliga a sistematizar los procesos y la RCP ha sido un tema prioritario en el hospital, que se ha visto facilitado por la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.

MESA 27

Sistemas de información

LA NORMA ISO 9001:2000: ¿HERRAMIENTA PARA "DINAMIZAR" LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS?

C-204

Valverde-Citores RM, Moracho O

Hospital de Zumárraga.

Palabras clave: Gestión de calidad total. Certificación.

Objetivos: Una de las dificultades con las que se encuentra cualquier organización para implantar un Sistema de Gestión por Procesos es el cambio de mentalidad que supone para los profesionales la implantación de este sistema de gestión. Un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) según la Norma ISO 9001:2000 no sólo permite salvar esta barrera desde que empieza a documentarse sino que facilita de manera efectiva la implicación de los profesionales en la gestión de los procesos.

Métodos: La Norma exige, entre otras, la elaboración de la documentación específica para cada proceso a certificar. Para ello hay que definir qué se hace, más que como se hace, cómo y quien controla lo que se hace (mediante indicadores y responsabilidades para medir y analizar), cómo y quien establece acciones correctivas o de mejora, qué interrelaciones hay con otros procesos, conocer qué esperan los clientes del proceso que se gestiona y la realización de auditorías de comprobación.

Resultados: Durante la elaboración de la documentación se ha comprobado que los profesionales implicados en la elaboración de la documentación para la implantación del SGC han entendido más claramente la gestión por procesos al trabajar sobre ellos mucho más al detalle y reconociéndose implicados en la gestión. Se han sugerido e incorporado al sistema modificaciones a mapas de procesos, DAFOs, indicadores, objetivos de calidad, organigramas de funcionamiento y acciones de mejora.

Conclusiones: La decisión de implantar este SGC, en nuestra experiencia, y aunque el empowerment y la definición de gestor de proceso como el responsable de la mejora continua eran temas ya definidos, ha favorecido: que los profesionales mejoren el conocimiento que sobre gestión por procesos se tenía adecuando la documentación existente sobre procesos a la actividad real, motivación e implicación efectiva de los profesionales en la mejora continua, establecimiento de organigramas funcionales, el trabajo en equipo, al tener que consensuar requisitos cliente-proveedor con los procesos de apoyo, y la mejora de las relaciones interpersonales mediante el trabajo en equipo.

¿GARANTIZA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO UNA CORRECTA INFORMACIÓN AL PACIENTE?

C-205

Rubial F

Palabras clave: Consentimiento informado. Calidad percibida.

Objetivos: Evaluar la correlación existente entre consentimiento informado quirúrgico y calidad percibida de la información recibida por los pacientes en el Hospital da Costa. Analizar qué factores determinan la satisfacción del usuario con la información clínico-asistencial recibida previamente a la intervención.

Métodos: Se realizó una encuesta telefónica a una muestra representativa de 169 pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica programada en 2002, y que contaban con documento de consentimiento informado correctamente cumplimentado. Se solicitó a los usuarios que valorasen de 1 a 10 la calidad global de la información recibida con anterioridad a la intervención. Asimismo se solicitó que valorasen con idéntica escala dimensiones de la información tales como claridad, suficiencia y veracidad de la misma. Los resultados obtenidos fueron analizados combinándolos con otras variables como sexo, edad, nivel de estudios, servicio responsable y prioridad de la intervención.

Resultados: Los pacientes atendidos en el Hospital da Costa valoraron con un 5,8 la calidad de la información recibida con anterioridad a la intervención. No obstante, un 14,2% de los pacientes afirmaron que no recibieron información alguna acerca de los objetivos, beneficios, consecuencias o riesgos de la intervención, a pesar de contar con consentimiento informado en regla. La calidad de la información es peor para los jóvenes, y mejora con el nivel de estudios del paciente y con la prioridad en la intervención.

Conclusiones: La correcta cumplimentación del consentimiento informado no garantiza la calidad de la información al paciente. Es necesario incidir en la necesidad de mejorar la cantidad y la calidad de la información que se proporciona al paciente sobre su proceso asistencial, a fin de mejorar su satisfacción.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL DA COSTA

Rubial F

C-206

Palabras clave: Consentimiento informado, calidad asistencial
Objetivos: - Evaluar el grado y calidad de la cumplimentación del documento de consentimiento informado en pacientes que requirieron de ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica programada.

Métodos: Se realiza una revisión de la documentación clínica de una muestra representativa de pacientes que requirieron de ingreso hospitalario para ser sometidos a una intervención quirúrgica programada en 2002. Se revisaron un total de 206 historias, recogiendo información acerca de la presencia de consentimiento informado quirúrgico y/o anestésico, así como de aquellos indicadores legalmente establecidos como datos mínimos del consentimiento: identificación del centro, identificación del procedimiento, identificación del paciente o representante legal que presta el consentimiento, identificación del médico que informa, consentimiento del paciente, lugar y fecha y firmas del médico y del paciente o representante.

Resultados: El porcentaje de documentos de consentimiento correctamente cumplimentados fue del 86% para el consentimiento quirúrgico y del 93% para el anestésico. De manera global podemos decir que los campos peor cumplimentados fueron la identificación del procedimiento y del facultativo que informa, seguidos por la fecha y la firma del médico.

Conclusiones: Se hace necesario el establecimiento de medidas orientadas a incrementar el número y la calidad de los documentos de consentimiento informado en el Hospital da Costa, por ser una exigencia legal y por ser un componente más del derecho a la información que asiste al paciente, eje fundamental sobre el que se debe articular un verdadero consentimiento.

ESTUDIO DE LA LEGIBILIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ASTURIAS

Rubiera-López G, Arbizu-Rodríguez R, Alzueta-Fernández A, González-Agúndez JJ, Riera-Velasco JR

C-207

Palabras clave: Legibilidad. Consentimiento informado. Índice de Flesch.

Objetivos: Evaluar la legibilidad de los documentos de consentimiento informado (DCI) que se utilizan en los centros sanitarios de Asturias para comprobar si cumplen su función como vehículo de información comprensible que capacite al paciente para participar en decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su proceso.

Métodos: Durante el mes de marzo de 2003 se recibieron en la Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana los 1.114 documentos de consentimiento informado utilizados en los centros sanitarios de Asturias. Se seleccionó una muestra representativa de los consentimientos de cada hospital. El tamaño de la muestra se calculó estimando una proporción de legibilidad del 60%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 15%. Sobre un total de 286 consentimientos se obtuvieron los índices de legibilidad de Flesch-Kincaid y de complejidad oracional de forma automática con el programa Microsoft Word para Windows XP Home. Se calculó el índice de legibilidad integrada (LEGIN) según la fórmula de Lord et al. Los resultados de los índices de legibilidad se analizaron con el paquete estadístico SPSS 8.0. Para la descripción de variables cuantitativas se utiliza media, mediana, máximo, mínimo y desviación estándar. Para la comparación de variables cuantitativas entre hospitales se empleó la ANOVA. Los resultados de las variables cualitativas se expresan en forma de porcentajes.

Resultados: En el conjunto de los DCI estudiado, el 77,3% (221 de 286) presentan niveles adecuados de legibilidad según el índice de legibilidad integrada (LEGIN), el 75,2% (215 de 286) según el índice de complejidad oracional (ICO) y el 3,5% (10 de 286) según el índice de Flesch-Kincaid (IFK). Las diferencias de los valores medios de los índices entre los hospitales son estadísticamente significativas ($p < 0,0005$, prueba ANOVA). Existe una importante variabilidad para la legibilidad de los consentimientos informados entre los hospitales de Asturias, varía de un 36% hasta el 100%. El valor medio del IFK es de 1,48 (IC del 95% 1,10 a 1,85) con una mediana de 0.

Conclusiones: Un 96,5% de los formularios tienen una legibilidad baja con el IFK, es decir están escritos con palabras y frases largas. Resultados similares se obtienen en otros estudios realizados sobre consentimientos escritos en castellano. La mayoría de los consentimientos están elaborados con frases simples, como muestra el ICO, lo que eleva el resultado del LEGIN a valores superiores de 70 (puntuación mínima de legibilidad) en mas del 77% de los DCI.

La legibilidad de los DCI utilizados en Asturias puede ser mejorada, para lo que recomendamos en primer lugar el empleo de frases y palabras cortas evitando los tecnicismos innecesarios. En segundo lugar la utilización de subapartados y frases simples. Por último utilizar los índices de legibilidad automáticos como orientadores de la comprensión del DCI elaborado o modificado.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (NED). EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Carrera-Manchado C, Pérez-Rivas FJ, López Blasco MA, Escalera-Abad C, Cuchillo-Sánchez I, Díaz-Rodríguez M

Área 11 de Atención Primaria de Madrid.

C-208

Palabras clave: Nutrición Enteral Domiciliaria, Plan De Cuidados, Coordinación Interniveles.

Objetivos: Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizados a pacientes donde se prescribe tratamiento con NED.

Métodos: Grupo de trabajo de enfermeras de ambos niveles, con experiencia en nutrición enteral y conocimientos explícitos en metodología de enfermería. Técnica cualitativa de grupos de discusión (10/01-06/02).

Resultados: Valoración: Registro de datos relevantes del paciente en NED según estructura de valoración por patrones funcionales de salud. Diagnósticos enfermería (Dx) y Complicaciones potenciales (CP). (Dx) Manejo ineficaz del régimen terapéutico, riesgos (infección, deterioro de integridad cutánea y aspiración), trastorno de imagen corporal, deterioros (interacción social, de adaptación). (CP) Mecánicas: Extracción involuntaria o desplazamiento, obstrucción, movilización y desplazamiento. Clínicas: otitis, fistula traqueoesofágica, esofagitis por reflujo, cambio ritmo intestinal, náuseas y vómitos, deshidratación, hiperhidratación, trastornos electrolíticos. Planificación Cuidados: Planificación de objetivos e Intervenciones de enfermería para cada problema identificado. Intervenciones (NIC): Enseñanza: proceso de enfermedad, modificación de la conducta, cuidados de la sonda gastrointestinal, vigilancia periódica de signos vitales, cuidados de ostomía, potenciación de la imagen corporal, potenciación de la socialización, precauciones para evitar aspiración, aumentar el afrontamiento.

Evaluación: Medida de la Actividad: Nº pacientes en tratamiento con NED. Medida de la Calidad Asistencial: a) Proceso: % Informes de enfermería al alta (pacientes donde se instaura NED) recibidos en los Centros de Salud. % Historia clínica (pacientes con NED) con registro del plan de cuidados. b) **Resultados:** % de pacientes con NED con complicaciones evitables. % de pacientes que precisan reingreso hospitalario por alguna complicación.

Conclusiones: La elaboración del protocolo coordinado de cuidados entre niveles asistenciales debe asegurar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria, unificar criterios de actuación y mejorar la calidad de cuidados prestados a pacientes en NED. Se ha obtenido una homogeneidad de criterios, registros e indicadores de evaluación. La medición sistemática de indicadores clave señalará áreas de mejora derivadas de la implantación.

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SUMINISTRO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pérez-Rivas FJ, Soto-Mancebo I, Carrera-Manchado C, Cámara-González C, Ferrándiz-Santos J, Martín-Carrillo P

Área 11 de Atención Primaria de Madrid.

C-209

Palabras clave: Mejora de la Calidad. Tiras Reactivas de Glucosa. Gestión.

Objetivos: Implantar una Mejora de la Calidad (2000-03) respecto al modelo vigente de entrega directa de Tiras Reactivas de Glucosa (TRG) en las Áreas sanitarias, optimizando la gestión del suministro en los Equipos Atención Primaria (EAP) e identificando los indicadores claves de seguimiento del proceso.

Métodos: Análisis descriptivo (2000-02) de Área (39 EAP, 750.000 hab) sobre pacientes incluidos en Programa de Automonitorización de Glucosa Sanguínea (AMGS). **Variables:** Criterios explícitos (cobertura pacientes en AMGS, tipo de tratamiento, nivel sanitario que realiza el seguimiento, consumo medio de TRG paciente/mes, gasto anual/paciente en AMGS). **Identificación problemas:** Evaluación cualitativa/cuantitativa por EAP y Área sanitaria. Áreas de mejora orientadas al conjunto del Área mediante grupo de trabajo análisis directivo/técnico.

Resultados: Problemas identificados. Ausencia de un sistema de registro del suministro de tiras en OMI-AP. Ausencia de criterios inclusión/exclusión de pacientes en AMGS. Inadecuación de las recomendaciones sobre frecuencia de autoanálisis en AP. Consumo excesivo de TRG respecto a las recomendaciones de expertos. Problemas con Atención Especializada (AE): Entrega de glucómetros no disponibles en AP, excesiva frecuencia de autoanálisis. Alto porcentaje de pacientes en tratamiento sin insulina controlados por AE. Mejoras implantadas. Aplicación homogénea de protocolos informatizados OMI-AP para el suministro de tiras. Actualización de indicaciones/frecuencia de Autoanálisis (Grupo de Trabajo de expertos). Coordinación con AE: Información sobre las TRG disponibles en el Almacén del Área, consenso sobre recomendaciones de autoanálisis.

Indicadores de seguimiento:

	2000	2001	2002
Cobertura pacientes en AMGS	46,9%	51,2%	56%
% Pacientes en AMGS en ttº sin insulina	52	54,7	57,5
% Pacientes en AMGS controlados en AP	68,5	72,9	73
% Pacientes en AMGS en ttº sin insulina en AE		13,8	12,1
Consumo medio tiras reactivas paciente/mes	25	23	20
Gasto anual (€)/ paciente en AMGS	100,4	91,3	82,2

Conclusiones: El suministro de TRG precisa una creciente asignación de recursos. El programa de mejora de calidad ha permitido identificar problemas prioritarios y desarrollar líneas de trabajo especialmente relacionadas con la dimensión científica y la eficiencia. Adecuar el sistema de información y la elaboración/difusión de recomendaciones consensuadas (AP-AE) sobre autoanálisis ha supuesto una mejora en los indicadores económicos de seguimiento del proceso.

MESA 28

Medida de resultados

MANEJO DE LA NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA EN URGENCIAS: APLICACIÓN DE CRITERIOS DE ADECUACIÓN DEL INGRESO

Dierssen T, Talledo F, Peralta G, Gago M, Santamaría S
Hospital de Sierrallana, Cantabria.

C-211

Palabras clave: Adecuación de ingresos. Neumonía comunitaria.

Objetivos: Determinar la incidencia de inadecuación en la decisión de ingreso/alta a través de dos instrumentos de evaluación: uno independiente del diagnóstico: el AEP y otro elaborado específicamente para el ingreso por neumonía: el protocolo del hospital de Bellvitge (HB). Identificar la influencia de factores sociodemográficos en la inadecuación. Analizar la concordancia en la adecuación del ingreso entre los dos instrumentos.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes. Población de estudio: pacientes atendidos por neumonía en las Urgencias de un Hospital comarcal entre Enero 2001 y Julio de 2002. Análisis estadístico: Para evaluar la concordancia entre los instrumentos se ha utilizado el índice de acuerdo global y el índice kappa con su intervalo de confianza al 95%. Como medida de asociación entre la adecuación del ingreso y las variables potencialmente asociadas se utilizará el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se han evaluado 124 asistencias urgentes por neumonía en una población con una media de edad de 67,4 años (DE: 18,3) y con un 62% de varones. La adecuación de la decisión de ingreso aplicando el protocolo AEP fue del 95,2% descendiendo al 83,9% en el caso del HB. En cuanto a la concordancia, al evaluarla globalmente se obtuvo un kappa de 0,33 IC 95% [0,07-0,60] que se elevó a 0,428 IC 95% [0,08-0,78] al considerar sólo los pacientes que ingresaron. Al evaluar factores asociados al ingreso inadecuado no se registró ningún caso en pacientes procedentes de un asilo ni en aquellos que vivían solos independientemente del protocolo utilizado. La asistencia en fin de semana se comportó como factor de riesgo de inadecuación aplicando el HB RR = 2,2 IC95% [0,8-5,6] con significación limítrofe. La autoremisión aumentó la incidencia de inadecuación con ambos protocolos aunque sin alcanzar la significación. Por último, los pacientes con edades inferiores a 56 años (p25) mostraron en ambos casos mayor incidencia de inadecuación, triplicando el riesgo en el caso del HB (RR = 3,2 IC95% [1,3-8,2]).

Conclusiones: La incidencia de inadecuación del ingreso se multiplica por 2,5 al utilizar los criterios de HB. La concordancia entre ambos métodos es baja, aunque mejora al seleccionar sólo los pacientes que ingresan. Los factores socioeconómicos (vivir sólo o en una residencia) han sido protectores frente a la inadecuación.

ADECUACIÓN DE ESTANCIAS MEDIANTE UNA CONSULTA DE DIABETOLOGÍA

Márquez-Lorente MA, Gutiérrez-Cebollada J, Puig-De Do J, Supervia-Caparrós A, Miret-Llauradó M, Skaf-Peters E
Hospital del Mar.

C-210

Palabras clave: Adecuación de Estancias.

Objetivos: Determinar la eficacia de una consulta de diabetología en la disminución de estancias hospitalarias en una unidad de estancia corta (UEC) médica.

Métodos: Se analiza la actividad de la UEC durante dos periodos, antes y después de disponer de una consulta de diabetología dirigida al control de la diabetes mellitus durante el ingreso hospitalario y post-alta. Se analizan en cada uno de los dos periodos dos poblaciones, el total de pacientes ingresados en la UEC y el subgrupo de pacientes con patología infecciosa respiratoria, con una alta prevalencia de asma bronquial y EPOC, en el que la corticoterapia, frecuentemente, descompensa la diabetes mellitus tipo 2 o produce diabetes secundaria. Se comparan las estancias medias (EM) de los pacientes diabéticos y no diabéticos ingresados en la UEC y el índice de reingresos en cada una de las dos poblaciones en los dos periodos estudiados.

Resultados: Estudiamos 1.561 pacientes ingresados en la UEC, 1.000 en el periodo pre-consulta y 561 en el periodo post-consulta. La EM de los pacientes diabéticos y no diabéticos en el periodo pre-consulta fue de 5,4 vs 5,0 días (p: 0,045), mientras que en el periodo post-consulta fue de 5,0 vs 4,9 días (p: ns). La EM de los pacientes diabéticos y no diabéticos diagnosticados de infección respiratoria en el periodo pre-consulta fue de 6,1 vs 5 días (p: 0,001), mientras que en el periodo post-consulta fue de 5,1 vs 5,0 días (p: ns). La EM de los pacientes diabéticos con infección respiratoria en el periodo pre-consulta y post-consulta fue de 6,1 vs 5,1 (p: 0,021), mientras que la EM de los pacientes no diabéticos fue de 5,0 vs 5,0 (p: ns). El índice de reingresos no mostró diferencias significativas ni en la muestra total ni en los subgrupos analizados.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos presentan mayores estancias hospitalarias que los no diabéticos, independientemente de la patología que provoca el ingreso. El apoyo de una consulta de diabetología durante el ingreso hospitalario y post-alta evita estancias hospitalarias en la población diabética igualándolas a las de la población no diabética. Las patologías más beneficiadas de esta consulta son las patologías infecciosas respiratorias en las que, frecuentemente, la corticoterapia descompensa la diabetes mellitus tipo 2 o produce diabetes secundaria. La disminución de estancias hospitalarias no conlleva un aumento en el índice de reingresos. El ahorro de estancias hospitalarias contribuye a dar respuesta al aumento en la demanda asistencial.

CONSUMO DE ANTIAGREGANTES Y FRACTURA DE FÉMUR: USO DE RECURSOS SANITARIOS Y RESULTADOS DE SALUD

Barceló M, Moreno NR, Ruiz D, Vázquez G

C-212

Palabras clave: Antiagregantes. Fractura de fémur. Uso de recursos.

Objetivos: Evaluar la práctica del retraso en la intervención quirúrgica en ancianos con fractura de fémur y que consumen antiagregantes.

Métodos: Estudio de caso-control de 179 ancianos (84,2 años y 74,3% mujeres) ingresados por fractura de fémur desde abril a noviembre del 2002. Se compararon dos grupos, el que consumía antiagregantes (63) y el que no consumía (116) respecto a la tasa de complicaciones postoperatorias, incidencia de síndrome confusional, uso de transfusiones, mortalidad hospitalaria, estancia hospitalaria y destino al alta. La comparación de variables cuantitativas se realizó mediante la t de Student y las variables cualitativas mediante test de chi cuadrado. Se consideró significación estadística p = 0,05.

Resultados: Los dos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y tipo de intervención.

	Antiagregantes n = 63	No antiagregantes n = 116	p
Delirium (%)	27,6	22,4	0,386
Transfusión (%)	46,9	43,1	0,574
Complicaciones totales (%)	39,8	42,2	0,717
Mortalidad (%)	5,1	5,2	0,981
Días estancia hospital media	19,04(11,53)	15,03 (6,10)	0,001
Días espera IQ media (DE)	4,88 (3,22)	2,95 (2,01)	0,0001
Días espera CSS media (DE)	3,52 (8,41)	3,32 (2,23)	0,871
Domicilio (%)	20,4	32,8	0,043
CSS (%)	44,9	43,1	0,390
Residencia (%)	24,5	15,5	0,100

Conclusiones: No existen diferencias en los resultados de salud, pero aumenta la estancia hospitalaria en el grupo que consume antiagregantes. Respecto al uso de recursos los ancianos que no consumen antiagregantes son trasladados con mayor frecuencia a domicilio. Estos resultados no avalan la práctica del retraso de la cirugía en los ancianos que toman antiagregantes y tienen una fractura de fémur.

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS HOSPITALARIOS MEDIANTE LA INCLUSIÓN DE UN PROGRAMA TERAPÉUTICO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE DÍA MULTIDISCIPLINAR

C-213

Sáez E, Gozalvez, C, Galindo A., Lozano MJ, Piera M, Esteban O

Palabras clave: Hospital de día. Recursos. Reumatología.

Objetivos: Evaluar si la inclusión de un programa terapéutico de reumatología (PR) en un hospital de día multidisciplinar (HD) supone una optimización de recursos.

Métodos: Los pacientes incluidos en PR presentan enfermedades inflamatorias del aparato locomotor, en los cuales es necesario instaurar un tratamiento endovenoso (ciclofosfamida, infliximab, inmunoglobulinas, prostaglandinas y corticoides). Enfermería realiza la valoración integral del paciente, valoración signos vitales y dolor con escala EVA, efectividad y efectos adversos del tratamiento anterior, instauración del tratamiento con control analítico, recomendaciones al alta y coordinación fecha del siguiente tratamiento. Se realiza una revisión de los registros de actividad de los procedimientos de HD de enero a mayo de 2003.

Resultados: La actividad de PR supone el 1,9% (84) del total de asistencias de HD. El número de pacientes incluidos es de 56, el 89% eran mujeres, la edad media de 55,7 (DS + 14,1). Del total de pacientes 33 presentaron artritis reumatoide, 6 esclerosis, 5 espondilitis anquilosante, 5 lupus eritematoso generalizado, 4 vasculitis, 2 S. Sjogren y 1 S. de Behcet. La estancia media de un paciente hospitalizado es de 24 horas/paciente/tratamiento, mientras que en HD el tiempo de estancia media es de 5 (DS + 2) horas/paciente/tratamiento, lo que supone un ahorro sobre el sistema convencional de 19 horas.

Conclusiones: La inclusión de PR en un HD permite optimizar los recursos hospitalarios (humanos y materiales) comparado con la hospitalización tradicional, aumentando la satisfacción del paciente y la familia, (en una encuesta de satisfacción previamente realizado el paciente y la familia preferían en un 86,1% la asistencia en HD sobre la hospitalización convencional) y sin disminuir la seguridad del paciente, ninguno precisó permanecer más tiempo del programado en HD y ninguno ingreso por presentar efectos adversos o complicaciones al tratamiento. El HD permite aglutinar tratamientos y procedimientos, que pueden realizarse de forma ambulatoria, y que por su reducido volumen no estaría indicado la creación de un HD monográfico.

EVALUACIÓN DE LA REFORMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA Y DE LA DIVERSIFICACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

C-215

Bañeres J, Ponsà JA, Orrego C, Violan C, Suñol R, Ferrer J, Fuster J, Olivet M
Fundación Avedis Donabedian.

Palabras clave: Evaluación. Atención Primaria.

Objetivos: 1) Revisar un conjunto de indicadores destinados a evaluar la reforma de Atención Primaria (AP). 2) Evaluar las diferencias entre distintos grupos de provisión de servicios de AP (ICS: Centros del Instituto catalán de la salud, EBA: Entidades de Base Asociativa, y OTROS: Equipos de AP gestionados por otras entidades proveedoras).

Métodos: Definición y formulación de 138 indicadores. Selección aleatoria de 50 Equipos de AP (EAP), representativos por grupos de provisión (ICS, EBA, Otros) estratificados por Región Sanitaria y Dispersión geográfica. Fuentes de datos: 15.360 Historias clínicas, 2.764 llamadas telefónicas, Registros, entrevistas a los directores de EAP, encuestas a los profesionales. Análisis estadístico: Contraste de hipótesis (chi-cuadrado y T de Student) Análisis Multivariante: Regresión logística Incondicional y múltiple lineal.

Resultados: Tiempo para obtener cita con el médico de familia asignado: media de 1,5 días. Llamadas telefónicas para establecer comunicación con el EAP en el horario de 9 a 10:30 hrs.: media semanal de 4,25. Control de Hipertensión Arterial: 43,7%, Control de Diabetes Mellitus II: 38,7% N° de días de espera por especialidad: Cardiología: 25,2, Oftalmología: 50,8, dermatología: 51,2, Digestivo: 23,4 y Traumatología: 27,7. Episodios de síndrome febril viral con tratamiento antibiótico: 30,7% (31,4% para ICS, un 11,3% EBA y un 29,1% otros grupos de provisión). Cobertura del programa del niño sano: 84% para Cataluña, ICS: 86%, EBA: 84% Y OTROS grupos de provisión: 70%. Importe Líquido de la Prescripción Farmacéutica por habitante y año: Cataluña: 162,48 euros, ICS: 161,47, EBA: 148,83 euros; y otros grupos: 170,05. Visitas de enfermería por persona en programa ATDOM: Cataluña: 7,1, ICS: 8,0, EBA: 5,5, OTROS proveedores: 5,6 - Encuesta de calidad de vida profesional: La satisfacción con el sueldo y las ganas de ser creativo son mayores en las EBA. La motivación intrínseca es mayor en los otros grupos de provisión. Los profesionales del ICS manifiestan mayor presión recibida para realizar el trabajo.

Conclusiones: Hay indicadores bastante consolidados en la reforma de la AP en Cataluña. Los resultados del estudio ponen de manifiesto la presunción que constituye uno de los argumentos de la diversificación de la provisión de servicios en la AP, que se refiere a que los distintos grupos definidos, presentan mejoras en determinados ámbitos y déficits en otros. Todas las entidades pueden sacar provecho de la experiencia de los demás proveedores.

UTILIZACIÓN DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS POR GRD: MÁS ALLÁ DE LA ESTANCIA MEDIA

C-214

Tomàs-Cedó RM, Rius-Rafecas MA, Balaña-Fort LI, Diez-Caballero R, Colomé-Figuera LI, Nualart-Berbel LI, Grupo Sagessa

Palabras clave: Consumos por GRD. Indicadores de proceso. Variabilidad de la práctica clínica.

Objetivo: La medida de utilización de recursos ha sido clásicamente la estancia, como aproximación al coste. Aún se conoce poco sobre el consumo de otros productos intermedios, cuando éstos pueden variar notablemente. El cambio de sistema de información operacional permitió conocer el consumo de exploraciones complementarias (EC) por episodio. Dicho consumo debe interpretarse teniendo en cuenta el case-mix. Conocer el perfil de EC de hospitalización y relacionarlas con la tipología clínica del paciente. En GRD más consumidores de EC y homogéneos clínicamente, conocer el perfil y variabilidad de indicación de EC y coherencia clínica entre EC y patología de alta. En GRD comparables entre hospitales, determinar la variabilidad intercentros en la indicación de EC.

Métodos: Incluimos: un hospital universitario (HA) y uno general rural (HB). Base de datos del CMBDH año 2002 con GRD asignado. Base de datos de EC internas y derivadas de los episodios (peticiones laboratorio excluidas). Se seleccionan las relacionadas con altas de hospitalización, con criterio de solicitud durante el ingreso y semana posterior. Para comparabilidad, se excluyen en HB las EC del día del ingreso urgente, ya que en HA no se registran.

Resultados: Las EC más frecuentes solicitadas en pacientes ingresados en ambos centros son radiologías simples (47,3% HA; 60,3% HB). Los dos centros difieren en el segundo grupo más frecuente: ecografías en HB y TAC en HA. Los GRD con mayor ratio de EC son distintos entre centros: el HA muestra GRD severos con ratios altas (GRD483 (11,17) y GRD 126 (8,67)) que no se observan en el HB. En el HB, los ratios más altas corresponden al GRD 154 (3,67) y GRD210 (3,33). Se eligen 9 GRD de alto volumen, interpretables y comparables clínicamente (GRD 014, GRD 088...), comparando las ratios entre centros por tipo específico de acto. Se presentarán perfiles resultantes, así como diferencias entre ambos hospitales para los mismos GRD.

Conclusiones: Más allá de la estancia, el consumo de productos intermedios, cuando puede analizarse, añade una dimensión de mayor sentido clínico al análisis de la eficiencia. Ello potencia el papel de lenguaje común clínicos-gestores de los análisis por case-mix. Nos permite asimismo la evaluación de adherencia a las GPC consensuadas internamente en nuestra organización. Los resultados hasta el momento indican que los hospitales difieren en frecuencia y tipología de EC solicitadas para patologías comparables, pero también existe una variabilidad interna en cada centro.