

COMUNICACIONES ORALES

MESA 1

Satisfacción y clima laboral de los profesionales

Sala Florencia 1
Miércoles 9, 11:00-12:00

C-002

ENCUESTA SOBRE LA OPINIÓN DE LOS FACULTATIVOS ANTE LA PETICIÓN DE NECROPSIAS

M. Cantero, I. Morales, A.B. Jiménez, T. Hernández, A. Asúnsolo, M. Lacalle, R. Plá y P. Rodríguez
Comisión de Mortalidad.

Palabra clave: Necropsias, encuesta, opinión profesional, barreras.

Objetivos: Conocer la opinión de los facultativos de este centro sobre la utilidad de las necropsias y su grado de información. Determinar qué aspectos operativos en el proceso de petición de necropsias pueden ser mejorados.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Las variables fueron recogidas mediante una encuesta anónima, auto-cumplimentada y enviada en enero 2002 a los facultativos asistenciales en cuya departamento hubo algún fallecido en los últimos 2 años. La encuesta recogía opiniones sobre su utilidad, experiencia personal en la petición de necropsias y propuestas de mejoras.

Resultados: Se enviaron un total de 779 encuestas siendo el porcentaje de respuesta del 33,12% (IC_{95%}: 29,82-36,55). El 73,7% de los que participaron contestaron que en el hospital el porcentaje de necropsias sobre el total de fallecidos era inferior a un 5%. Sin embargo, un 75% pensaban que el porcentaje de necropsias debería ser superior a un 10%. El 90% de los médicos consideraron que habían tenido algún fallecimiento en el último año que hubiera requerido una necropsia, pero sólo un 40% lo había solicitado en alguna ocasión. Los médicos consideraron que el fin más importante de una necropsia era en primer lugar la confirmación diagnóstica seguido de la formación personal.

El 17% de los encuestados piensa que los facultativos temen el uso de las necropsias como arma legal. Un 47,1% da por hecho que la familia va a denegar el consentimiento.

Los médicos se sentían muy capacitados para informar a la familia acerca de la importancia clínica de los hallazgos, y muy poco capacitados para informar sobre el tiempo de demora en el funeral, los cambios en el proceso de enterramiento y los gastos adicionales del mismo.

Conclusiones: 1) Los facultativos son conscientes de la relevancia de las necropsias sin embargo se solicitan en muy pocas ocasiones. 2) Los principales motivos por lo que no se solicitan más necropsias son: dar por hecho la negativa de la familia, falta de información sobre aspectos administrativos.

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO

C-001

M.R. Magallón Botaya, M.L. Samitier Lerendegui, R. Miravete Peguero, A.C. de Pablo Elvira, C. Risco y R. de Pablo González CS Arribal.

Palabra clave: Satisfacción laboral. Profesionales sanitarios. Atención primaria. Clima Laboral.

Objetivos: La satisfacción laboral de los profesionales es un elemento importante que afecta a la calidad del servicio prestado, y que por lo tanto hay que medir y cuantificar si queremos entrar en un modelo de calidad total. Con este trabajo pretendemos: 1) Conocer la satisfacción laboral sentida por los trabajadores de la Comunidad Autónoma de Aragón (a excepción del área III) en los equipos de atención primaria. 2) Evaluar qué factores pueden ser desmotivadores o incentivadores de las condiciones del clima laboral. 3) Conocer de manera explícita las opiniones y sugerencias de los trabajadores. 4) Proporcionar a los gestores una herramienta que puedan utilizar para mejorar el servicio que proporcionan los profesionales.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal multidisciplinar en los equipos de atención primaria. La población a estudio ha sido de 1850 profesionales sanitarios y no sanitarios. Se ha utilizado el cuestionario de satisfacción Font Roja, adaptado por J. Aranaz, que mide la satisfacción laboral a través de una escala de 1 (menor grado de satisfacción) a 5 (mayor grado de satisfacción).

Resultados: El porcentaje de respuestas recibidas ha sido de 44,3%. La media global de satisfacción es de 2,58 (dt = 0,6). Los aspectos laborales que crean más insatisfacción han sido: El exceso de trabajo, dando una puntuación media de 3,14 (dt = 0,6) y las relaciones interprofesionales, con una media de 2,42 (dt = 0,6). La dimensión mejor valorada ha sido la competencia profesional, con una media de 2,95 (dt = 1,03). Existen diferencias importantes según los distintos grupos profesionales, siendo peor valorado el exceso de trabajo en médicos. Las mujeres valoran mejor las relaciones interprofesionales que los varones y también, según el ámbito de trabajo, la competencia laboral ha sido mejor valorada en el medio urbano, mientras que el reconocimiento profesional lo es en el rural. Entre las sugerencias destacan la formación continuada, disminuir la presión asistencial y mejorar la coordinación en el equipo.

Conclusiones: Comparando este estudio con los realizados en otras comunidades vemos resultados similares. El número de sugerencias aportadas para la mejora nos parece importante y podría servir para activar medidas correctoras por parte de los equipos directivos, sobre todo en estos momentos de cambios importantes en la gestión.

LA SATISFACCIÓN Y CLIMA LABORAL COMO HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE MEJORAS EN LAS PERSONAS

C-003

J.F. Pajares Díaz-Meco, M.J. Martínez Arce e Y. González García Hospital Creu Roja Barcelona.

Palabras clave: Satisfacción laboral. Clima laboral.

Introducción/objetivos: Nuestra Organización ha adoptado como modelo de gestión de la calidad total el modelo EFQM desde el año 1998. Una de las áreas de mejora en la autoevaluación fue el conocimiento de la satisfacción laboral de las personas, así como la percepción de éstas sobre la Organización, ya que no se disponía de ningún resultado. A partir de este conocimiento se pretende establecer mejoras sobre el modelo de gestión y sobre la dinámica laboral de las personas.

Metodología: Se elabora una encuesta de satisfacción laboral (alfa de Cronbach 0,91) estudiada a través de 12 dimensiones y de la percepción del clima organizacional (alfa de Cronbach 0,89) que valora 5 aspectos básicos del modelo de dirección deseado y percibido, dirigida a toda la población (613). Se desarrolla una estrategia para garantizar el anonimato y la máxima confidencialidad de los datos.

Los resultados obtenidos fueron difundidos a todas las personas de la organización y a la Dirección para que se establecieran las acciones de mejora necesarias.

Resultados: El grado de participación ha sido del 39,8%, siendo representativo el tamaño total de la muestra y el de cada uno de los grupos profesionales. La satisfacción media obtenida es de 3,4 (rango 1-6), siendo las dimensiones con mayor satisfacción de carácter intrínseco a la persona y las de menor satisfacción, extrínsecas.

La variable de las personas más significativa con respecto a la satisfacción laboral ha sido el valor del trabajo ($p < 0,000$).

Todos los colectivos manifiestan desear un modelo de dirección más participativo (95,1%) y por el contrario perciben un modelo autoritario paternalista (53%). Las personas que perciben un modelo más participativo están menos satisfechas que las que lo perciben autoritario ($p < 0,000$).

Conclusiones: Las dimensiones de la satisfacción a mejorar dependen del colectivo profesional a tratar y permite a la Organización establecer las líneas de mejoras adecuadas en las personas.

El estudio del clima laboral ha permitido conocer el deseo de las personas por un modelo más participativo y la percepción que de diferentes aspectos del modelo de gestión de la organización tienen las personas. Esto ha dado lugar a utilización de estrategias de gestión participativas que involucren a los diferentes colectivos.

ENCUESTA DE SALIDA DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

E. Ruiz Álvarez, O. Moracho del Río, A. Colina Alonso, M.V. Salgado Larrea y L. Aguirre Alberdi

C-004

Palabra clave: Calidad. Encuestas. Profesionales. Servicios Sanitarios.

Objetivos: Conocer las causas que motivan la salida de los profesionales del Hospital así como cruzar su opinión acerca de cuestiones ya planteadas en la encuesta de satisfacción para con la información obtenida introducir acciones de mejora que incidan en las condiciones de trabajo y en las razones de la salida de los profesionales.

Material y métodos: Ante la elevada movilidad del personal del Hospital de Zumarraga y dentro del proceso; Voz de los Profesionales; el Equipo Directivo del Hospital se plantea conocer cuales son las razones que motivan la salida del Centro y la opinión de estos profesionales acerca de cuestiones que afectan a su trabajo diario en el Centro (Formación, empowerment, trato, información, comunicación, satisfacción general, etc.).

Aprovechando la objetividad en las respuestas motivada por la falta de presión y la perspectiva que da estar fuera del Hospital y en la mayoría de los supuestos en otro Centro Sanitario la información recogida está dotada de un grado de fiabilidad alto.

Para recoger la información se ha confeccionado una encuesta con 15 ítems y una pregunta abierta para observaciones que se envía a los profesionales de todas las categorías, fijos o eventuales, que al menos hayan trabajado seis meses en el Hospital y conozcan suficientemente el Centro. Esta encuesta es remitida al domicilio del trabajador al mes de haber dejado de trabajar en Zumarraga con un sobre prefranqueado a fin de que pueda remitírnosla con facilidad y asegurando la confidencialidad.

Conclusiones: La encuesta de salida de los profesionales del Hospital de Zumarraga es una herramienta que nos permite incorporar a nuestro proceso voz de los profesionales información relevante de aquellos trabajadores que habiendo sido partícipes del proyecto del Hospital abandonan nuestro centro, con un grado de conocimiento de nuestra organización y forma de funcionamiento que queremos recoger a través de la encuesta de salida desde la perspectiva de quien esta fuera del Hospital y cuya opinión nos permita mejorar los aspectos que nos señalen como más importantes.

¿QUÉ PIENSAN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE LA ENTREVISTA PARA LA VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE?

M.A. Prieto Rodríguez, R. Giménez de la Torre, M. Rich Ruiz, M.J. Notario Madueño y J. Toro Santiago

Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad Docencia.

C-005

Palabras clave: entrevista, valoración inicial, enfermera, opinión.

Objetivo: Conocer las opiniones de las enfermeras del hospital sobre la entrevista de valoración inicial al paciente. Identificar las dificultades experimentadas en su desarrollo. Poner en marcha medidas que mejoren la calidad de la entrevista y sus resultados.

Metodología: Se ha diseñado un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad con enfermeros/enfermeras de 28 unidades de cuidados. Se han entrevistado a 90 profesionales del hospital universitario Reina Sofía de Córdoba (SAS), durante abril de 2002. La duración de cada entrevista fue de 1 hora.

La guía de entrevista incluía las siguientes preguntas:

- ¿En qué consiste la valoración inicial de una enfermera a un paciente?
- ¿Qué te parece este procedimiento?
- ¿Te resulta fácil?, ¿Qué es lo más fácil?. ¿Cuáles son las necesidades más fáciles de identificar o explorar o preguntar sobre ellas?
- ¿Y lo más difícil? ¿Por qué?
- ¿Qué mejorías de la hoja de recogida de información?
- ¿Qué te podría ayudar a mejorar esta entrevista?

Resultados y conclusiones: Para la mayoría de los/as enfermeras entrevistadas la valoración inicial al paciente es una parte importante y fundamental de la práctica enfermera. Se considera imprescindible para elaborar un plan de cuidados riguroso. Mediante ella recogen información sobre el paciente que de otra forma desconocerían. Además ayuda a establecer una relación positiva y de ayuda con el paciente desde el primer momento. Algunos aseguran que la valoración inicial al paciente refuerza la imagen profesional de la enfermera. Las necesidades más fáciles de explorar son las de: oxigenación, nutrición, eliminación y mantenimiento de la homeostasis. Las que más dificultad presentan son las relacionadas con las creencias y valores del paciente, sus necesidades de ocio y su vida laboral: "da corte preguntar esas cosas, aunque la verdad es que sería importante". Con frecuencia los profesionales no las exploran en la entrevista. Las necesidades relacionadas con el estado anímico del paciente se valoran "a ojo, eso se nota".

Son muchos los que consideran necesario mejorar el formato de la hoja de recogida y los que desearían formarse específicamente para mejorar sus habilidades de entrevista. No obstante, las diferencias en las opiniones de los profesionales surgen cuando algunos argumentan que no es necesaria la protocolización de la entrevista y que la valoración debe realizarse "sobre la marcha y de manera más informal". Algunos profesionales se resisten a esta práctica argumentando que "la información ya está en la historia clínica" o que "no hay tiempo para eso".

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN: GUÍAS INFORMATIVAS DE LAS UNIDADES-SERVICIOS DE ENFERMERÍA

P. Gómez Peral, D. Morán Casado, C. Vidal Monfort y P. González Setién
Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

C-006

Palabras clave: Información, Cliente Interno.

Introducción: La incorporación de un profesional a un Centro asistencial supone una etapa de gran incertidumbre, para él y para el Equipo. El programa de acogida al personal de enfermería contempla la elaboración de las "Guías Informativas".

Objetivos: 1) Elaborar un manual informativo en cada Unidad-Servicio. 2) Mejorar la incorporación del nuevo profesional. 3) Favorecer su integración en el Equipo asistencial.

Metodología: 1) Creación de Grupo de Trabajo integrado por Supervisoras representativas de las Unidades-Servicios del Hospital. 2) Mediante técnicas de trabajo grupal, se definió la información que precisa un profesional de nueva incorporación. 3) Se elaboró un índice con la explicación concerniente a cada apartado. 4) Se difundió a todas las Unidades-Servicios, que aportaron individualmente sus sugerencias. 5) El Grupo de Trabajo realizó las modificaciones oportunas. 6) Las Unidades-Servicios aceptaron incluir en sus Objetivos anuales la elaboración de una Guía Informativa. 7) Se considera que todas las Unidades-Servicios precisan informar, pero las circunstancias actuales del Centro (entorno físico-funcional en reestructuración), aconsejan establecer prioridades: a) Unidades de Hospitalización y b) Servicios estables.

Resultados: El número de Unidades-Servicios que precisan informar es de 58. En el año 2000, se realizaron el 69% de las Guías y en el año 2001 se alcanzó el 83%. Todas las Unidades prioritarias realizaron sus Guías. Contenido: Bienvenida, Introducción, Denominación de la Unidad (Misión-Visión, pacientes-Servicios), Ubicación, Estructura física, Plano de la Unidad, Equipo asistencial, Organización-distribución de la Plantilla, Sistema de trabajo (distribución de actividades-tareas por estamento y turno de trabajo), Normas de la Unidad (del personal, pacientes-familias, de seguridad, Control infección, normas informales), Protocolos-Planes de cuidados, Registros, Gestión de Peticiones (analíticas, Rx, dietas, etc.), Clientes internos, Actuación en situaciones especiales (parada cardiorrespiratoria, reclamaciones, extranjeros, etc.).

Conclusiones: 1) La realización de las Guías ha sido bien aceptada por el personal y ha permitido reorganizar la rutina asistencial. 2) Una vez utilizadas, se consideran herramientas imprescindibles para la integración del nuevo trabajador. 3) Hay que destacar que las Unidades-Servicios que han sufrido modificaciones, han actualizado sus manuales. 4) El Manual de acogida aumenta la satisfacción y seguridad del nuevo profesional y del Equipo.

**PERCEPCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL LABORATORIO.
SEGUIMIENTO Y MEJORA DE RESULTADOS**

S. López Moro, J. Ortega Vergara, I. Portillo Villares
y J.A. Aguirre Aramburu
Hospital Donostia.

C-007

Palabra clave: Cliente interno/usuario, tiempo de respuesta, disponibilidad, fiabilidad, satisfacción. Resultados en clientes.

Introducción: En el proceso de acreditación y utilizando como herramienta de gestión el Modelo Europeo (EFQM), el Laboratorio, como unidad de gestión clínica comenzó en el 2001 la valoración sistemática de las percepciones de su cliente. A partir de los resultados se pusieron en marcha medidas de mejora (informatización, catálogo de pruebas, manual del usuario). En el 2002 se continúa con el proceso de medición de la percepción de nuestros productos y servicios como herramienta de mejora.

Objetivo: Valorar las tendencias en la satisfacción de los clientes del laboratorio en el 2002. Conocer el impacto de las medidas puestas en marcha en el 2001

Metodología: Encuesta semiestructurada validada. Realización por teléfono por personal externo a la organización. Muestra aleatoria de usuarios. Se contabilizan porcentajes acumulados de satisfecho y muy satisfecho para establecer rangos de intervención (< 90%). Frecuencias y medias por diferentes productos y servicios. Inclusión de comentarios y sugerencias. Análisis SPSS.10. Comparación de resultados 2001 y 2002.

Resultados: 117 personas entrevistadas (47% médicos hospitalarios, 38,5% médicos A. Primaria y 14,5% supervisores). Valoración excelente de la claridad e interés del cuestionario (95%). La calidad del informe se mantiene en rangos de excelencia (96%). El volante, plazos de entrega y disponibilidad han mejorado sensiblemente respecto a 2001 aunque se mantienen en rangos de mejora (86,6%; 86,6% y 87,7% respectivamente). En relación al año 2001 la valoración global media de los 3 grupos encuestados es significativamente mejor ($p < 0,005$). Se aprecia sin embargo que sólo el 59,8% conocen el catálogo de pruebas aunque un 75% reconocen que es útil que exista. Se mantienen las sugerencias en mejorar el volante manual.

Conclusiones: La medida sistemática de la satisfacción de nuestros clientes es una herramienta fundamental en la mejora continua de nuestros productos y servicios a través de la reorganización de nuestros procesos.

MEJORA DEL SUBPROCESO DE EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN UN HOSPITAL DE ÁREA

E. López López, J. Sánchez Nieto, A. Carrillo Alcaraz,
I. Bermejo López, J. Alcaraz Martínez y E. Abad Corpa
Hospital Morales Meseguer, Unidad Investigación.

C-008

Palabra clave: Formación, mejora, evaluación.

Objetivos: Analizar las mejoras conseguidas en la evaluación de las actividades formativas tras la introducción de medidas correctoras. Metodología: Estudio observacional cualitativo.

Herramienta: Encuesta-evaluación de actividades docentes con 9 ítems e idem de profesorado con 4 ítems; respuestas con escala Likert. Análisis comparativo entre las encuestas realizadas en diciembre de 2000 y 2001.

Medidas de intervención: Diagnóstico de necesidades formativas mediante cuestionario autoadministrable con 18 ítems, programación de cursos basada en los resultados del subproceso diagnóstico (nº de horas y materias impartidas, nº de profesores por curso). La comparación entre variables cuantitativas T de Student, cualitativas: Ji cuadrado y Test de Fisher. Comparación entre variables cuantitativas r de Pearson. Significación $p < 0,005$.

Resultados: Mejora el porcentaje de alumnos que contestan la encuesta-evaluación 74% v 51,4% ($p = 0,000$). La duración media de los cursos de acuerdo con las preferencias de los alumnos pasa de 17,4 a 15,4. Mejoran de forma significativa la puntuación obtenida en los apartados de objetivos claramente formulados 53,0% v 38,3% ($p = 0,000$), el programa del curso ha sido el más apropiado para alcanzar los objetivos 45,3% v 25,1% ($p = 0,000$), la metodología docente ha sido la más adecuada 47,0% v 27,0% ($p = 0,000$) y la "mayor utilidad del curso para el desarrollo profesional" 56,0% v 41,0% ($p = 0,000$). Sin embargo "la organización del curso ha sido totalmente satisfactoria" ha empeorado de forma significativa 44,9% v 72,5% ($p = 0,000$). La evaluación del profesora ha mostrado niveles significativos de mejora en las cuatro áreas exploradas: "nivel de conocimientos", "explicación de la materia", "relaciones con el alumnado" y "opinión global". Por último la evaluación global de la actividad formativa calificada como excelente pasa del 43,5% al 57,0% ($p = 0,001$).

Conclusiones: El análisis del subproceso de evaluación del plan formativo 2001 frente al plan 2000 muestra una mejora significativa tras las medidas de intervención en el nº de encuestas cumplimentadas, en la valoración de las actividades formativas y del profesorado interviniente.

ACOGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN

P. Herrera Carral, M. Rodríguez Rodríguez, T. Dierssen Sotos,
M. Robles García y A. Díaz Mendi
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

C-009

Palabras clave: Nuevo trabajador. Integración.

Objetivos: Facilitar la integración del nuevo trabajador al Hospital y a la Unidad a la que se incorpora Conocer el grado de implantación del Protocolo de Acogida.

Métodos: En la Línea de Mejora Continua de la Calidad establecida desde la Dirección de Enfermería, se priorizó como objetivo institucional un Protocolo de Acogida al Personal de Nueva Incorporación (contratado por primera vez). Para trabajar esta área de mejora, se constituyó un grupo focal multidisciplinar. Entre las actividades más relevantes del protocolo destaca la recepción del nuevo profesional tanto a su incorporación como a su llegada a la Unidad asignada; la creación de la figura del tutor en cada Unidad, una visita guiada por el centro, la entrega de un Manual de Acogida Específico para cada categoría profesional y un Manual Específico de la Unidad a la que se incorpora. La evaluación del protocolo se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado que valora los distintos aspectos incluidos en el programa.

Resultados: De las 58 personas incorporadas desde el 1 de enero del 2002 hasta el 31 de mayo, 32 contestaron a la encuesta (tasa de respuesta: 55,2%). El 92,3% fueron a mujeres y la media de edad de 30,5 (DE: 6,7) años. Por categoría profesional los estamentos más representados fueron enfermeras y auxiliares de enfermería (39,3% respectivamente). La práctica totalidad de los encuestados manifestó haber sido recibido (96,9%), indicador que descendió al 74,2% al preguntar sobre la Guía de Información escrita. El peor resultado de los evaluados fue la visita guiada al centro, que sólo fue realizada en un 43,8%. Respecto a la valoración de la utilidad de los distintos aspectos incluidos en el protocolo el más valorado fue la información referente al hospital (87,5%) y la específica de la Unidad (87,6%). Más del 80% de los encuestados valoraron como útil o muy útil cada uno de los aspectos evaluados.

Conclusiones: La aportación del Grupo Focal, ha sido muy relevante para elaborar el Protocolo. El protocolo de Acogida se valora muy positivamente, si bien la implantación de la visita guiada debe mejorar.

LA CARRERA PROFESIONAL COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

J.D. Tutosaus, A. Soto, M.J. Garabito, C. O'Connor, J. Díaz-Oller e I. Gómez-Blázquez
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío

C-010

Palabras clave: Carrera profesional, Calidad, Residentes, Docencia, Características.

Objetivos: Estudiar como debe ser la Carrera Profesional (CP) dentro de un marco de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Conocer la CP de otros centros y saber hasta qué punto se conoce y desea por los profesionales.

Material y métodos: Encuesta acerca de características estudiadas (13 preguntas múltiples) a directivos, facultativos de plantilla y residentes. Es cumplimentada por 148 profesionales (49,8%) de los 297 a los que se ofreció aleatoriamente estratificados por especialidades, para una confianza del 95% y error máximo del +5%.

Resultados: El término CP es conocido por un 61% de los facultativos; de ellos, un 35,5% de los residentes la conocen y el 100% de los directivos. Sólo un 26,2% conocen algún modelo de carrera entre los facultativos asistenciales y un 42,9% entre los directivos. El tema le interesa al 51,9 de los facultativos asistenciales y al 19,9% de los directivos. El reconocimiento asistencial y científico docente interesan a muchos más profesionales (hasta el 72%) que el reconocimiento de honorarios específicos (46% máximo). La mayoría consideran que debe haber una sola carrera con diversas ramas (asistencial, investigadora, de gestión y docente). En la carrera profesional docente queda claro los niveles de tutor y jefe de estudios, pero no otros. Consideran que el modelo debe establecerse a nivel nacional, semejante entre todos los centros y con igual baremo. Se acepta por un 66,1% la posibilidad de descenso de nivel. Un 43,5 considera que debe evaluarse cada 4 años, fundamentalmente por las Juntas Facultativas de los hospitales y no por los sindicatos.

Conclusiones: Se conoce poco la Carrera Profesional, por lo que debería hacerse una mayor difusión de la misma. Lo que más se valora de la misma es el reconocimiento de la labor asistencial, seguido de la labor científico docente y la formación continuada. Se considera que la CP debe ser única aunque con diferentes ramas y semejante en todos los hospitales del estado. Se debe reevaluar cada 4 años y por la Junta Facultativa.

MESA 3

Calidad en consultas externas

Sala Ulzama
Miércoles 9, 11:00-12:00

GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

E. Lezama Ruiz, A. Hernando Uzkudun, P. Zurutuza Arrieta, D. Oyarzabal Arruti y L. Díez Azurmendi
Hospital Donostia, Unidad de Calidad.

Palabras clave: Gestión, Proceso, Consulta externa.

Objetivo: Diseñar el proceso de Consulta Externa (CE) utilizando la metodología de Gestión de Procesos, que permite analizar la situación actual y detectar áreas de mejora.

Metodología: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar donde participaron profesionales de los departamentos implicados en el proceso de la CE, utilizando la metodología habitual de gestión de procesos.

Resultados: El proceso de CE Hospitalaria recibe la solicitud de consulta médica, cita al paciente, lo atiende, lo diagnostica y propone tratamiento. Límite inicial: recepción de solicitud de primera consulta. Límite final: primera consulta sucesiva de resultados de pruebas diagnósticas. Destinatarios del proceso: pacientes y familiares; médicos, enfermeras, celadores y personal administrativo de Admisión y Archivo de Historias Clínicas; profesionales de Radiología, Laboratorios, etc. Se dibujó el diagrama de flujo y se definieron las características de calidad de cada actividad recogida en el fluograma. Los indicadores seleccionados para medir el proceso fueron los que se presentan a continuación.

Resultados:

Indicador	1ª medición	2ª medición	χ^2
Demora 1ª consulta			
< 1 mes	44%	56%	
1 y 3 meses	30%	28%	
> 3 meses	26%	16%	P < 0,01
Cancelaciones	4,5%	5,4%	
Inasistencias	9,55%	10,48%	
Accesibilidad			
Mostrador hora punta (*)	2	4	Estándar ≤ 5
Mostrador resto horario (*)	1	2	
Telefónica hora punta (**)	31%	78%	Estándar = 60%
Telefónica resto horario (**)	44%	51%	Estándar = 75%

(*) Es la media entre el nº de pacientes esperando a ser atendidos y el nº de personas atendiendo

(**) Las llamadas telefónicas deben ser atendidas antes de diez tonos

Conclusiones: - El trabajo en equipo multidisciplinar ha permitido conocer las necesidades y expectativas de todos los clientes intermedios del proceso. - Se han detectado pasos en el proceso que se repiten y no añaden valor. - La medición sistemática de indicadores evidencia problemas estructurales indetectables de otro modo (red telefónica). - El nº de inasistencias también parece estar relacionado con el problema de accesibilidad telefónica. - El empeoramiento de algunos resultados parece estar relacionado con la mejor medición del indicador. - Este trabajo ha servido para iniciar el proceso de certificación de la Gestión de Consultas Externas según Norma ISO 9001:2000.

APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA DE EXPECTATIVAS (MÓDULO KANO) A UNA MUESTRA DE PACIENTES AMBULATORIOS

M. Silva y C. Arregui
Hospital del Trabajador de Santiago, Asociacion CHI

Introducción: Dentro de un estudio de investigación cualitativa de atributos y nivel de servicio en el Centro de Atención Ambulatoria del Hospital del Trabajador de Santiago, se realizó en forma paralela, durante los meses de agosto y septiembre del año 2001, una evaluación de expectativas a un grupo de pacientes que habían sido atendidos en dicho centro.

Objetivos: 1) Identificar las expectativas de servicio de los pacientes y su importancia en la satisfacción. 2) Clasificar las expectativas de acuerdo a los niveles del modelo de Noriaki Kano.

Metodología: Se aplicó un modelo de encuesta preguntando por la valoración que el paciente hacía a cada uno de los atributos y variables de la atención, considerando su opinión ante la presencia y ausencia de la misma variable. Estas variables se obtuvieron en base a una exploración cualitativa previa (grupos focales). La clasificación de expectativas se realizó cuantificando la frecuencia de los distintos pares de respuestas que se obtienen para cada expectativa (una en positivo y otra en negativo).

Resultados: El 53% de las expectativas consultadas pudieron clasificarse como de Nivel II o Esperadas, con una valoración estadísticamente significativa ($p < 0,05$), y equivalen a aquellos aspectos de la atención más frecuentemente encontradas como causa de satisfacción, su cumplimiento va a ser siempre valorado por el cliente y mientras mayor presencia tengan, mayor será el grado de satisfacción. El 3% resultó ser una característica de servicio Indiferente para los pacientes.

El resto de las expectativas no mostraron una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo se distribuyeron con una clara tendencia a ser de Nivel II o Esperadas, y Nivel III o Maravilladoras.

Conclusiones: Los resultados de este estudio nos permitirán ajustar las características y el diseño del servicio que se entrega a los pacientes en el Centro de Atención Ambulatoria, fortaleciendo aquellos aspectos más valorados por los pacientes y eliminando los de menor importancia.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE NO ACUDEN A SUS CITAS EN CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

A. Jiménez Puente, M.A. García Díaz, T. García Ortega, J.A. García Ruiz e I.M. Ortiz Millán
Hospital Costa del Sol, Marbella

Palabras clave: Consultas externas, Citas.

Objetivos: La incomparcencia de pacientes que tenían una cita programada en consultas externas (CE) hospitalarias es un fenómeno frecuente que conlleva importantes problemas organizativos y, potencialmente, de salud. Nos planteamos estudiar las variables que resultan explicativas de dicho fenómeno.

Metodología: Se analizó una base de datos de casi 145.000 consultas médicas citadas en el Hospital Costa del Sol de Marbella durante 2001. Se estudiaron las siguientes variables independientes: edad, género y nacionalidad del paciente, crónicas en minutos de desplazamiento desde su localidad de residencia hasta el hospital, tipo de consulta (primera o revisión), origen de la petición de la cita, demora y especialidad, considerando la ausencia a la cita como variable dependiente en un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados: Los pacientes no acudieron a un 16,3% de las citas programadas. Entre las variables con más poder explicativo de este fenómeno, se encuentran la especialidad médica, con mayor probabilidad en unidades como Dermatología (OR 1,54) o Aparato Digestivo (1,47) y menor en Oncología (0,41) u Obstetricia (0,70) respecto a Rehabilitación como categoría de referencia, la solicitud de la cita desde el área de Urgencias del hospital (OR 1,62) respecto a las citas solicitadas desde Atención Primaria como categoría de referencia, así como la nacionalidad extranjera (OR 1,27) y que se trate de una revisión (OR 1,12). En cambio, variables como la demora, las crónicas de desplazamiento o la edad del paciente tuvieron una influencia menor (OR 1,006, 0,998 y 0,995 respectivamente).

Conclusiones: El gran tamaño de la base de datos permitió identificar con precisión la influencia de cada variable sobre la probabilidad de que los pacientes no acudieran a sus citas en CE. Entre los factores que más influyeron se encuentran la especialidad médica, la solicitud de la cita desde Urgencias, la nacionalidad extranjera de los pacientes y que se trate de una consulta de revisión.

ESTUDIO DE DIMENSIONES DE CALIDAD RELEVANTES DEL SERVICIO A PACIENTES AMBULATORIOS

M. Silva y C. Arregui

Hospital del Trabajador de Santiago, Asociación CHI

C-014

Objetivos: Identificar atributos que generan valor para el cliente del Centro de Atención Ambulatoria (CAA), principalmente aquellos que experimentan problemas de servicio. Alinear al personal administrativo y auxiliar de enfermería con las dimensiones que crean valor desde la perspectiva del cliente del CAA. Diseñar un "sistema de recuperación de servicio", para la Unidad de Atención al Paciente (UAP), fundamentado en la categorización de problemas, definición de estrategias y políticas de solución, y protocolización de procesos, estructuras y estándares de servicio. Generar especificaciones y estándares de desempeño en UAP.

Metodología: Recolección y análisis de información sobre calidad del servicio del CAA: a) interfaces de escucha con los clientes (buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción, grupos focales con pacientes con y sin problemas con el servicio); b) interfaces de escucha con el personal (grupos focales con personal administrativo y auxiliar del CAA, entrevistas en profundidad con el personal que se desempeña en la UAP) aportando percepciones y expectativas obtenidas del cliente; c) análisis de la conducta de los clientes, basados en registros estadísticos proporcionados por la UAP.

Resultados: Se aislaron las principales dimensiones del servicio desde la perspectiva del cliente, las que se tradujeron en protocolos de servicio alineados con las necesidades y expectativas de los usuarios del CAA, y con las necesidades y expectativas de aquellos pacientes que, habiendo experimentado problemas de servicio, acuden a la UAP. Se identificaron los desajustes de enfoque de necesidades y expectativas del paciente existentes en el personal del CAA, para ser corregidos y alineados vía capacitación, con los requerimientos del paciente.

Conclusiones: La información recogida directamente de los usuarios del servicio y del personal que lo presta, nos permitió hacer un levantamiento de cuáles eran las dimensiones de calidad valoradas por los pacientes en este servicio, y cuáles atributos eran relevantes al momento de la recuperación del servicio frente a la ocurrencia de problemas. El diseño de protocolos permitió estandarizar los procesos de atención al paciente, especialmente para aquellas situaciones más frecuentes, otorgando a su vez empoderamiento al personal.

GESTIÓN DE AGENDAS DE CONSULTAS EXTERNAS CENTRALIZADA EN UN CENTRO DE ESPECIALIDADES

C.A. Arenas Díaz, J. López Moreno, M. Bayo Casanova, A. Blasco Peñango, A. Esteban Pujalte y J. García Matarreona

Hospital General de Elda

C-015

Palabra clave: consultas externas, demora de consultas, gestión de agendas. **Resumen:** El Centro Sanitario Integrado de Villena atiende 50.000 habitantes de municipios del noroeste de Alicante. En él pasan consultas externas diferentes especialidades. Comenzó a funcionar en enero del año 2002. Hubo que decidir que sistema de gestión de agendas de consultas usaríamos. En el antiguo Centro se utilizaba el sistema descentralizado; cada consulta gestionaba su agenda. Se abrían varias alternativas: mantener el sistema, pasar a un sistema centralizado por admisión de gestión de citas total o mixto citando las primeras visitas centralizadas y las sucesivas en consulta, o citación desde atención primaria de primeras visitas. El objetivo era implantar el sistema óptimo que permitiera controlar la demora, optimizar los recursos humanos y materiales y nutrir al sistema de información. Se descarto provisionalmente la citación directa por atención primaria, aunque es el sistema que implantaremos, ya que está pendiente una aplicación informática desarrollándose en la Consellería de Sanitat. Se optó por el sistema centralizado de citación informatizada con tres auxiliares administrativos de lunes a viernes de 9 a 14 horas. Se estableció un proceso de negociación con cada servicio en cuanto a agendas a ofrecer: número de primeras visitas y sucesivas por consulta/día, con pactos de tiempos medios (18 minutos por primera visita, según la especialidad con un máximo de 30 y un mínimo de 15, y 10 minutos en las sucesivas). El número de primeras visitas medio por consulta de 9 a 14 horas es de 17. La media de citas diarias es de 52 primeras y 76 sucesivas.

Resultados: Destaca el aumento del número de primeras visitas ofrecidas a atención primaria que es de un 23,8%. Las demoras de primeras visitas han bajado sustancialmente (8 días de media) no existiendo demora en las sucesivas. El sistema permite escalaron las citaciones y cambiar la distribución de manera rápida para ofrecer más primeras en los casos de incremento de demoras, ha sido bien acogido por los trabajadores; se desprecupan de un trámite burocrático, teniendo enfermería más tiempo para dedicarse a labores específicas y por los usuarios por un único teléfono de citación.

Conclusión: Se ha conseguido la informatización a tiempo real de las visitas. Mientras se desarrolla la aplicación para la citación de las primeras visitas desde atención primaria, este sistema está demostrando ventajas sobre el anterior mejorando el control de la demora, optimizando los recursos humanos y materiales, y garantizando tiempos medios de atención suficientes para una asistencia de calidad.

MESA 4

Mejora de la calidad a través de la opinión del cliente

Sala Roncal
Miércoles 9, 11:00-12:00

C-016

PLAN DE COMUNICACIÓN GENERAL DE UNA ENCUESTA DE OPINIÓN DEL USUARIO

O. Ruesga Fernández, M. del Castillo Rey y A. Galobart Roca

Palabras clave: Encuestas de opinión, Comunicación.

Introducción: Existe un amplio consenso en afirmar que las encuestas son hoy una herramienta fundamental para conocer la opinión de las personas. Si con la información obtenida pretendemos mejorar la calidad de los servicios, es imprescindible que ésta información sea conocida por todos los implicados, tanto los que diseñan y producen los servicios, como los que hacen un uso de ellos. Se diseña un Plan de Comunicación que pretende: Divulgar los resultados obtenidos en la encuesta de opinión, Incorporar en el proceso de divulgación los objetivos de mejora, vinculados a los resultados obtenidos y Facilitar la participación de los implicados en la mejora de los servicios.

Metodología: Encuesta: Se realizan dos estudios, en marzo de 1999 y de 2001, efectuando 1.070 contactos telefónicos de los que aceptan entrevista 936 (87%). La encuesta consta de 15 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 gradaciones.

Plan de comunicación: Se desarrolla un plan de comunicación 2000-2001 con la estrategia de orientar los servicios al cliente. Se diseñan acciones puntuales de comunicación tanto interna como externa, de los resultados de la encuesta.

Resultados: A nivel interno:

- con los profesionales del centro: sesiones informativas en diferentes horarios.
- con el Comité directivo: información y análisis de los resultados.
- con el Consejo de Administración.

A nivel externo:

- con los usuarios directamente se diseñan póster divulgativos y se colocan en diferentes estancias del centro.
- con los medios de comunicación del ámbito local: prensa escrita, radio y TV local.
- con directivos y técnicos del Consorcio Hospitalario de Cataluña.
- en una exposición dentro de la Muestra de la ciudad de Badalona.

Conclusiones: 1) Consideramos importante que tanto el usuario interno como el externo conozcan los resultados de la encuesta y las acciones de mejora propuestas, para ello es necesario divulgarlos. 2) La divulgación favorece además la participación de los distintos usuarios en los proyectos del Hospital, es a la vez una manera de optimizar el trabajo que supone realizar una encuesta. 3) No es frecuente que se realicen acciones globales para difundir los resultados de encuestas de opinión a usuarios externos.

SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON LOS TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDENCIAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C. Arnáez Montaraz, Y. Magdalena Benavente, P.A. Marina González, J.M. Jiménez García, R. Secades Villa, J.R. Fernández Hermida y cols

C-017

Palabras clave: Calidad, satisfacción, mujeres, tratamientos de drogodependencias.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción que tienen las mujeres con los tratamientos de drogodependencias en el Principado de Asturias.

Metodología: La investigación estudió a una muestra aleatoria de mujeres a tratamiento por dependencia de sustancias psicoactivas (según criterios CIE 10) en alguno de los dispositivos públicos y/o concertados (C.S.M, U.D.H, U.T.T, Proyecto Hombre o Spiral) del Principado de Asturias.

Resultados: El nivel de satisfacción de las mujeres con el tratamiento que están recibiendo es elevado: 86% manifiesta estar satisfecha o muy satisfecha con el tratamiento que está recibiendo. Las entrevistadas valoran la accesibilidad a los programas positivamente: 72,2% considera fácil el acceso al tratamiento. Un 98% de las encuestadas piensa que el ser mujer no conlleva diferencias en el trato por parte de los profesionales. Un 56,5% de las mujeres afirmaba que no había ningún tipo de atención que echara en falta en el tratamiento, si bien casi un 40% detectaba carencias en el recurso en el que estaba tratándose.

Conclusiones: El nivel de satisfacción de las usuarias con respecto a los programas de tratamiento para drogodependientes en el Principado de Asturias es elevado.

Asimismo, la valoración que realizan las usuarias de los profesionales de los diferentes dispositivos asistenciales es alta. No obstante, los centros privados son mejor valorados que los públicos. Algunas posibles sugerencias para mejorar la atención:

- Módulos de orientación vocacional y formación profesional en los programas de tratamiento.
- Atención psicoeducativa adecuada.
- Evaluación y el abordaje de los trastornos mentales.
- Minimización de las listas de espera.
- Implicación de las familias y de personas allegadas.
- Diseño de intervenciones motivacionales previas al tratamiento de deshabituación.
- Incrementar la información sobre los recursos de ayuda al drogodependiente.

SATISFACCIÓN DE RESIDENTES Y FAMILIARES DE RESIDENCIA ASISTIDAS. DISTINTAS OPINIONES, DISTINTOS CONDICIONANTES

R.M. Saura Grifol, R. Suñol Sala, A. Gil Origuen y M. Cervera Macià

C-018

Palabras clave: Calidad Percibida. Residencias Asistidas. Familiares. Residentes.

Objetivos: 1) Determinar los predictores de satisfacción entre los familiares de los residentes. 2) Identificar las diferencias de percepción entre los familiares y los residentes frente a las mismas cualidades del servicio.

Metodología: Variables a estudio: contenidas en 2 cuestionarios, uno dirigido a residentes y otro familiares con 6 preguntas comunes referentes a la opinión sobre elementos de confort, intimidad y capacidad de los profesionales. Población de estudio: residentes y familiares de 116 residencias del Institut Català de Atenció Sociosanitaria (ICASS). Muestra: selección aleatoria sistemática para un nivel de confianza = 95%, p = 5%, pe = 50% ya que en ambos casos no se dispone de datos precedentes fiables. Encuesta con encuestador a residentes y telefónica a familiares. Estadística descriptiva y bivariante para nivel de satisfacción y diferencias de percepción y regresión lineal múltiple para identificar los factores predictores de satisfacción.

Resultados: Poblaciones homologables de residentes y familiares. Diferencias estadísticamente significativas en cuanto a nivel de satisfacción general del servicio recibido, 75,6% para los residentes y 92,1% para los familiares.

Los residentes explican el 70% de su satisfacción general con 3 factores (aburrimiento, comodidad de la habitación y relación personal con los otros residentes), mientras que sus familiares lo hacen solo en un 30% y con otros 3 factores distintos como la percepción de la capacidad profesional, el cuidado de la ropa y la información recibida.

En cuanto a la opinión frente a preguntas idénticas para ambas poblaciones se presentan también diferencias significativas, destacando las relativas al cuidado de la ropa que es peor valorado entre los familiares (87%), que entre los residentes (99%) con un IC de la diferencia de 0,10 a 0,15. También destaca la distinta importancia que se da a la existencia de espacio reservado para recibir visitas que se valora positivamente con un 98% por los familiares y con 88% para los residentes con un IC de .09 a 11.

Conclusiones: Los familiares parecen tener resueltas sus aspiraciones en un alto grado, según los resultados de la encuesta, mientras que los residentes lo están solo en el límite de lo simplemente correcto o aceptable.

El elevado porcentaje de no respuestas en algunos ítems del cuestionario de los familiares, como la accesibilidad telefónica (21%) o la facilidad para llevarse al familiar temporalmente (22%), hace que nos planteemos la posible inadecuación de la pregunta como dimensión de satisfacción para estos o bien la dificultad del familiar para dar una respuesta ya sea por desconocimiento del tema o falta de información.

Los condicionantes de satisfacción o predictores, se mueven también en dimensiones distintas en las dos poblaciones, mientras la confianza en la capacidad profesional es fundamental para las familias, en los residentes no actúa como predictor y si lo hacen otros elementos estructurales y sobre todo de relación, que no influyen en sus familiares.

Mientras los familiares se preocupan por la profesionalidad del centro, los residentes lo hacen por el entorno de relación en el que se desenvuelve su vida cotidiana. Habrá que identificar ese entorno y potenciarlo ya que para las familias en muchas ocasiones y sobre todo en medios urbanos, la relación con el residente no es en general un hecho cotidiano sino puntual.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

M.J. Villares García
Hospital de L'Esperança. IMAS

C-019

Palabra clave: Educación, Escala valoración (EVA 0-10), registro, trayectorias/vías clínicas, evaluación.

Introducción: Según la OMS un día cualquiera, en cualquier lugar del mundo 3 millones de pacientes sufren dolor que podría ser aliviado. Las enfermeras desempeñan un papel clave en la valoración, tratamiento, registro y evaluación del dolor. El conocimiento y actitudes respecto a múltiples aspectos del manejo del dolor son factores que influyen en el desempeño de ese papel.

En el año 1997 posteriormente a una acción formativa, y a demanda de las enfermeras, Anestesiología, consensua con los cirujanos un programa que se pone en marcha con la colaboración de Calidad asistencial.

Objetivos: -Mejorar la colaboración/información aportada por cirujanos, enfermeras y anestesistas. -Adecuar los tratamientos al tipo de cirugía. -Integrar la EVA, como constante vital. -Mejorar la satisfacción del paciente. -Monitorizar el indicador dolor. (PDCA)

Material y método: -Formación. -Revisión bibliográfica. -Protocolo preventivo/tratamiento del dolor. -Registros. -Evaluación cuatrimestral del indicador, mediante revisión retrospectiva de una muestra aleatoria de trayectorias clínicas de los procesos quirúrgicos más prevalentes. -Cortes de prevalencia bianuales. -Encuesta de satisfacción al paciente.

Resultados: 1998: 84% pacientes EVA < 3 a las 24 h postop, 1999: 84%, 2000: 60%, 2001: 29%.

La desviación del estándar es debido a un 24%/71% de pacientes no tienen registro de EVA a las 24 h. postoperatorio registros previos (c/4 h) < 3. Cortes de prevalencia: año 2000, muestra 38 pacientes EVA < 3 68%, 2001: de 38 pacientes, 60%. 1er corte 2002 70% de una muestra de 33 pacientes. Los pacientes con EVA > 3 son intervenidos de prótesis de rodilla/cadera y artrodesis instrumentada de columna. Grado de satisfacción de los pacientes: año 2000 un 81% buena, 2001,77%, 1er corte del 2002:85%

Conclusiones: La formación, protocolos, evaluaciones del indicador, introducción de medidas correctoras del estándar ayudarán a mejorar el dolor agudo posquirúrgico, si el registro de la EVA, se valora como constante vital para el paciente. Los resultados de las evaluaciones se presentan al comité interdisciplinar del dolor para mejorar los tratamientos de aquellos procesos que cursan con dolor > 3 con analgesia a las 24 h postoperatorio.

ENSAYOS CLÍNICOS: POR QUÉ PARTICIPAN LOS PACIENTES Y A QUÉ ASPIRAN

C. Silvestre Busto, J. Gost Garde, P. Astier Peña y P. Ezpeleta Iturralde
Hospital de Navarra, Servicio Medicina Preventiva

C-020

Palabra clave: ensayo clínico, encuesta de opinión de pacientes, análisis cualitativo, motivación, expectativas.

Objetivos: Explorar la motivación para participar en un ensayo clínico. Detectar áreas de mejora que permitan incrementar la satisfacción de los participantes.

Metodología: *Diseño:* Estudio transversal mediante encuesta telefónica realizado en la primavera de 2001. *Sujetos:* Participantes en ensayos clínicos aprobados entre 1998-99 y realizados en la red pública de Navarra. Para la realización de la encuesta se diseñó y pilotó un cuestionario de 31 preguntas que contenía tres con respuesta abierta. Se presentan los resultados del análisis de contenido de estas preguntas: ¿Qué le animó a participar?, ¿Cree que la información que recibió es mejorable? ¿De qué dependería que volviera a participar en un estudio igual?

Resultados: Respondieron la encuesta 152 participantes, edad media 50,17 (DE 20,37), de los que el 46,4% eran mujeres y el resto varones. 1) Motivación para participar: Respondieron todos. La creencia en la efectividad del estudio para modificar la severidad de su enfermedad era el argumento más extendido (esperar que la enfermedad mejore, prevenir que la enfermedad empeore, probar para no arrepentirse, tener el mejor cuidado posible), pero también motivaciones altruistas y la confianza en el clínico o en el sistema. 2) Cómo mejorar la información clínica: Respondieron 37 personas. En cuanto a la Forma: Información más clara, más comprensible y durante todo el estudio. Contenido: Más información, más amplia, incluidos resultados finales. Orientación al cliente: Con tranquilidad y teniendo en cuenta el momento. 3) Volvería a participar dependiendo de: Respondieron 37 personas, estas aportaciones estaban relacionadas con aspectos desatisfactorios de la experiencia. Aspectos médico-técnicos: Que por la enfermedad resulte inevitable, si dan garantías de buenos resultados o pocos riesgos. Aspectos relacionados con la información: No participarían sin una información clara y adecuada y con suficientes explicaciones. Otros: se lo pensarían mejor o dependería del momento y situación en que le hagan la propuesta.

Conclusiones: La libre expresión de algunas percepciones ha permitido profundizar en el significado de las respuestas obtenidas con el cuestionario y conocer las experiencias con mayor detalle. Obtener sugerencias precisas de qué y cómo se puede mejorar, lo que facilita la propuesta de medidas específicas y su implantación. La aplicación de la información obtenida en el estudio ha de permitir mejorar la captación y aumentar la satisfacción de futuros participantes.

GESTIÓN DE PROCESOS EN EL HOSPITAL: IMPLICANDO A LOS PROFESIONALES A PIE DE OBRA

A. Arcelaz Salazar, F. Serna Rodríguez, S. Rodríguez Tejedor, M.A. Tapia Bello, J. Escauriaza Otín y M.T. Bacigalupe Artacho
Hospital Txagorritxu.

Palabra clave: Gestión de Procesos EFQM. Implicación de profesionales.

Introducción: En el contexto del modelo de gestión EFQM que sirve de referente en nuestro hospital, la gestión de procesos se constituye como herramienta imprescindible para llevar al día y profundizar con nuestros clínicos en conceptos básicos como coordinación de profesionales y actividades, autoevaluación, implicación en la gestión y visión cliente.

Objetivos: Mejorar los procesos clave del hospital utilizando la metodología de gestión de procesos y propiciar la implicación de los clínicos en la gestión.

Metodología: En el año 2000 se define el mapa de procesos del hospital Txagorritxu que permite visualizar todos los procesos y seleccionar a través de una matriz de priorización de criterios los 25 considerados clave: Los dirigidos al cliente final, los de apoyo y los estratégicos. En el año 2001 se diseña un programa teórico-práctico con los coordinadores de estos procesos que tiene como objetivo la estabilización y mejora de los mismos. Se utiliza la metodología clásica: Descripción, misión y límites del proceso, fluograma con sus principales actividades, entradas, salidas, indicadores y finalmente áreas de mejora.

Resultados: En la primera fase de este programa han finalizado 6 procesos operativos (Cáncer colo-rectal, U. Cirugía sin ingreso, urgencias ambulantes, prótesis de cadera y rodilla, colelitiasis), 1 proceso estratégico (Atención al cliente) y 4 de apoyo (Compras/Contratación, facturación, gastos de personal, contratación).

Actualmente los coordinadores de estos procesos han presentado sus necesidades de comunicación relativas a la coordinación con otros procesos de apoyo y han definido una media de 3 áreas de mejora por cada proceso. Ha comenzado la 2ª fase que incluye otros 16 procesos.

Conclusiones: En el momento actual, las lecciones aprendidas en el desarrollo del programa son: Es imprescindible el liderazgo facilitador de la dirección y la implicación del coordinador. La herramienta debe estar muy pegada al terreno, es decir, poca teoría y enfoque práctico. Es muy útil para pensar en términos cliente, profundizar en la coordinación y propiciar áreas de mejora.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA COMARCA DE ANTEQUERA

F.C. Terol Fernández, M. Bayona Manuel y C. Cortes

C-021

Palabra clave: Procesos; Implantación.

Introducción: Desde el principio irrenunciable del "Ciudadano como centro del Sistema Sanitario Público Andaluz", y de que la continuidad Asistencial es la base de una asistencia sanitaria de Calidad, el Hospital de Antequera y el Distrito Sanitario de Atención Primaria, han elaborado un plan de Implantación de procesos sanitarios integrados, dentro del Plan Global de Implantación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Objetivos: 1) Implantación de 6 procesos para el año 2002 en la Comarca de Antequera; 2) Participación de los profesionales (Empowerment).

Metodología: Se ha fundamentado en la descentralización de la gestión de los distintos procesos, para ello se ha contado con los distintos profesionales que van a ponerlos en práctica. Los pasos que se han seguido para la implantación son:

- Formación de un Equipo Director
- Priorización de 6 procesos de entre los 20 primeros priorizados por la Consejería de Salud.
- Difusión de la política
- Formación de grupos de trabajo seleccionando entre ellos un responsable del proceso.
- Formación de los profesionales
- Apoyo metodológico
- Evaluación y seguimiento.

Resultado: Se han formado 6 grupos de trabajo por profesionales de Hospital y Distrito; Se ha constituido un grupo Director con directivos de Primaria y Especializada; Se ha formado un grupo de Apoyo metodológico por expertos. En los grupos de trabajo, están participando un total de 70 profesionales con un alto grado de implicación en los objetivos globales. Se han analizado los distintos procesos asistenciales utilizando metodología de rediseño de procesos e implantación de nuevas alternativas. Se han priorizado problemas de implantación, decidiendo cada grupo las medidas a tomar para la puesta en marcha del proceso. En este momento se están comenzando a incorporar las mejoras de los distintos grupos.

Conclusiones: La Gestión por Procesos, está suponiendo en nuestra organización una revolución organizacional que está aportando entre otras mejoras: Participación activa, implicación con las políticas de la organización, orientar la visión hacia el ciudadano, está dotando a nuestros centros de una cultura de calidad de la que se están aprovechando todas nuestras estructuras.

C-023**IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LEIOA**

M.L. Marques González, C. Domingo Rico, A. Rubio Gutiérrez y R. Carrasco Martínez

Palabra clave: EFQM, Procesos, Calidad total.

Objetivo: Iniciar y mantener la metodología de Gestión de Procesos (proyecto estratégico en el plan de gestión de la Unidad de Atención Primaria (UAP) de Leioa, Bizkaia), como forma de actuación homogénea en patología crónica, actividades preventivas y pruebas complementarias para mejorar su funcionamiento y la satisfacción del cliente.

Metodología: La población asignada a la UAP de Leioa con más de 14 años es de 18.935. Durante los años 2001-2002 colaboramos con otro proyecto de investigación para la elaboración del mapa de procesos de Atención Primaria. A raíz de ese trabajo se elaboró el mapa de procesos de nuestra UAP y se priorizaron para su abordaje tres procesos:

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON RIESGO Y/O PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR por las dificultades de seguimiento combinado por parte de medicina y enfermería y por su relevancia clínica.

PROCESO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS por ser la prevención una de nuestras razones de ser y para mejorar el cumplimiento y registro.

PROCESO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS por estar previamente desarrollado por otra UAP (Billabona, Gipuzkoa).

Dos de los autores recibieron formación específica en procesos durante 40 horas.

En reuniones semanales, de 2-3 horas, desde mayo de 2001, el grupo de procesos realizó los fluogramas, describió las entradas, recursos, necesidades, características de calidad, actividades y los indicadores para cada proceso. Cada 15 días el trabajo era revisado por un experto.

Resultados: El proceso de ACTIVIDADES PREVENTIVAS se adecuó a las exigencias del Contrato Programa del Departamento de Sanidad y a las características de registro utilizadas en el centro.

En el proceso de ATENCIÓN AL PACIENTE CON RIESGO Y/O PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR se han incluido los FRCV (HTA, DM, HIPERLIPIDE-MIA), CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ACV y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA.

El proceso de PRUEBAS COMPLEMENTARIAS se importó de otra UAP y se ajustó a las características propias de nuestra UAP.

Conclusiones: Es factible implantar esta metodología a nivel de UAP. Sin embargo es necesario el apoyo, al menos al inicio, de expertos en procesos y de la Dirección para su financiación.

La importación y adecuación de procesos desarrollados en otra UAPs es posible y permite ahorrar esfuerzos.

LA GESTIÓN POR PROCESOS AÑADE VALOR A UN PROGRAMA AUTONÓMICO DE MEJORA DE LA CALIDAD

J.C. García Áisa, M.A. García Orea, R. Garuz Bellido

y J.I. Gaspar Escayola

Dirección de Atención Primaria.

C-024

Palabra clave: Gestión por procesos, mejora continua de la calidad, planificación sanitaria.

Objetivos: Describir el diseño y presentar los resultados de la aplicación de un entorno de gestión por procesos a la organización del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud de Aragón, como consecuencia de la primera evaluación realizada en 2001.

Metodología: El proceso base, o de nivel 0, correspondió al Programa de Apoyo, identificando su misión y los grupos de interés relacionados. A partir de él se desplegaron los demás procesos y subprocesos, derivados de la aplicación de las distintas fases del ciclo PDCA. La utilización del lenguaje "idef0" con el software "iGrafx FlowCharter 2000 Professional" facilitó visualizar y comprender mejor las relaciones existentes entre los distintos procesos.

Resultados: Fueron identificados un total de quince procesos y se describió la misión, los clientes y los límites de cada uno. Se asignaron los coordinadores o "propietarios" de cada proceso y así mismo, se enumeraron las actividades que se realizaban en ellos, identificando a las personas implicadas en su desarrollo y las características de calidad de cada actividad. Se diseñaron, también, indicadores para evaluar y monitorizar cada proceso.

Conclusiones: La evaluación del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud de Aragón detectó, en 2001, oportunidades de mejora en varios aspectos, entre ellos los relacionados con su organización y se decidió la aplicación de un "entorno" de gestión por procesos. La realización del "mapa de procesos" ofreció, ya inicialmente, la posibilidad de modificar y/o introducir tareas que podrían mejorar el Programa, así como aumentar el número y la implicación de personas en relación a la gestión de los distintos procesos identificados. La monitorización de indicadores específicos de cada proceso está facilitando el control de los mismos en base a hechos y datos. En definitiva, podemos decir que la aplicación de la gestión por procesos a nuestro Programa de Apoyo está mejorando su organización y funcionamiento.

ASEGURAR LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE LA IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS

M.J. Martínez Arce, R. Teixell López, C. Llauradó Quingles, M. Rotllan Tarradellas y J.F. Pajares Díaz-Meco

Hospital Creu Roja Barcelona.

C-025

Palabras clave: Gestión por procesos. Empowerment.

Introducción/objetivos: Nuestra Organización ha adoptado como modelo de gestión de la calidad total el modelo EFQM desde el año 1998. Una de las áreas de mejora en la autoevaluación fue la coordinación del proceso de hospitalización y la satisfacción de los profesionales en relación a la sistémica de trabajo dentro del propio proceso. Con el objetivo de asegurar la mejora continua y duradera, se lleva a cabo un proyecto de implantación de un equipo interdisciplinar, "Trípode Asistencial", responsable de la coordinación del proceso en cada una de las Unidades de Hospitalización.

Metodología: Basados en el desarrollo de una gestión participativa, fomento del trabajo en equipo y en el "empowerment" de las personas se crea un equipo multidisciplinario (médico, enfermera y administrativa) que colegiadamente se responsabilizan del correcto funcionamiento y mejora continua de la organización del proceso asistencial en cada Unidad de Hospitalización, centralizando el mismo en el cliente externo y teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. La implantación de estos equipos se ha realizado de forma progresiva, para su seguimiento y valoración por las direcciones asistenciales (D. Enfermería y D. Médica), iniciándose en una Unidad piloto en enero del 2001 y en la actualidad en fase de expansión en el resto de unidades de hospitalización. Se ha elaborado un cuadro de indicadores periódicos del impacto de las mejoras en la organización, las personas y los clientes que son valorados por los equipos y las respectivas Direcciones para el desarrollo de mejoras en el proceso y conocer además su eficacia.

Resultados: Las mejoras establecidas por estos equipos han dado lugar a un claro efecto positivo sobre los indicadores de eficiencia organizativa (estancia media, prealtas, altas antes de las 12 h, ingresos antes de las 14 h) con respecto a años anteriores y con buenos resultados de satisfacción en los clientes y en los profesionales.

Conclusiones: Otorgar responsabilidad y autonomía en la gestión de los procesos a las personas en contacto con el cliente mejora su implicación en los mismos y afecta a los resultados. La visión multidisciplinar de los procesos y la coordinación de los diferentes profesionales que interactúan en él es imprescindible para la mejora continua del mismo y ofrecer el máximo valor añadido al proceso asistencial de nuestros clientes. Las personas necesitan tener resultados de sus acciones y de las mejoras que establecen para implicarse en la mejora continua.

MESA 6

Certificación por normas ISO

Sala Londres
Miércoles 9, 18:30-20:00

C-026

MEJORA CONTINUA DE UN SERVICIO DE FARMACIA CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2000

C. Agustí Maragall, T. Gurrera Roig y X. Fábregas Planas
Hospital de Mataró, Servicio de Farmacia.

Palabras clave: Norma ISO 9000:2000; errores; cuestionarios de satisfacción; indicadores de calidad.

Introducción: La Norma ISO 9001: 2000 es una Norma internacional que trata sobre los requisitos de los Sistemas de la Calidad y que puede utilizarse como modelo para la Gestión de la misma.

La Dirección del Consorci Sanitari del Maresme y englobado en el Plan de Calidad Total, acordó iniciar un programa para la acreditación según la Norma ISO de dos Servicios Centrales: Farmacia y Laboratorio del Hospital de Mataró.

Objetivo: El Objetivo de esta comunicación es dar a conocer como se ha llevado a cabo la mejora y el seguimiento de la Política de Calidad en el Servicio de Farmacia del Hospital de Mataró durante el primer año de su certificación por la Norma ISO 9001:2000 en mayo del 2001

Método: Durante este primer año se han desarrollado y evaluado los resultados de algunos de los procedimientos orientados principalmente a detectar áreas susceptibles de mejora en nuestro Sistema de Calidad como: Auditorias internas; Valoración de la satisfacción a clientes y Seguimiento mensual de los indicadores de calidad

Resultados: Se han iniciado 11 Acciones Correctoras de la totalidad de las desviaciones detectadas durante las auditorias internas así como de las incidencias abiertas durante este período. Los resultados extraídos de las encuestas reflejan un grado de satisfacción por encima del objetivo marcado (> 7 sobre 10) con un 8,36 el personal médico; 7,53 personal de enfermería, 8,6 pacientes ambulatorios y 8,4 promotores de ensayos clínicos. Del seguimiento de los indicadores de la Política de Calidad del Servicio se han cumplido los objetivos en un 90% de los mismos. Uno de los objetivos para el 2001 ha sido impulsar la notificación de errores de medicación y de reacciones adversas a través de un programa informático por intranet. Durante los primeros 6 meses se han notificado 16 reacciones adversas y 31 errores relacionados con el sistema de prescripción, transcripción, administración y dispensación de mediación.

Conclusiones: Con la obtención del Certificado ISO 9001:2000, el Servicio de Farmacia del Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme) garantiza la calidad de trabajo en áreas de gran importancia para nuestros clientes: Atención Farmacéutica, Gestión de Compras, Elaboración y Dispensación de medicamentos, Validación Sanitaria, Participación en Programas de Investigación, Docencia y Educación Sanitaria.

IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN ISO 9002 EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS HOSPITALARIO

N. del Rio Barcenilla, X. Boquet Miguel, M.A. Bosch Llober, J.A. Hernández Rivas y G. Sauca Subias

C-027

Objeto: Implantar un Sistema de Aseguramiento de Calidad y obtener la certificación de acuerdo con los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9002:1994, dentro del Programa de Calidad Asistencial del CSdM.

El Servicio de laboratorio del CSdM, integrado en un hospital comarcal de nivel B (330 camas), da soporte a todas las especialidades médico-quirúrgicas, incluyendo una UCI con 12 camas. Área de influencia: 210.000 habitantes. Recibe muestras, tanto programadas como urgentes, del propio hospital y de diversas áreas básicas de salud.

Actualmente, atiende una media de 650 peticiones/día, de las que 150 son urgentes (23%). A nivel organizativo, se ha optado por un modelo de laboratorio de 24 horas, con las urgencias integradas dentro de cada una de las áreas de conocimiento.

Metodología: Se definieron cinco etapas: 1) Planificación/divulgación. 2) Formación. 3) Elaboración/implantación de la documentación. 4) Auditorias. 5) Certificación.

La documentación se estructuró: 1) Manual de Calidad (MC): define en 20 capítulos la política del laboratorio y cubre todos los apartados de la norma. 2) Procedimientos Documentados Generales (PDG): 14 documentos que desarrollan con más detalle algunos capítulos del MC. 3) Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT): 134 documentos que describen detalladamente todas las actividades. 4) Otros documentos (listados, planes, fichas.)

Resultados: La implantación del sistema ha significado: 1) Planificar/consensuar sistemas de actuación. 2) Ordenar/sistematizar el día a día con protocolos de actuación. 3) Llegar al cambio cultural que representa sustituir la buena voluntad por el método. 4) Aplicar sistemáticamente métodos de medida, análisis y mejora. En diciembre de 2001 se realizó por parte de la entidad certificadora AENOR la auditoria inicial, y en febrero de 2002 se obtuvo la certificación.

Conclusiones: La implantación del sistema ha aportado: 1) Unificación de criterios y sistematización de procedimientos, manuales y normas de trabajo. 2) Redefinir las responsabilidades y la implicación de todo el personal en los objetivos del laboratorio. 3) Registro y tratamiento de incidencias y no conformidades; aplicación de acciones preventivas y correctoras. 4) Garantía de una mejora continua de la calidad en todo el proceso, desde la obtención y procesamiento de las muestras hasta la validación y edición de los resultados.

Aspectos mejorables: disminuir la burocracia e informatizar la gestión documental.

CERTIFICACIÓN DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL MONTE NARANCO SEGÚN LA NORMA ISO 9002

F. Carreño Alonso, E. Fernández Tamargo, E. Pintado García, L. Alvarez Suárez, A. Cobo Álvarez y F. Vázquez Valdes
Hospital Monte Naranco.

C-028

Palabras clave: Certificación ISO, Laboratorio de Microbiología.

Objetivos: Aplicar el modelo de calidad, normalizar los procedimientos y obtener la Certificación del Laboratorio de Microbiología según las normas ISO 9000.

Material: 1) Normas ISO 9002, 2) Manual de Procedimientos de Microbiología, 3) Registros, calibración de aparataje y no conformidades. 4. Auditorias internas y externa.

Métodos: 1) Seguir la Norma UNE en ISO 9002. 2) Análisis, confección e implantación del Manual de Procedimientos. 3) Registros de la actividad, control de temperaturas y calibración de aparataje. 4) Auditorias internas por los coordinadores de calidad y Auditoria externa por AENOR. 5) Resolución de las no conformidades. 6) Certificado de Calidad según normas ISO 9002 para el Laboratorio de Microbiología.

Resultados: 1) Elaboración del Manual de Procedimientos desde 1999 e implantación en el año 2002 definiendo los procesos y procedimientos. 2) Determinación de funciones y responsabilidades. 3) Implementación de un sistema de calibración de aparataje manual y en 2002 mediante sondas de medición de temperaturas de estufas y neveras, calibración de pipetas y control de rutina del Laboratorio. 4) Gestión de las no conformidades. 5) Obtención del certificado de calidad en junio de 2002.

Conclusiones: La certificación de la ISO 9002 es una herramienta útil para: 1) Hacer participar al personal de la mejora continua de la calidad en el Laboratorio. 2) Sirve para disminuir la variabilidad y controlar el aparataje mejorando la calidad del servicio. 3) El manual de procedimientos ayuda al personal no habitual en las tareas de rutina del Laboratorio al simplificar su formación. 4) La revisión y calibración de aparataje obligó a ajustar el funcionamiento de todos ellos gracias a la medición diaria. 5) Ha permitido avanzar en la elaboración y la gestión de procesos en el Laboratorio de Microbiología.

PUESTA EN MARCHA DE PROYECTO PILOTO COOPERATIVO PARA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS CALIDAD EN TRES HOSPITALES: 12 DE OCTUBRE, GETAFE Y PUERTA DE HIERRO

P. Ruiz-López, M.T. Sayalero-Martín, A. Sáinz-Mozos, M.A. Sánchez-Serrano, V. Ramos-Rodríguez y J. Domínguez
Hospital 12 de Octubre. Unidad de Calidad.

Palabra clave: Sistemas de Gestión de Calidad, Certificación ISO 9001:2000.

Objetivos: Experiencia piloto cooperativa de tres hospitales públicos de la Comunidad de Madrid para el desarrollo de la definición e implantación de sistemas de gestión de calidad (ISO 9001:2000):

- Desarrollar sistemas de gestión avanzados en el sector sanitario involucrando a diferentes niveles de la organización.
- Implicar con participación activa y eficiente a número importante de profesionales en la nueva cultura de gestión.
- Identificar áreas de mejoras en cada uno de los hospitales con el establecimiento de bases para disponer de un sistema de aseguramiento de resultados.
- Estimular y facilitar la comunicación dentro de cada hospital y entre los tres hospitales.

Metodología: El Proyecto comienza en el último trimestre 2001. Se solicita financiación pública (Mº Ciencia y Tecnología. Profit). Se constituye un Comité de Seguimiento compuesto por personas de los tres hospitales. Se cuenta con colaboradores externos: Asecal S.L. e Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria. Participan unidades de los tres hospitales: Bioquímica, M. Fármacos, Bancos de Sangre, Laboratorios, Almacén, Banco de Tejidos y Farmacia. 1) Se implica a partes de la organización como: Direcciones, Calidad, Informática, Personal, Archivo H. Clínicas, F. Continuada y Mantenimiento de los tres hospitales. 2) Se planifican las actuaciones hasta la implantación del sistema. 3) Plan de formación en sistemas de gestión sanitaria y Normas ISO 9001:2000 e ISO/IEC 17025. 4) Selección de la herramienta informática común para abordar la implantación del sistema. 5) Análisis y Plan de Actuación. 6) Ponderación y selección de indicadores relevantes para cada Unidad.

Resultados: Obtención de financiación del MCYT. Implicación de directivos y profesionales. Iniciar cultura en nuevos sistemas de gestión a través de formación y participación. Intercambio de información y sistematización de procedimientos a través de herramientas informáticas comunes. Personal formado en los nuevos sistemas de gestión. Plan de actuación para cada hospital y para cada unidad piloto. Identificación de mejores prácticas.

Conclusiones: Se han planificado todas las actividades para la implantación de la Norma ISO 9001:2000. Con la cooperación de los tres hospitales han conseguido compartir conocimientos y experiencias. Se han diseñado y seleccionado indicadores de medición dentro del sistema.

C-029**1ª FASE DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE ADMISIÓN A LA ASISTENCIA URGENTE EN EL HOSPITAL DE BASURTO: PLANIFICACIÓN DEL PROCESO****C-030**

Y. González Molina, J. Delgado Úbeda, J. Gómez Landaluce, M.J. Moreno Godoy, J. Garay Sanz y M. Latorre Guisasola
Hospital de Basurto.

Palabra clave: ISO 9001:2000; Gestión de Procesos.

Objetivo: Implantar un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la Norma ISO 9001:2000 en la Gestión de Admisión a la Asistencia Urgente. Descripción de la primera fase: la Planificación del Proceso.

Metodología: 1- Se crea el EQUIPO DE PROCESO; 2- Se elabora una ficha del proceso que contiene los elementos que requiere la Norma ISO 9001:2000: IDENTIFICACIÓN: Objetivo, Alcance y Responsable del proceso; DESCRIPCIÓN: Clientes, Grupos de interés, Entradas y Salidas; SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Indicadores y Metodología de Medición y Registro; DOCUMENTACIÓN DE APOYO: Procedimientos y Registros; y el DIAGRAMA DE FLUJO del proceso

Resultados: 1) Se define el objetivo: Recoger la información del paciente que acude a urgencias, con el fin de proporcionársela a los clientes s COMPLETA, EXACTA y A TIEMPO. 2) Se definen los clientes: Personal de Urgencias, Facturación y las Unidades de Hospitalización. 3) Se establece la secuencia de Subprocesos del Proceso operativo, se identifican los Procesos estratégicos (Planificación de la Mejora) y los Procesos de apoyo (Gestión de Compras y Almacén, Gestión de Recursos Humanos y Gestión de Servicios Informáticos). 4) Se definen los indicadores del proceso y se establecen los registros de la medición y trazabilidad de los subprocesos. 5) Se describen los procedimientos e instrucciones indispensables. 6) Se representa gráficamente la secuencia de subprocesos (Diagrama de Flujo)

Conclusiones: La Planificación del Proceso, que se refiere al conjunto de actividades que describen los elementos que constituyen el Proceso de Admisión tiene una serie de VENTAJAS: -trabajo en grupo, lo que ayuda a aclarar conceptos y unificar objetivos; -documentación estructurada: que permite estandarizar los elementos que definen el proceso y mantener una documentación homogénea que servirá de guión durante la implantación; -ordenar la fase de implantación: asignando tareas secuenciadas que permiten conocer en cualquier momento el grado de desarrollo de esta fase.

CRITERIOS LEGALES VS NORMA ISO 9001:2000 PARA CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO

B. Candia y C. Isasi
Hospital Juan Canalejo.

Palabra clave: Calidad ISO 9001:2000 RD 1976/99.

Introducción: Las Directivas europeas, recogidas por Reales Decretos en España así como su posterior desarrollo por la Comunidad Autónoma de Galicia, hacen necesario que los Servicios de Radiodiagnóstico ofrezcan unos indicadores de actividad, de protección y de garantía de resultado que lleven implícitos la implantación de un Sistema de Calidad.

En base a ello, se estudia la posibilidad de diseñar un Sistema de Calidad para los Servicios de Radiodiagnóstico, que favorezca además el reconocimiento externo en forma de Certificación.

Material y método: Se recoge toda la legislación vigente respecto a radiodiagnóstico, con identificación de los registros de calidad necesarios especificados en el RD 1976/1999. Por otra parte, se estructuran los registros de calidad que puedan ser necesarios para implantar la Norma ISO 9001:2000.

Objetivos: 1) Describir los indicadores de obligado cumplimiento por la legislación. 2) Definir los indicadores que hagan factible una Certificación conforme a la Norma ISO 9001: 2000. 3) Comparar los requisitos legales con los normativos para evaluar la capacidad de certificación.

Resultados: Se estructura en una tabla la presentación de requisitos en diferentes niveles, que permiten comparar los criterios normativos con los criterios legales, referidos al Sistema de Calidad, Documentos, Controles de Calidad, Descripción de las actividades, Difusión del Programa, Formación, Orientación, Requisitos.

Conclusiones: La elección de un modelo de certificación previo al diseño para la obtención de indicadores de calidad en radiodiagnóstico, destinados a cumplir la legislación, permite planificar el diseño de un Sistema de Calidad que facilita a la organización aumentar el rendimiento de los esfuerzos necesarios.

C-031**GESTIÓN DE LA CALIDAD DE UNA BIBLIOTECA HOSPITALARIA: ISO 9001:2000**

R.M. Valverde Cidores

C-033

Introducción: El desarrollo de la Gestión por Procesos, la utilización del Modelo de Excelencia EFQM para la evaluación de la calidad en nuestro Hospital así como el enfoque de la nueva norma ISO 9001:2000, han hecho que se decidiera ir hacia la certificación de la Biblioteca, siendo la del Hospital de Zumarraga, la primera biblioteca hospitalaria en obtener esta certificación.

Material y métodos: Como establece el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) según la norma ISO 9001:2000, se realizaron los siguientes pasos para su desarrollo:

- Identificación del proceso de la Biblioteca y los elementos del entorno que pueden afectarle
- Definición del producto/servicio prestado (Misión) así como los requisitos del mismo (especificación y cartera de servicios)
- Identificación de los clientes: usuarios internos (personal del Hospital) y externos
- Definición del alcance: aquellos procedimientos representativos para el funcionamiento de la Biblioteca (Documentación automatizada, Obtención de Documentos, Formación de usuarios, Gestión del Fondo Bibliográfico, Memorias anuales)
- Establecimiento de indicadores (calidad, coste, efectividad) que midieran el proceso.
- Elaboración del Manual del SGC documentando la cartera de servicios.

Para conocer las expectativas de nuestros usuarios realizamos en el año 2000 una encuesta y en el año 2002 una serie de grupos focales con servicios elegidos al azar, con el objeto de 1º acercar la biblioteca a los usuarios potenciales, 2º conocer más de cerca sus necesidades y expectativas. 3º como consecuencia de ello establecer las acciones de mejora oportunas.

Conclusiones: Al día de hoy, el SGC constituye para la biblioteca la base documental para su mejora continua.

La elaboración del manual del SGC recoge el compromiso en materia de calidad de la Biblioteca y facilita:

- la propia gestión de la Biblioteca por la implicación de la dirección en la planificación de objetivos
- la posible incorporación de nuevo personal a la Biblioteca, al quedar reflejadas las funciones diarias
- conocer mediante los indicadores establecidos cual es el estado de nuestro proceso
- establecer objetivos y evaluarlos

Esta herramienta (ISO 9001:2000) permite asegurar la conformidad del sistema de calidad y mejorar continuamente la eficacia del sistema.

CERTIFICACIÓN ISO 9002 (1994) DEL LABORATORIO DE "LES TERRES DE L'EBRE DE L'ICS" (ANÁLISIS CLÍNICOS/HEMATOLOGÍA)

M. Panisello Bertomeu, M.I. Llovet Lombarte, A. Jardí Baiges, L. Font Ferré y J. Zaragoza López

Laboratorio de les Terres de l'Ebre.

Palabra clave: Calidad. Certificación. ISO. Laboratorio. Análisis Clínicos. Hematología.

Objetos: El objeto de obtener la certificación ISO 9002 (1994) es mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar el trabajo en equipo y disminuir la variabilidad de los análisis.

Metodología: Se inicia el proceso en noviembre de 1999 con un Curso de Formación y finaliza en marzo de 2002 con la Auditoría que propone la certificación. Durante este margen de tiempo de 2,5 años, se procedió al desarrollo del proceso en cuatro etapas: 1) planificación de lo que se quería conseguir. 2) elaboración de toda la documentación requerida por las normas. 3) esta documentación fue ampliamente revisada por todas las personas implicadas. 4) con lo cual se entró en una fase de implementación y aceptación por parte del personal.

Resultados: Puntos fuertes: 1) identificación de las muestras y les alícuotas. 2) Documentación: Manual de Calidad, Procedimientos Generales (18), Procedimientos de Área (14), Procedimiento Normalizado de Trabajo (292), Registros y Documentos Internos (Ficha de Descripción del Lugar de Trabajo, Encuesta de Satisfacción del Cliente, Catálogo de Servicios, Plan de Acogida del Personal, etc.). 3) Control de resultados. 4) Un buen registro de conformidades. Oportunidades de mejora: 1) Ser conscientes de que se han de establecer objetivos de mejora, y no de carácter estructural como hasta ahora. 2) Concretar mas sobre quien recae la responsabilidad de la validación de los resultados. 3) Seguir exigiendo de las casas comerciales que faciliten la validación del software de los aparatos. 4) Aprovechar el registro de las "no conformidades" para obtener acciones correctoras que sean realmente útiles. 5) Establecer mejoras en el circuito de la necesidad de material (gestión del stock). 6) Conseguir una máxima protección de los datos informáticos. 7) Iniciar la transición a las normas ISO 9001 (2000). Se obtuvo la Certificación ISO, después de dos auditorías internas y dos de externas, que detectaron cuatro "no conformidades menores".

Conclusiones: La Certificación ISO 9000 ofrece a través de una sólida documentación, planifica la Calidad: estimula el liderazgo, analiza los procesos, establece la relación con los clientes, busca la satisfacción del cliente, regula el procedimiento de compras y su control, establece la trazabilidad del producto, etc. A través de estándares que, abarcan todos los aspectos de la Gestión de la Calidad, detecta no conformidades, que obligan a medidas correctoras y/o preventivas. El cumplimiento de estos estándares permiten a un tercero evaluar el aseguramiento de la calidad.

C-032

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO

C. Avendaño Solá, C. Camarillo Gómez, López Ruiz de Salazar, D. Losada Bayo, A. Sáinz Rojo y A. Torralba Arranz

Hospital Puerta de Hierro, Dirección de Calidad.

Palabras clave: Plantas medicinales, Automedicación, Terapias alternativas.

Objetivos: Identificar el consumo de tratamientos alternativos en la población que ingresa en nuestro hospital y describir el grado de conocimiento del personal sanitario sobre ésta

Metodología: Estudio descriptivo mediante encuesta específica y entrevista de los pacientes que ingresaron durante la semana del 25 de febrero de 2002 en los servicios de Medicina Interna, Traumatología, Cirugía General y Digestiva, Cardiología y Oftalmología del Hospital Universitario Puerta de Hierro. También se procedió a la revisión sistemática de la hoja de tratamiento y de la historia clínica.

Resultados: Durante la semana del estudio se produjeron 213 ingresos que generaron 189 entrevistas válidas. De los pacientes entrevistados, un 22% reconoció tomar habitualmente alguna sustancia con finalidad terapéutica y sin calificación de especialidad farmacéutica. De éstos, un 48% consumía hierbas o infusiones, un 17% vitaminas, un 11% productos homeopáticos, un 9% suplementos dietéticos y un 4% algas. Los pacientes emplearon estos productos por sus supuestos efectos como revitalizantes (31%), contra el stress (14%), las molestias gástricas (12%), el estreñimiento (10%), como adelgazantes (6%), para el insomnio (4%) o las cefaleas (2%). En la mayor parte de los casos (64%), el paciente inició el tratamiento por iniciativa propia o por recomendación de familiares o amigos, aunque en un porcentaje relevante de los casos (29%), los pacientes seguían estos tratamientos por prescripción de un médico. En cuanto al lugar de compra de estos productos, el 52% fue adquirido en herbolarios, el 25% en farmacias y el 8% en establecimientos de parafarmacia. Los productos más consumidos fueron los complejos vitamínicos, té verde, tila, ginseng, jalea real, áloe vera y valeriana. Se identificaron algunos casos en los que la acción del compuesto "natural" podía ser origen de interacciones significativas con la patología o la medicación del paciente: productos hipoglucemiantes, análogos de teofilina, ginseng en pacientes con prescripción de benzodiacepinas.

La Historia Clínica del paciente no registró en ninguno de los casos el consumo de este tipo de productos.

Conclusiones: El consumo de medicamentos alternativos o "naturales" farmacológicamente activos está presente en una proporción relevante (22%) de los pacientes que ingresan en nuestro hospital. Dicho consumo es ignorado por los médicos y no se registra en la historia del paciente. Aunque en nuestra muestra la mayoría de los productos identificados tienen escaso potencial para producir interacciones y reacciones adversas, sólo si se incorpora rutinariamente a la historia del paciente el interrogatorio sobre medicamentos alternativos pueden identificarse aquellos casos con verdadero riesgo.

MESA 7

Aprendiendo de los errores: medicamentos

Sala Florencia 1
Miércoles 9, 18:30-20:00

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

I.M. González Cruz, I.M. Pérez Cisneros, J.C. Canca Sánchez, M.J. García Luque, M.T. García Hermoso y J.R. del Prado Llergo
Hospital Costa del Sol.

Palabra clave: Evaluación; criterios de calidad; unidades

Introducción: El SDMDU tiene una implantación desigual y una variabilidad que depende de características técnicas y organizativas de cada centro. Esto justifica la necesidad de contar con un SDMDU con unos criterios mínimos de calidad que permitieran garantizar mecanismos de prevención de errores de medicación y resultados óptimos en términos de seguridad hacia los pacientes.

Objetivos: Evaluar aspectos cualitativos del SDMDU mediante un sistema de medición en base a criterios de calidad mínimos, óptimos y de excelencia.

Material y métodos: Aplicamos un ciclo de mejora con un método propuesto por farmacias hospitalarias del Hospital Virgen del Rocío y Hospital Costa del Sol estableciendo 89 criterios de calidad agrupados por áreas y distribuidos en tres niveles a) mínimo, b) óptimos y c) de excelencia.

Área

- Prescripción
 - Sistema informático
 - Cobertura de todos los medicamentos
 - Elaboración y dispensación
 - Acondicionamiento en dosis unitarias
- Administración
 - Calidad de los registros en planta
 - Proceso de administración de medicamentos
- Control y mejora
 - Modalidad de atención continuada del servicio de farmacia
 - Calidad del feed-back entre farmacia-médicos
 - Possibilidad de explotación de datos para gestión clínica (GRD)
 - Orientación hacia la política de calidad del hospital

Detección de errores de medicación y reacciones adversas

El estudio se realizó desde septiembre 2001 a febrero 2002 mediante 2 evaluaciones y un período para implantar la mejora.

Resultados: En la evaluación inicial (Sept. 2001): 70% de los criterios eran de calidad, un 25% mínimos y un 5% no cumplían los mínimos. No se conseguía la excelencia.

• Área de prescripción: Criterios óptimos.

• Áreas de elaboración y dispensación: Criterios mínimos.

• Área de administración: Criterios mínimos.

• Área de control y mejora: Criterios óptimos.

Segunda evaluación (6 meses después):

• Los criterios de calidad pasan a ser 80% del total, mientras que los criterios mínimos son el 20% y han desaparecido los criterios que "peligrosamente" se encontraban por debajo de los mínimos. Encuentran aún fuera de la excelencia.

• La prescripción continúa con criterios óptimos, elaboración y dispensación mejorando hacia unos criterios, la administración continua con criterios mínimos y se mantienen criterios de control de mejora en criterios óptimos.

Conclusiones: La evaluación cualitativa de la SDMDU aporta una información muy importante utilizada para la mejora continua de la calidad. La prescripción presenta criterios de calidad y su excelencia está relacionada con la implantación informática. Elaboración y dispensación dependen de coordinación del servicio de farmacia con las unidades de hospitalización y la revisión de los distintos circuitos diseñados para la dispensación de los medicamentos (priorizar tareas de los celadores, etc). La administración es el aspecto más difícil de mejorar pues depende de la buena práctica profesional. El control y mejora de la SDMDU está más desarrollado que los circuitos de prescripción, elaboración, dispensación y administración de los medicamentos que son los verdaderos protagonistas en una asistencia de calidad.

INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE EL USO DE AEROSOLES EN PACIENTES EPOC ¿MEJORAMOS SU CALIDAD DE UTILIZACIÓN?

M. Leal Hernández, J. Abellán Alemán, B. Sebastián Vicente, M.C. Gómez Gotor, J. Martínez Crespo y R. Vicente Martínez

Palabra clave: Calidad, aerosoles, EPOC, Información escrita.

Objetivos: 1) Identificar si el empleo de información escrita exclusivamente mejora la calidad de uso de aerosoles presurizados en pacientes EPOC. 2) Comparar la eficacia de la información escrita exclusiva sobre el uso de aerosoles frente a la explicación oral del uso de estos dispositivos por parte del personal de enfermería.

Metodología: Se seleccionan aleatoriamente 120 pacientes EPOC en tratamiento con aerosoles presurizados. Los dividimos también aleatoriamente en tres grupos de 40 pacientes. En uno de ellos no se lleva a cabo ninguna intervención. En otro se aporta información escrita sobre el uso de aerosoles sin ningún tipo de explicación oral. En el tercero se realiza una explicación oral durante diez minutos sobre el uso de estos dispositivos por parte del personal de enfermería. La medición realizada consiste en medir el porcentaje de cumplimiento de 5 criterios sobre el uso correcto de aerosoles inicialmente (antes de la intervención) y tres meses después de la intervención en todos los grupos.

Resultados y conclusiones: Inicialmente se aprecia una baja calidad en el uso de aerosoles presurizados en los pacientes EPOC (Cumplimiento medio de criterios del 40%). La calidad de uso aumenta significativamente en ambos grupos de intervención no apreciándose diferencias significativas entre ambos grupos. Cumplimiento medio final de criterios en el grupo de información escrita de 74%, frente a un 82% en el grupo de información oral. En conclusión, el uso de información escrita sobre el uso de aerosoles en pacientes EPOC mejora significativamente su calidad de utilización, en grado similar a su explicación oral.

SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS Y PREVENCIÓN DE ERRORES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

B. Rodríguez Marrodán, C. Folguera Olias, C. Lorenzo, A. Sainz Rojo y A. Torralba Arranz
Hospital Puerta de Hierro, Servicio de Farmacia.

Palabras clave: Error de medicación, Seguridad, Prevención.

Introducción: Los errores de medicación (EM) se pueden evitar y por ello se constituye en nuestro hospital un grupo de trabajo dedicado a detectar los problemas más relevantes en la práctica clínica diaria con el fin de prevenirlas.

Objetivos:

- Detectar posibles causas de error y establecer sistemas que permitan evitarlos.
- Mejorar la calidad en los procesos de utilización de medicamentos.
- Transmitir al personal sanitario la importancia clínica de los EM y su carácter no punitivo.
- Establecer un sistema de notificación de los errores detectados.

Metodología: En julio de 2001 se constituye este grupo multidisciplinar de trabajo. En una primera etapa el grupo trabajó en la identificación de causas, análisis de problemas y proposición de medidas correctoras. Todas las acciones son difundidas en el Boletín de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Resultados: En la tabla adjunta se muestran errores/problemas detectados y medidas correctoras realizadas en los primeros 6 meses de trabajo del grupo.

ERROR/PROBLEMA DETECTADO	MEDIDA CORRECTORA
Mala utilización de insulinas en el S. de Urgencias	Inclusión de información en el Boletín de Información Terapéutica y curso de actualización sobre insulina
Incorporación de personal con poca experiencia en unidades especiales	Propuesta a la Dirección de Enfermería sobre selección personal con experiencia.
Dificultad en lectura de órdenes médicas informatizadas	Possibilitar recuperar figura de "enfermera docente". Modificación tamaño de impresión y utilización de negrita en dosis y pauta de administración.
Mantenimiento de cadena de frío	Sustitución de hojas autocopiativas blancas por distintos colores Identificación en cajetines con pegatinas
Fármacos administrados por SNG	Terómetros de máxima y mínima en Unidades de Enfermería(UE).Control de temperaturas en neveras de planta
Similitud entre distintas especialidades farmacéuticas	Revisión, validación y difusión de los protocolos de dilución y administración de fármacos
Desconocimiento de la frecuencia y principales causas de errores de medicación	Información oral y escrita a UE.
Medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica	Identificación especial de cajetines del dispensing de Dosis Unitaria
Diferentes concentraciones de determinados medicamentos que dan lugar a confusión	Diseño y difusión de una hoja de notificación
Medicación incorrecta en cajetines de dosis unitaria	Identificar incidencia y propuesta de soluciones
Ausencia de un sistema de notificación de errores detectados o potenciales	Modificación de la Guía Farmacoterapéutica: selección, en lo posible, de una única concentración
	Estudio periódico de evaluación de calidad del proceso de prescripción-trascipción-dispensación. Se presenta en otra comunicación los resultados de esta evaluación
	Se ha diseñado la hoja donde deben recogerse los datos y establecido un sistema de notificación. Esto es un objetivo de calidad de todas las unidades y servicios en el año 2002.

Conclusiones: 1) La creación de un grupo de trabajo multidisciplinar permite, en poco tiempo y con no demasiado esfuerzo, detectar y poner soluciones para evitar errores de medicación. 2) Es necesario crear una cultura en el personal sanitario que promueva la identificación y notificación de EM. 3) Las medidas adoptadas para la prevención de EM suponen un avance en el proceso general de calidad asistencial.

CONTROL DE CALIDAD EN EL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA

C. Folguera Olias, B. Rodríguez Marrodán, A. Sánchez Guerrero, M. Manso Manrique, A. Torralba Arranz y A. Sáinz Rojo
Hospital Puerta de Hierro, Servicio de Farmacia.

Palabras clave: Análisis de error, Prescripción, Transcripción, Dispensación.

Introducción: Los sistemas de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (DMDU) han supuesto una mejora de la calidad en los hospitales pero se precisa una evaluación sistemática de todo el proceso para corregir sus fallos. En el Hospital Universitario Puerta de Hierro había reclamaciones e insatisfacción de los profesionales de enfermería sobre los errores en la dispensación, que fueron cuantificados en un 10%, en un estudio realizado sin planificar.

Objetivo: Detectar y cuantificar los procesos críticos de la dispensación de medicamentos en dosis unitaria (DMDU) que generan el mayor número de errores y en base a ellos implantar medidas de corrección que mejoren el rendimiento del sistema y la satisfacción de los usuarios.

Material y métodos: Se realizó con la participación del Servicio de Bioestadística una selección aleatoria para detectar entre un 4% y un 6% de errores, con una confianza del 95%, lo que suponía revisar 140 camas de las 451 camas existentes, durante 6 días consecutivos. Durante una semana se realizó un triple análisis sobre estas camas seleccionadas:

- **Análisis de los errores en la prescripción:** comprobando con la orden médica su correcta identificación y legibilidad.
- **Análisis de los errores en la transcripción:** analizando con la orden de tratamiento si se ha realizado correctamente la transcripción.
- **Análisis de los errores en la dispensación:** se revisaron los cajetines una vez validados por el sistema habitual identificando el tipo de error.

Resultados: El porcentaje total de error en prescripción fue 14,51%, del que un 2% se asocia a prescripciones difícilmente legibles y un 1,19% a prescripciones ilegibles. Un 3,93% se relaciona a prescripciones no validadas por el médico o no remitidas a farmacia. Un 0,6% se debió a un error en la identificación, todos ellos relacionados con prescripciones manuscritas. El porcentaje total de error en transcripción fue 5,83%. El mayor porcentaje (2,98%) se debió a errores en la transcripción de "notas a enfermería", un 1,54% se asocia con vías, dosis o frecuencias mal transcritas y solamente un 1,31% a fármacos no transcritos, no suspendidos o distintos del prescripto. El porcentaje total de error en la dispensación fue 5%, del que la mayor frecuencia (2,02%) se debe a la falta de un medicamento, especialmente debido a roturas de stock (1,43%), que se resuelve a lo largo del día. Un 0,6% se asocia con un error en la identificación del paciente en el cajetín de dispensación. Un 0,96% se relaciona con fármacos distintos al transcritto y un 0,83% con confusión en la dosis, forma farmacéutica o nº de unidades. El menor porcentaje (0,36%) se asocia a fármacos deteriorados (no se encontró ninguno caducado).

Conclusiones: El proceso que genera el mayor número de errores es la prescripción especialmente debido a problemas para entender la escritura de los médicos y los asociados a prescripciones sin validar. La informatización disminuye los errores en identificación del paciente y mejora la legibilidad de las prescripciones, mejorando la calidad en el proceso de transcripción. Los procesos realizados en el servicio de farmacia generan un porcentaje de errores menor a la prescripción, y los errores en la dispensación han mejorado sobre los datos iniciales, lo que hace suponer que la evaluación y el feedback de datos a los profesionales de farmacia ha contribuido a ello. La percepción tras estas evaluaciones en las unidades clínicas ha sido muy satisfactoria, y se ha decidido realizar un programa de calidad continuado sobre el procedimiento de DMDU.

C-037

LA EVOLUCIÓN NATURAL DE DARWIN Y LOS CICLOS DE MEJORA: ¡CUIDADO!

J.J. López-Picazo Ferrer, V. Rausell Rausell, E. Salas Martín, F. Sánchez Rodríguez, J.F. Sánchez Ruiz y J.A. Sanz Moreno
GAP Murcia.

Palabras clave: Calidad, Uso de Medicamentos, Atención Primaria.

Objetivo: Uno de los pilares de la mejora continua de la calidad son los ciclos de mejora: Detectamos y analizamos una oportunidad de mejora, construimos criterios para medir su calidad, intervenimos y reevaluamos para conocer la mejora conseguida. Si ésta existe, es frecuente interpretar que la intervención ha sido efectiva y que, por ello, puede ser reutilizada para abordar problemas similares. Pretendemos ilustrar aquí el error que puede producirse al asumir que mejora conseguida = intervención efectiva, a través de un ciclo de mejora de prescripción de medicamentos (CMPP) en médicos de familia (MF) de una Gerencia de Atención Primaria (GAP).

Metodología: Realizamos un CMPP (estudio de intervención no controlado: evaluación, 1998; reevaluación, 2000) con 5 criterios de calidad: % ahorro potencial (%AP), prescripción de genéricos (PPEFG) y eficiencia en la prescripción de Omeprazol (EFOM), Enalapril (EFEN) y Ranitidina (EFRA). La intervención principal fue la emisión mensual durante 2 años de un informe personalizado de prescripción (IPP), que analiza estos criterios e informa sobre qué hacer para mejorarlo. Mejoras contrastadas mediante la z de 1 cola. Por otra parte, comparamos estos resultados con los obtenidos simultáneamente por los MF de otras 2 GAP, que no han recibido el IPP (estudio de intervención cuasi-experimental), mediante la z de 2 colas.

Resultados: CMPP: 194 MF participantes. Mejoran significativamente 4 de los 5 criterios. Cumplimiento obtenido ($\% \pm IC95\%$) evaluación/reevaluación 00; %mejora/significación: %AP: $12,51 \pm 4,66/14,25 \pm 4,92$; 1,74%/n.s. PPEFG: $0,49 \pm 0,98/3,25 \pm 2,49$; 2,76%/p < 0,05. EFOM: $45,45 \pm 7,01/57,83 \pm 6,95$; 12,38%/p < 0,01. EFRA: $22,81 \pm 5,90/35,77 \pm 6,75$; 12,96%/p < 0,01. EFEN: $9,32 \pm 4,09/17,25 \pm 5,32$; 7,93%/p < 0,05.

ENSAYO CUASI-EXPERIMENTAL: 194 MF en grupo de intervención y 94 en grupo control. No apreciamos diferencias antes ni después de la intervención. Cumplimientos grupo control en reevaluación 00 ($\% \pm IC95\%$; significación de diferencias con grupo de intervención): %AP: $13,62 \pm 4,83$; n.s. PPEFG: $5,20 \pm 3,12$; n.s. EFOM: $54,54 \pm 7,01$; n.s. EFRA: $34,37 \pm 6,68$; n.s. EFEN: $16,53 \pm 5,23$; n.s.

Conclusiones: Los ciclos de mejora constituyen una herramienta imprescindible para la mejora continua. No obstante la utilidad de las intervenciones debe ser adecuadamente valorada mediante estudios controlados. Si no lo hacemos así corremos un alto riesgo de emplear nuestros recursos y esfuerzos en intervenciones que, realmente, no son capaces de producir mejoras más allá de lo esperable por evolución natural, como nos ha sucedido a nosotros.

C-039

C-038

URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿PRESCRIBIMOS ADECUADAMENTE?

J.J. López-Picazo Ferrer, F. Agulló Roca, M. Villaescusa Pedemonte, G. Sanz Mateo, J.M. Bernal Romero y C. López Asensio
GAP Murcia.

Palabras clave: Calidad, Prescripción de Medicamentos, Urgencias, Atención Primaria.

Objetivo: La prescripción ante situaciones de urgencia tiene alto riesgo de no seguir un uso racional. En ello influyen, además del uso clínico del fármaco y su adecuación al paciente, aspectos relacionados con la eficiencia. Este trabajo pretende estimar algunos aspectos relacionados con la calidad de estas prescripciones y conocer características ligadas a la calidad de prescripción en los médicos de familia que se enfrentan a situaciones de urgencia.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo transversal. Elaboramos tres indicadores de prescripción, evaluamos su cumplimiento y la influencia de factores asociados.

Emplazamiento: 15 servicios de atención urgente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, donde trabajan 74 médicos para atender a 659.190 habitantes.

Criterios: Se construyeron 3 criterios: Ajuste de las prescripciones al botiquín disponible (ABD), que cuenta con principios activos, presentaciones y dosis consensuados en la Comisión de Uso Racional de Medicamento; Indicación en Denominación Común Internacional (DCI) e Indicación de medicamentos bajo formato genérico (EFG). Se consensuó su contenido, explicitando las aclaraciones y excepciones necesarias.

Estimación del Cumplimiento y Análisis de Factores Asociados: Se estimó el cumplimiento de cada criterio mediante una muestra aleatoria de asistencias del año 2000 estratificada por servicio, analizándose las características organizativas y de actividad posiblemente ligadas a un distinto cumplimiento: tipo de centro (dotación y horario normal/especial), ubicación (capital, urbana, rural), población atendida y presión asistencial (en centro y domicilio), usando la regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 219 asistencias. El cumplimiento obtenido e intervalo de confianza al 95% fue: ABD, $67,1 \pm 6,2\%$; DCI, $19,8 \pm 5,9\%$; y EFG, $34,7 \pm 10,8\%$.

El tipo de centro influyó en ABD: los centros de dotación normal presentan mejor cumplimiento que los centros de dotación especial (OR = 9,60; CI95% = 2,2-41,1, p < 0,01). No se han encontrado otras influencias significativas.

Conclusiones: La calidad de prescripción ante situaciones urgentes, medida a través de estos criterios, es en general baja. Los centros de dotación especial tienen más riesgo de usar medicación no incluida en el botiquín disponible, quizás por el diferente tipo de patología que atienden.

Es necesario poner en marcha dinámicas de mejora dirigidas a la prescripción de medicamentos ante situaciones urgentes.

C-040

COSTES DE NO CALIDAD EN PRESCRIPCIÓN DE OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO

J.M. Carrascosa Bernáldez, F. Sánchez López, J. Martín Santaella y F. Espínola Arias
Hospital Comarcal de Melilla Director Médico.

C-041

Palabra clave: Calidad, costes, oxigenoterapia domiciliaria.

Objetivo: La Dirección Médica del Hospital propone a los Servicios de Admisión y Neumología la revisión de todos los enfermos que tienen indicada oxigenoterapia a domicilio, con el fin de: 1) Determinar las causas de la incorrecta prescripción (no conformidad con la Circular 0/400 de INSALUD). 2) Valorar los Costes de no calidad, derivados de lo anterior. 3) Implantar acciones de mejora.

Metodología: Estudio retrospectivo de Historias Clínicas de enfermos sometidos a oxigenoterapia a domicilio hasta Diciembre de 2001. Revisión de enfermos sometidos a oxigenoterapia a domicilio. Análisis de la situación y causas de incumplimiento. Proponer e implantar acciones correctoras. Evaluación del proceso de prescripción de oxigenoterapia tras medidas correctoras. Contabilizar los costes de no calidad.

Resultados: De los 96 enfermos sometidos a oxigenoterapia a domicilio, 56 de ellos (58,3%) no habían sido revisados. Tras la cita en consulta de Neumología de los enfermos no revisados o no controlados, para ser revisados de nuevo, se obtienen los siguientes datos: 1) Al 71,4% se le renueva la prescripción. Al 8,9% se le retira la prescripción. El 5,3% quedan pendientes de pruebas complementarias para indicar la prescripción. El 1,7% ha sido exitus durante el año 2001. El 12,5% no es posible ser revisado por no acudir a la cita. 2) De los 39 enfermos a los que se les renueva la prescripción, 28 (71,8%) corresponden al diagnóstico de SAOS, siendo el resto enfermos de neumopatías degenerativas, Fibrosis quística, Insuficiencia cardiaca y Epoc. 3) La incorrecta prescripción de oxigenoterapia a domicilio se da con mayor frecuencia en aquellos enfermos a los que no se les prescribe por parte del S^o de Neumología; y se implanta la medida de que todas las prescripciones de oxigenoterapia sean validadas por Neumología. 4) A fecha de Abril de 2002 los costes de no calidad se evalúan en 13.497,7 Euros.

Conclusiones: La implantación de acciones correctoras tras la revisión y análisis del proceso, además de ser un avance en cuanto a la mejora continua y gestión del mismo, supone una disminución de gastos en el proceso, al eliminar costes de no calidad.

MESA 8**Detección de aspectos de no-calidad en atención sanitaria**

Sala Florencia 2
Miércoles 9, 18:30-20:00

PROPUESTA DE MEJORA TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL
J. Rebull Fatsini, A. Guzman Cesar, M.F. Domenech Spanedda, M.O. Perez Moreno, C. Gombau Monteso y J. Luna Jarque**C-042**

Palabra clave: Programa de vigilancia, infección nosocomial, garantía de calidad.

Objetos: El Institut Català de la Salut (ICS) en 1999 definió un modelo y unos criterios de vigilancia de infección nosocomial en sus hospitales (VINICS). Nuestro objetivo es describir los resultados de dos años de funcionamiento del programa y las propuestas de mejora derivadas de dicha actividad.

Metodología: Sistema vigilancia prospectiva por objetivos. Período de observación desde enero 2000 hasta septiembre 2001. Fuente información: historia clínica, observación directa, y servicio de microbiología.

Indicadores vigilancia: infección nosocomial global; infección prótesis de cadera y rodilla -incidencia acumulada (IA); infección de cirugía electiva de colon (IA); bacteriemia primaria (IA) y de nutrición parenteral - densidad de incidencia (DI) asociado a catéter venoso central (CVC) fuera de la UCI; infección de catéter vascular en UCI (DI); neumonía en enfermos ventilados en UCI (DI); % sonda urinaria de circuito cerrado; % de enfermos con antibióticos; % MARSA en cultivos con Estafilococos.

Resultados: Puntos fuertes: - Prevalencia infección nosocomial global 7,32% (año 2000), 4,19% (año 2001) (estándares (sta).7-9%); - incidencia de infección prótesis de cadera y rodilla 0% en 2000; - bacteriemia en pacientes con nutrición parenteral DI 1,7%, DI 1,893% (sta 2%); - neumonía en enfermos ventilados UCI DI 5,6%, DI 9,05%; (sta 20%); - infección de catéter vascular en UCI DI 3,52%, DI 0,9% (sta 4%); - Enfermos con antibióticos 30,49%, 24,55%; (sta 30%). - Bacteriemia asociada a CVC 2,8%, (sta 5%).

Puntos débiles: - incidencia de infección cirugía electiva de colon 29% año 2000 25% año 2001 (sta < 17%); - utilización sonda urinaria de circuito cerrado 96,4 %, 80% (sta > 80%); cultivo de MARSA 4,65%, 15,8 % (sta < 15%).

Conclusiones: La implantación programa ha servido para: 1) Detectar un alto porcentaje de infección nosocomial en cirugía electiva de colon. 2) Un incremento en los gérmenes resistentes MARSA en el último año 3) Detectar una menor implantación del circuito cerrado de sonda urinaria.

Propuestas de mejora:

Para el punto 1- Creación de un grupo de mejora con el objetivo de revisar los protocolos de limpieza de colon, preparación de la piel, profilaxis de antibióticos, cuidados de herida quirúrgica.

Para el punto 2- Creación programa informático con registro de los portadores de MARSA para su detección al reingreso.

Para el punto 3- Propuesta de reducción del sondaje urinario con circuitos abiertos en el Servicio de Urología.

ADECUACIÓN DE CITOLOGÍAS SOLICITADAS AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIDO DEL ÁREA 9

S. Soto Villanueva, T. Sanz Cuesta, A. López García-Franco, M.L. Illescas Sánchez, J. Rodríguez Escobar y C. Moreno Gomila
Instituto Madrileño de la Salud.

C-043**Palabra clave:** Adecuación; citología; protocolo.

Objetivos: Evaluar la adecuación de las citologías realizadas en los EAP del Área 9 de Madrid al protocolo de prevención de cáncer de cervix. Valorar diferencias en la adecuación según el profesional que indica la citología. Conocer el porcentaje de registro de factores de riesgo y citologías previas en H^a Clínica.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de las citologías realizadas en los Centros de Salud del Área 9 de Madrid. Se calculó el tamaño muestral para un nivel de confianza del 95%, un error máximo de precisión del 5% y una proporción a estimar del 57%. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de forma proporcional por EAP. La recogida de datos se realizó durante los meses de mayo y junio de 2001. Las fuentes de datos fueron: H^a Clínica y entrevista con la mujer.

Resultados: De los 314 casos estudiados la solicitud de la citología fue adecuada en 188 casos (59,9%) (IC95%: 54,2%-65,3%). El porcentaje de adecuación entre los profesionales de AP fue de 61,1% y en ginecólogos de 40%, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. El porcentaje de registro en H^a Clínica de: factores de riesgo fue de 45,5% (IC95%: 11,7%-76,6%); fecha de penúltima citología de 34,5% (IC95%: 28,6%-40,8%); y fecha y resultado de última citología de 57,3% (IC95%: 51,2%-63,2%), estos últimos por debajo de los estándares prefijados (70%).

Conclusiones: Tanto la adecuación de indicación de citologías como el porcentaje de registro en H^a Clínica de citologías previas están por debajo de los estándares prefijados. Sería necesario diseñar un programa de mejora para todos los EAP del Área 9 de Madrid que promueva la difusión y adherencia al protocolo de prevención de cáncer de cérvix entre los profesionales implicados y aumente el registro en H^a Clínica.

DOLOR POSTOPERATORIO MAL CONTROLADO: CAUSA DE SUFRIMIENTO INNECESARIO

A. Martín Ortiz, D. de la Riva Mier, M. Sanz Toledo, V. Urraca García, V. García Sainz y M.J. Azpiazu Mantecón
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

C-044

Palabra clave: Dolor postoperatorio, sufrimiento innecesario, cuidados de enfermería, tratamiento del dolor, analgesia postquirúrgica

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia del dolor postoperatorio 2) Factores que influyen en su aparición.

Metodología: Se diseñó un estudio observacional transversal sobre: pacientes intervenidos quirúrgicamente en los servicios de Traumatología, Ginecología, Cirugía General y Urología. Tras un muestreo aleatorio sistemático se encuestaron 252 pacientes de enero a mayo de 2002 hallando una media de edad de 59,6 años con ligero predominio femenino; se excluyeron pacientes con discapacidad intelectual y sensorial, menores de 14 años, ingresados más de 24 h en Unidad de cuidados intensivos o con menos de 24 h de hospitalización. Análisis estadístico: Para la comparación de proporciones se ha utilizado la prueba ji-cuadrado, para la comparación de dos medias la t de student y de tres o más ANOVA.

Resultados: La prevalencia del dolor postoperatorio evaluada con la pregunta ¿Cree usted que ha pasado sufrimiento innecesario? fue del 21%, y esto se asocia con el soportar habitualmente peor el dolor en un 39% ($p = 0,03$); el 43% dice que los calmantes no han sido suficientes y el 55% que no han sido efectivos. La valoración del dolor arroja cifras más elevadas en los pacientes que refieren haber sufrido innecesariamente, ($p = 0,000006$) y la causa de este sufrimiento es en un 15% porque la enfermera tarda en administrar los calmantes o el médico prescribe pocos. Hay diferencias significativas entre la valoración del dolor con escala analógica y el tipo de patología intervenida ($p = 0,0003$) de manera que se observaron mayores valoraciones del dolor en el servicio de Traumatología (media = 5,6 DE = 0,25) y menores en Urología (media = 3,9 DE = 0,45).

Conclusiones: 1) Los pacientes intervenidos quirúrgicamente y hospitalizados sufren innecesariamente dolor en el postoperatorio. 2) La actuación de los profesionales sanitarios frente al dolor es claramente insuficiente. 3) Se pone de manifiesto la necesidad de revisar los protocolos rígidos de analgesia y adaptarlos a las necesidades individuales de cada paciente.

SUCESOS ADVERSOS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA: CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

C. Caamaño Vaz, J. Ruiz Castón, A. Sainz Rojo, M. Alonso Durán, J.R. Martínez Alonso y P. Matarranz Cereceda
Hospital Puerta de Hierro.

C-045

Palabras clave: Sucesos adversos. Caídas de pacientes. Bases de datos de enfermería. **Introducción:** El Plan de Calidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro tiene entre sus objetivos reducir los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, entre los que se incluyen las caídas de los pacientes hospitalizados, efecto iatrogénico del proceso asistencial. Sus consecuencias pueden ser graves, produciendo lesiones, complicaciones y disminuyendo la calidad de vida. La implantación del sistema de notificación y su registro, facilita los datos para determinar las causas y las medidas preventivas y así, reducir las caídas. Las ventajas de la automatización de este registro son evidentes para el control y uso estadístico de la información correspondiente.

Objetivos: Elaborar un registro informático de notificación caídas que permita describir el perfil de los pacientes con riesgo, identificar los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, cuantificar el número de pacientes afectados, analizar las consecuencias y el grado de severidad y mantener un control. Identificar acciones de mejora para prevenirlas. Conocer la difusión de este programa entre el personal de enfermería.

Metodología: Formación de un Grupo de Trabajo multidisciplinar que incluye enfermeras, auxiliares y celadores de las unidades, implicados en la atención al paciente. Diseño de una hoja de recogida de datos con factores intrínsecos y extrínsecos implicados en el riesgo de sufrir caídas. Normativa de cumplimentación del registro. Dos audits en noviembre de 2001 y abril de 2002, con tres criterios cuya información se obtiene con entrevista dirigida a los profesionales de enfermería. Desarrollo de un programa en base de datos ACCESS. El formato de entrada de datos es claro y las variables están perfectamente identificadas para su tratamiento estadístico posterior. Incluye formulario resumen y puede ser procesado con el programa SPSS.

Resultados: El sistema de notificación se implantó en tres unidades piloto durante siete meses. Fueron notificadas 22 caídas: 36% por causas ambientales, 18% saltan las barras de la cama, 9% relacionado con el estado de salud. El mayor porcentaje de caídas se produjo en diciembre y julio, mayoritariamente por la noche y a primera hora de la mañana. El grado de severidad ha sido: 13 sin consecuencias, 7 lesiones leves, 2 lesiones graves. En enero se hizo extensiva al resto de las unidades. En los primeros cinco meses se han registrado 17 caídas notificadas, 3 de ellas debidas a causas ambientales, 1 por falta de barras, 9 por posibles efectos de la medicación, y 4 por otras causas. El grado de severidad ha sido: 10 sin consecuencias, 5 lesiones leves y 2 lesiones graves. Los resultados se difunden en las reuniones periódicas con las supervisoras de las unidades y las causas estructurales detectadas se han llevado a la Comisión de Confort del Hospital, que entre otras ha decidido mejorar las condiciones de seguridad de los baños.

Conclusiones: La implantación de un sistema de notificación de caídas ha permitido conocer con datos objetivos la magnitud de este problema en el hospital y poder tomar algunas decisiones basadas en ellos. Somos conscientes de que el sistema de notificación, aunque voluntario y anónimo, aún no es capaz de detectar la totalidad de las caídas por lo que se sigue trabajando para difundirlo entre todos los profesionales. Esto parece desprenderse de los datos de la segunda fase, en los que la notificación ha sido menor que en la fase piloto.

IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS INADECUADAS

G. Carrasco Gómez, R. Cid Pañella, C. Puig Rosell, C. Vila Cerén, M. García del Estal y J. Martí Águila
Hospital de Barcelona, Comisión de Calidad.

C-046

Palabras clave: Ingresos urgentes, AEP, Costes de la no calidad.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de prevención de estancias inadecuadas para disminuir sus consecuencias clínicas y económicas (costes de la no calidad).

Métodos: Diseño: prospectivo y comparativo con aleatorización de los períodos a comparar y técnica de casos y controles (matching). Asignación aleatoria: septiembre de 1999 (basal, antes de la plena implantación del programa) y diciembre de 2000 (postprograma). Variables: A cada caso se le asignó un control ajustado a GRD primario, edad, sexo, comorbilidad (Charlson Index comorbidity score) y requerimientos de tratamiento (Van Ruiswyk). Cálculo de los costes por el método caso a caso (estancias, fármacos, exploraciones, honorarios profesionales...). Coste de la estancia inadecuada como el coste incremental. Tamaño de la muestra: Nomograma de cálculo de Altman. Análisis estadístico: Test de la chi², estadístico Wilcoxon o comparación de Kruskal-Wallis para distribuciones no normales. Nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Las variables de actividad hospitalaria (ingresos, altas, estancias) así como el case-mix según el peso relativo de GRD (0,8673 versus 0,8875) y las características demográficas y de comorbilidad de los pacientes fueron comparables durante los dos períodos estudiados. Tras la plena implantación del programa se observó una reducción de las prevalencias de pacientes con estancia inadecuada del 8,7% (41/443) hasta el 6,3% (30/479) ($p = 0,042$) con reducción paralela del total de estancias inadecuadas del 3,5% (53/1.513) hasta el 1,9% (31/1.580). Coste por estancia inadecuada similar en ambos períodos (403 ± 201 euros versus 398 ± 186 euros; pre y postprograma respectivamente; $p = 0,11$) pero con un ahorro por el programa debido a la disminución del número de estancias inadecuadas de 4.530 euros (ahorro anual de 1.653.450 euros constantes). El coste del programa de prevención (costes de la calidad) fue de 3.352 euros, por lo que el ahorro neto anual de 1.650.038 euros.

Conclusiones: La reducción de estancias inadecuadas no implicó mejoras clínicas pero redujo su tasa de prevalencia en un 25% comportando un ahorro neto anual de más de un millón seiscientos mil euros (en costes de la no calidad).

Fuente de financiación y conflicto de intereses: (si los hubiese): Ninguno.

COSTES DE LA NO CALIDAD DE LAS ESTANCIAS INADECUADAS TRAS INGRESOS HOSPITALARIOS URGENTES

G. Carrasco Gómez, R. Cid Pañella, C. Puig Rosell, C. Vila Cerén, M. García del Estal y J. Martí Águila
Hospital de Barcelona, Comisión de Calidad.

C-047

Palabras clave: Ingresos urgentes, AEP, Costes de la no calidad.

Objetivos: Comparar el impacto clínico y económico, en términos de costes reales, de las estancias inadecuadas tras ingreso urgente respecto a ingresos programados en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Diseño: prospectivo y comparativo con técnica de casos y controles (matching). Aleatorización de los casos: siete cortes de prevalencia del año 2000 y 2001. Intervenciones: ninguna. Variable principal de valoración: coste de las estancias inadecuadas (Appropriateness Evaluation Protocol; AEP-Gertm y Restuccia). Ajuste: a GRD primario, edad, sexo, comorbilidad (Charlson Index comorbidity score) y requerimientos de tratamiento (Van Ruiswyk). Criterios de evaluación clínica y cálculo de costes: Cálculo de los costes: caso a caso (estancias, fármacos, exploraciones, honorarios profesionales...). Coste de la estancia inadecuada como el coste incremental (American Society for Quality Control). Tamaño de la muestra: Nomograma de cálculo de Altman. Análisis estadístico: Test de la chi2, estadístico Wilcoxon o la comparación de Kruskal-Wallis para distribuciones no normales. Nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Las características demográficas y de comorbilidad de los pacientes fueron comparables entre los grupos de ingresos programados ($n = 862$) y urgentes ($n = 735$) ($p = 0,12$). Los pacientes programados generaron un número de estancias comparables a los urgentes (1.293 versus 1.176; $p = 0,22$). Contrariamente, los urgentes ocasionaron el doble de estancias inadecuadas que los urgentes (119 [10,1%] versus 65 [5,0%]; respectivamente; $p = 0,002$). La evolución clínica fue similar no detectándose complicaciones relacionables con las estancias inadecuadas. El coste medio por estancia inadecuada fue también similar en los programados respecto a los urgentes (379 ± 65 versus 354 ± 76 euros constantes; respectivamente; $p = 0,19$) mientras que el coste total fue superior en los urgentes que en los programados (42.126 versus 24.635 euros constantes; respectivamente). El coste anual de todas las estancias inadecuadas fue de 3.321.440 euros (9% del presupuesto hospitalario).

Conclusiones: En las condiciones del estudio las estancias inadecuadas no comportan perjuicios clínicos para los pacientes pero generan el doble de coste adicional, en costes de oportunidad, en los pacientes urgentes que en los programados representando en su conjunto el 9% del presupuesto hospitalario.

IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO INFORMÁTICO CON PACIENTES DE RIESGO DE UPP EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

C. Caamaño Vaz, M.J. Rodríguez Figueroa, J.F. Jurado Feo, J.R. Martínez Alonso, M. Alonso Durán y A. Saínz Rojo
Hospital Puerta de Hierro.

C-048

Palabras clave: Prevención UPP, Cuidados enfermeros, Base de Datos.

Introducción: Las úlceras por presión son un problema muy importante que repercute gravemente en el estado de los pacientes y afecta ostensiblemente a la economía de los hospitales. Según la Asociación Europea de Heridas Crónicas el 8,4% de los pacientes ingresados en hospitales y geriátricos presentan algún tipo de U.P.P. Se sabe que con una prevención adecuada se puede evitar en un 90% de los pacientes, por ello siendo un problema antiguo no pierde actualidad, considerándose el índice de Úlceras por Presión un indicador de la calidad de los cuidados enfermeros. En nuestro hospital, las U.P.P están monitorizadas en todas las unidades de enfermería.

Objetivo: Detectar el paciente de riesgo con el fin de aplicar las medidas preventivas establecidas en el Plan de Cuidados de Enfermería. Valorar la aplicación de los Protocolos de Cuidados siguiendo la evolución de los pacientes con UPP. Crear un registro informático constituido por la información correspondiente a todos los pacientes ingresados con úlceras o considerados con riesgo y los que siendo "a priori" considerados sin riesgo desarrollan úlceras en su estancia.

Metodología: Valoración riesgo de UPP a todos los pacientes que ingresan en el hospital. La Escala de Norton está incluida en el Patrón Nutrición/Metabolismo en la Valoración al Ingreso. Se abre el registro de Prevención y seguimiento de UPP a todos los pacientes que ingresan con una UPP o tienen una puntuación de Norton menor o igual a 14. El registro recoge datos de identificación, fecha de ingreso, puntuación en la Escala de Norton, si está en prevención, si ingresó con UPP, si desarrolla UPP en el hospital, localización y grado, evolución y apartado para el alta. La valoración del riesgo se realiza una vez a la semana y siempre que cambie la situación del paciente. Los registros se envían todos los meses a la Unidad de Calidad. Elaboración de una base de datos en ACCESS de Microsoft Office que recoge los datos del registro individual de cada paciente con un formulario resumen sobre la población total y sobre los pacientes que han desarrollado UPP en su estancia. Explotación estadística mensual sobre la base de datos con el programa SPSS y difusión de los resultados al personal interesado.

Resultados: Elaboración de la base de datos y puesta en marcha desde el 1 de septiembre de 2002. A fecha de mayo se han registrado 590 pacientes (584 con riesgo y 6 sin riesgo que desarrollaron úlcera). De los 584 pacientes con riesgo, ingresaron con úlcera (151-25,86%), entraron sin úlceras y las produjeron en el hospital (69-11,81%) y no desarrollaron úlcera (364-62,32%). Sólo 3 de los 151 que ingresaron con úlcera produjeron nuevas úlceras. Por otra parte se tienen contabilizadas 409 úlceras de las cuales 291 son extrahospitalaria y 118 producidas en el hospital. La mayor parte de las producidas en el hospital son de grado I (50,8%) que se resuelven en el 50% de los casos. Existen diferencias significativas entre las úlceras extrahospitalaria y las producidas en el hospital en grado (II o IV: 46,4% - 19,5%) y mejor evolución (Mejoría o curación: 27,2% - 39%). Los 281 pacientes de riesgo que ingresaron en el hospital en los 3 primeros meses de este registro desarrollaron úlceras 35 (12,45%). Los 303 pacientes que ingresaron en los otros tres meses desarrollaron úlceras 34 (11,22%).

Conclusiones: En una auditoría realizada en el hospital se detectó que no se registraban el 37,3% de los pacientes de riesgo, por lo que las tasas que se muestran en esta comunicación están sobrevaloradas. Los pacientes que desarrollan úlcera intrahospitalaria es en grado leve y se resuelven relativamente bien. No ha habido cambios entre el primer y segundo trimestre. El conocimiento y la difusión periódica de estos resultados puede ser útil para detectar más rápidamente problemas en el hospital.

DETECCIÓN DE ERRORES EN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL MOTIVO DE LAS LLAMADAS AL SUMMA-061

L. Trujillo Rodríguez, C. Arranz Rementería, C. Buey Mayoral, P. Carrasco Garijo, A. Pérez Hernando y M. Garrido Martín

C-049

Palabra clave: Sistema de Clasificación. Errores en la atención sanitaria. Mortalidad. Urgencia extrahospitalaria.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de mortalidad con seguimiento para analizar eficacia y detección de errores en el Sistema de Clasificación [SC] inicial de demandas codificadas como Consulta de Urgencia [CU]. El SC permite al teleoperador valorar inicialmente la gravedad como: atención inmediata con riesgo vital (Emergencia [E]), atención mediata (Urgencia[U]) y diferible al equipo de atención primaria [EAP] (Derivación [DC]). Dado cierto volumen de llamadas, puede producirse un descalaje en el tiempo llamada atención del médico regulador en los casos de U y DR, que superen estándares recomendables en la atención global al paciente y dificulte una precoz corrección de errores.

Metodología: De la base de datos de demanda asistencial al SUMMA-061 en los años 2000 y 2001, se analizan las CU en las que, tras valoración médica el recurso sanitario enviado encontró fallecido al paciente.

Se calculan tasa de mortalidad [TMC], prevalencia en CU [P] y tasa de mortalidad bruta por código [TMBC], con su error estándar e intervalo de confianza del 95% [EE, IC95%] en valores de defunciones por mil llamadas.

Resultados: Del total de 37 códigos con defunciones se extraen tres de poca precisión clasificadora; se presentan para cada uno los valores en el 2000 y 2001. Proporción de CU: 70,2 (TMC 4,3); 77,1 (TMC 3,4).

1-Otra dificultad respiratoria	P: 19,2; TMBC: 11,2 (1,08, 9,1-13,3)
	P: 19,6; TMBC: 8,0 (0,87, 6,3-9,7)
2-Enfermedad sin codificación específica	P: 13,2, TMBC 6,0 (0,53, 4,9-7,0)
	P: 38,6; TMBC 2,3(0,33, 1,6-2,9)
3-Consulta Médica	P: 118,9; TMBC: 0,9 (0,12,0,6-1,1)
	P: 137,2; TMBC: 0,7 (0,09,0,4-0,8)

Conclusiones: 1) En esta primera aproximación detectamos la necesidad de estandarizar las tasas por edad y sexo de todos los códigos de CU para poder comparar. 2) La existencia de códigos inespecíficos o de amplio espectro, no permite valorar correctamente la llamada. 3) La mejora continua de la Calidad Asistencial exige la elaboración de cuestionarios más específicos para despistar situaciones de riesgo vital.

CALIDAD DERIVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL: PROPUESTAS DE MEJORA

P. Pascual Pascual, R. Molinero Pinilla, S. de la Red Arroyo, M. Artieda Lanas, C. García Erviti y S. Miranda Olcoz
Centro de Salud Rochapea.

Objetivo: Analizar la calidad de los volantes de derivación desde Atención Primaria (AP) a Salud Mental (SM) y detectar áreas de mejora.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de las derivaciones nuevas durante los meses de marzo-abril 2002, desde 6 centros de AP a su centro de Salud Mental de referencia.

Resultados: El número total de derivaciones es de 160. La edad media de los pacientes es de 39,7 años. Un 12,8% no acuden a la primera cita. En el 15,8% de los volantes no constan los datos de filiación. Un 16,1% ilegibles. Un 20,8% son preferentes. En el 34,4 % de los volantes consta a petición propia. La repercusión funcional constaba en el 19,6%. Iniciado el tratamiento en AP antes de la derivación en el 29,7%. En el 22,6% no consta motivo de consulta. En el 35,7% no existe un diagnóstico sindrómico psiquiátrico, cuando existe el 45% es ansiedad, el 23% depresión y el 15% alcohol. En el 62% no consta un diagnóstico clínico aceptado en las clasificaciones actuales, cuando consta los diagnósticos más frecuentes son: trastornos mixtos ansiosos-depresivos, adaptativos, depresivos, debidos al alcohol y fobias. Sólo en el 20,8% de los derivados con depresión constaba haber preguntado por ideación autolítica. La calificación global de los volantes siguiendo los criterios de Irazábal la podemos considerar como mala en el 50%, aceptable en el 17,8% y buena en el 32,2%.

Conclusiones: Existe una evidente necesidad de mejorar la calidad de las derivaciones. Áreas de mejora: Constancia en los volantes de la valoración de la repercusión funcional, la mejoría del diagnóstico sindrómico y/o clínico y la interrogación sobre ideación autolítica sobre todo en pacientes depresivos y con problemas relacionados con el alcohol. Existen unas peculiaridades en las derivaciones a SM: un alto número de volantes preferentes, la edad media baja de los pacientes, las frecuentes faltas a las primeras consultas, el alto número de derivaciones a petición propia y el escaso inicio del tratamiento en AP. Los diagnósticos predominantes en la patología derivada son: la ansiedad, los trastornos adaptativos, los depresivos y los problemas de alcohol.

MESA 9

Sistemas de información como herramientas de mejora de la comunicación

Sala Ulzama
Miércoles 9, 18:30-20:00

OMISIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN INFORME DE ALTA. REPERCUSIÓN DE LA NO DECLARACIÓN “ÚLCERA POR PRESIÓN”

P. Busturia Gimeno, R.A. Fernández Pérez, E. Granadero Piris, I. Bengoa Alonso, M.J. Asturias Ortega y J.A. San Sebastián Domínguez

Palabras clave: Información Clínica, Informe de Alta, Úlcera por Presión, GRD, Costes, Calidad.

Objetivo: Conocer la repercusión en términos clínicos y de costes de la omisión en el Informe de Alta del diagnóstico Úlcera por Presión en el caso de que el paciente la presentara al ingreso o la hubiera desarrollado posteriormente.

Metodología: Utilizando como fuentes de información: base de datos/fichero de pacientes del centro; Registro de Úlceras por Presión; Historias Clínicas de los Pacientes que presentaron esa patología y los programas GRD(r), EXPLOGRD(r), FINDER(r), hemos revisado 227 Historias Clínicas (34,23% de las Úlceras por Presión codificadas en los años 1998 a 2001) detectando la presencia o no del diagnóstico Úlcera por Presión en el Informe de Alta. Estudio de los GRD y pesos analizando la variación de los mismos en el caso de que no estuviera declarada la Úlcera por Presión en la Historia Clínica y comparación con lo declarado en el Registro específico de Úlceras por Presión. Análisis estadísticos: Mediana, Test de Kruskal - Wallis, Rango Intercuartilico.

Período de tiempo analizado 4 años (1998 -2001).

Resultados: Úlceras por Presión constatadas en el Registro específico del Centro en el período de estudio: 1.167 habiendo sido codificadas 663 (56,8%). De las 227 (34,23%) historias clínicas revisadas, el diagnóstico Úlcera por Presión estaba omitido en 26 (11,45%). Peso: mediana 2,19 (1,7708-22,8232) estando presente en 201 (88,54%). Peso: mediana 3,36 (0,9527-22,8232) Los GRDs variaron en 16 episodios lo que se tradujo en una pérdida de 46,4271 pesos (94.247,347 Euros). Test de Kruskal-Wallis estadísticamente significativo. P = 0,0199. Rango intercuartilico 1,11.

Conclusiones: 1) Informar al Facultativo asistencial de la repercusión derivada de la omisión de Información Clínica del Paciente en el Informe de Alta tanto desde el punto de vista de Calidad del Fichero de Pacientes que han atendido como su repercusión en los costes derivados de la patología. 2) Recomendar al personal codificador la revisión de los documentos del episodio que puedan aportar información, además del Informe de Alta. 3) Formar a los Médicos Residentes en herramientas de gestión, pudiéndose contemplar la obligatoriedad de su rotación en las Unidades de Gestión Sanitaria o, en su defecto, en los Servicios de Documentación Clínica.

C-050

CIRCUITO DE RECETAS CRÓNICAS INFORMATIZADAS: PROBLEMAS DETECTADOS, SOLUCIONES IMPLANTADAS

M.J. Sanchez Ibañez, M. Massp Pedragosa, M.J. Fernández Martínez, R.M. Yrla Figuras, M.J. López Córdoba y O. Faura Madueño

C-052

Palabras clave: Informatización, Prescripción, Mejora.

Resumen: Nuestro centro trabaja con Historia Clínica informatizada desde 1999. Este hecho permitió crear una serie de circuitos informáticos para mejorar la accesibilidad (disminuir listas de espera) y agilizar ciertos trámites. Uno de los circuitos informáticos creados fue el de dispensación de recetas de tratamientos crónicos. Este circuito está en funcionamiento desde mediados de 1999.

Objetivo: Detección problemas del circuito y propuesta posibles soluciones.

Metodología: Creación de un grupo de mejora formado por administrativos y personal médico para poder detectar problemas en todas las áreas del circuito. Para la detección de problemas se utilizó la técnica de lluvia de ideas entre todos los profesionales del centro y revisión del registro de incidencias del centro.

Resultados: Los problemas detectados fueron: duplicidad de recetas, no cumplimiento de las fechas de recogida, mala cumplimentación por parte de los médicos de la posología, problemas en la dosificación de ciertos fármacos, en las fechas de renovación de la prescripción, en la introducción de nuevos fármacos en el circuito para un mismo usuario. No comunicación por parte del usuario de cambios de medicación. Problemas con las fórmulas magistrales. Los problemas importantes eran debidos al mal uso y falta de conocimiento del programa informático por parte de los facultativos para realizar las prescripciones, por ello se decidió realizar una actividad de carácter formativo para los profesionales sanitarios que ayudara a mejorar este aspecto. Se crea una guía para la correcta prescripción informática y uso del circuito que se introduce en la Webb del centro para su fácil consulta. Se excluyen fórmulas magistrales del circuito. Se propone que las revisiones de fechas de renovación se hagan aprovechando las visitas de los pacientes a las consultas. Estas medidas se aplicaron y fueron evaluados sus resultados a los seis meses.

Conclusiones: El mayor conocimiento de la forma de prescribir ha provocado una disminución importante en el número de incidencias debidas a este motivo. La renovación del tratamiento en las consultas hace que el número de visitas administrativas para este tema haya disminuido, ayudando a mejorar la lista de espera. Al no incluir fórmulas magistrales evitamos los problemas de tipo informático que éstas provocaban.

NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TÉCNICAS CARDIOLÓGICAS DE RIESGO

I. Calvo Cebollero, F. Fernández Vázquez, J.G. Galache Osuna, J.A. Diarte de Miguel, C. Santolaria Aisa y L.J. Placer Peralta

C-054

Palabra clave: Consentimiento Informado, Catererismo Cardíaco, Angioplastia Coronaria, Nuevas.

Objetivo: Mejorar la información del paciente antes de la toma de decisiones, en procedimientos cardiovasculares percutáneos diagnósticos y terapéuticos de riesgo.

Metodología: Elaboración de una sección informativa interactiva, en la página web de la Sección de Hemodinámica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), utilizando como eje de la página el documento de consentimiento informado escrito propuesto por la SEC, adaptado por la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Resultados: La sección "Rincón del paciente" incluida en www.hemodinamica.com incluye tres bloques informativos: El corazón con una animación explicativa de la anatomía y fisiología cardíaca. El cateterismo diagnóstico que utiliza el mismo texto del consentimiento informado escrito que el paciente recibe en el hospital, como opciones para acceder mediante vínculos a imágenes, videos y animaciones que responden a cuatro preguntas: ¿Qué es?. ¿Para qué sirve?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué riesgos tiene?, además de otras opciones interactivas que completan opcionalmente la información anterior, entre las que se encuentran el vínculo al documento completo sobre el consentimiento informado en cardiología publicado en Rev Esp Cardiol 1998; 51: 782-796. La angioplastia coronaria que siguiendo el mismo esquema interactivo mediante imágenes, videos y animaciones responde a las preguntas: ¿Qué es?. ¿Para qué sirve?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué riesgos tiene?. ¿Qué resultados tiene?. El usuario puede acceder además a casos clínicos reales de actuaciones terapéuticas en distintos contextos clínicos y anatómicos.

Conclusiones: La cada vez más amplia utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación para el acceso a la información sanitaria, permite que estas pueden servir de apoyo al proceso verbal de consentimiento, facilitando la transmisión de una información lo más completa posible, veraz y comprensible para el paciente que le capacite para participar, voluntaria y activamente, en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA (HCI) EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (HVC)

M. Iraburu Elizondo, A. Muruzabal Martínez, E. Manso Montes, R. Beriain Burgui, J. Martínez de Estíbariz Ochagavia y F. Escolar Castellón
Hospital Virgen del Camino, Medicina Preventiva.

C-055

Palabra clave: Historia Clínica Informatizada.

Objetivo: Describir la implantación de la HCI en el HVC desde enero de 2001 hasta la actualidad.

Método: La implantación precisó: 1. Mejorar la infraestructura informática. 2. Formar a los nuevos usuarios. 3. Asesorar a cada Servicio sobre cómo incorporar la HCI a su actividad diaria. 4. Realizar fichas comunes y específicas de Servicio con protocolos. 5. Constante mejora del programa: volante electrónico, prescripción automatizada, documentos e imágenes. 6. Garantizar la explotación de datos.

Cronología: 1. Informatización de los informes de alta en los puestos administrativos. Objetivo muy eficiente: con poco esfuerzo introduce información muy relevante en la HCI. 2. Informatización de pruebas complementarias (PC) que facilita el trabajo de los profesionales. 3. Implantar la HCI como herramienta de trabajo cotidiano de los profesionales. 4. Mantener un alto nivel de interacción con los usuarios para reciclar sus conocimientos, atender sus sugerencias y hacer frente a nuevas necesidades.

Resultados: 1) En la actualidad el 88% de los informes de alta del hospital general están informatizados. 2) El 100% de las PC informatizadas se informan en HCI: radiología, ecografía ginecológica, broncoscopias, PC cardiológicas, urológicas, coloproctológicas, digestivas y hematológicas. 3) Se ha incorporado la HCI como herramienta de trabajo cotidiano en Urgencias General, Urgencias de Pediatría, Urología, Unidad de Cuidados Intensivos, Neurología, Coloproctología, Genética, Psiquiatría, Preoperatorios de Anestesia General y Toco-Ginecología, Cirugía Pediátrica, Oncología y Cardiología Infantil, Hospital de Día de Hematología y Cirugía Mayor Ambulatoria. 4) Todos los Servicios tienen un seguimiento personalizado con frecuentes reuniones de reciclaje y seminarios de temas relacionados: confidencialidad.

Conclusiones: 1) La implantación de la HCI en un hospital supone un gran esfuerzo económico y organizativo. 2) La valoración de los resultados obtenidos en el HVC desde enero de 2001 es satisfactoria. 3) Definir una cronología de implantación y de objetivos de menor a mayor complejidad es imprescindible para obtener buenos resultados. 4) Mantener a los profesionales motivados requiere un gran esfuerzo de entender y atender sus necesidades, no sus deseos, como usuarios del programa. 5) La tarea más compleja es lograr que los profesionales modifiquen sus hábitos e integren la HCI en su tarea asistencial cotidiana.

EVIDENCIA CIENTÍFICA; ELECTRÓNICA; PARA CONTESTAR PREGUNTAS DE LA PRÁCTICA DIARIA EN CALIDAD ASISTENCIAL

G. Carrasco Gómez, A. Pallarés Martí, M. Pallarés Martí y M. Alonso Fernández
Hospital de Barcelona, Comisión de Calidad.

C-056

Palabras clave: Evidencia científica, Internet, Bases de datos electrónicas.

Resumen: Las grandes bases de datos electrónicas, accesibles a través de internet, permiten contestar entre el 35% y el 43% de las preguntas clínicas planteadas durante la práctica diaria. Se desconoce su utilidad para aportar información relevante que mejore la toma de decisiones en calidad.

Objetivos: Evaluar la capacidad de las bases de datos electrónicas para proveer respuestas a las preguntas diarias de los profesionales de calidad asistencial.

Metodología: *Diseño:* Dos investigadores aplicaron ecuaciones de búsqueda (correspondientes a 25 preguntas clínicas y de gestión priorizadas por los profesionales de una lista de correo internacional) a las bases de datos seleccionadas. La adecuación de las respuestas fue arbitrada por un panel de tres expertos cuando no existió concordancia entre los investigadores.

Intervenciones: ninguna. *Instrumentos:* Escala de elegibilidad de bases de datos del Southern California Online Users Group (SCOUP). Adecuación de las respuestas según criterios de Alper et al. *Análisis estadístico:* Variable principal de valoración (End point primario) = proporción de respuestas adecuadas contestadas por cada base de datos. Se determinaron las medias y las medianas de respuesta de cada fuente electrónica junto a los intervalos de confianza (IC 95%) para las proporciones de respuestas adecuadas. Se calculó el índice ponderado kappa (κ) para establecer la concordancia entre los observadores.

Resultados: De las 22 bases de datos seleccionadas, catorce (63,6%) reunieron criterios de elegibilidad. La concordancia entre los investigadores respecto a la adecuación de las respuestas fue excelente ($p = 0,94$). La combinación de tres bases electrónicas (PubMed, Ovid Medline y Evaluated Medline) respondió el 42% (IC 95% 24-55%) de las preguntas. Cuatro bases de datos sólo aportaron información para contestar < 15% de las preguntas (Embase 12% [IC95% 6-20%], Paperchase 10% [IC95% 5-14%], Snooz 9% [IC95% 7-13%], Zetoc 8% [IC95% 4-11%]). El tiempo medio para conseguir la información fue de $4,3 \pm 3,1$ minutos por pregunta. El coste medio por consulta fue de $2,5 \pm 1,9$ euros.

Conclusiones: Las bases de datos electrónicas pueden responder casi la mitad de las preguntas que se plantean en la práctica de la calidad asistencial con un escaso consumo de recursos.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO EN APS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA

M.A. Rius Rafecas, R.M. Tomás Cedó, L. Ríos Vallés, A. Collado Cucó, L.I. Colomés Figuera y L.I. Nualart Berbel
SAGESSA Epidemiología, Evaluación e Información AS.

C-057

Palabra clave: Atención primaria, Sistemas de información para la gestión.

Introducción: El uso de indicadores para evaluación y toma de decisiones es habitual en el mundo empresarial, pero su aplicación en Atención Primaria de Salud (APS) y en un entorno multicentro es un reto que se nos planteó en nuestra organización, que gestiona cinco Zona Básicas de Salud (ZBS).

Objetivo: Diseñar, desarrollar e implantar un sistema de información periódico, consensuado, homogéneo, ágil y de fácil mantenimiento e interpretación, que incluya un mínimo de indicadores relevantes y comprensibles que, presentados estratégicamente, faciliten la evaluación y mejora continua del proceso asistencial en APS.

Material y métodos: 1) Selección y definición de indicadores clave en APS, distribuidos por ámbitos y períodos de análisis. 2) Definición del estándar corporativo. 3) Diseño de plantillas de Excel para la introducción de los datos base y cálculo automático de indicadores. 4) Información base recogida en cada ZBS desde el sistema de información e introducida en la plantilla. 5) Difusión de la información mediante la publicación en Intranet (ficheros PDF). 6) Coordinación e incorporación de cambios (mantenimiento adaptativo).

Resultados:

1. 10 ámbitos definidos (actividad, control de patología crónica, consumo de recursos...) con 30 indicadores.

2. Para cada centro, 2 plantillas:

- Plantilla de recogida manual de datos para el cálculo de indicadores.

- Plantilla de indicadores calculados.

3. A nivel centralizado, 2 plantillas confeccionadas automáticamente a partir de las plantillas de las ZBS.

4. Cuadros de mando publicados en Intranet corporativa:

- Cuadro de centro, comparado con el estándar (1 hoja).

- Cuadro comparativo de grupo entre las 5 ZBS y el estándar (2 hojas).

A finales de marzo 2001 y mensualmente se implantó el nuevo sistema. Su alta utilización ha llevado el refinamiento de algunos indicadores y la corrección de errores.

Conclusiones: El desarrollo e implantación de un sistema de recogida de datos, cálculo y publicación de indicadores permitió compartir información, facilitó la coordinación y las tareas de los agentes implicados, y contribuyó a conseguir los objetivos de nuestras ZBS. La flexibilidad del sistema se ha mostrado fundamental en la implantación, la adaptación y la utilidad del cuadro de mando de APS.

MESA 10

Calidad en los registros enfermeros

Sala Roncal
Miércoles 9, 18:30-20:00

PROYECTO WIRURG: UNA OPTIMIZACIÓN INFORMÁTICA DE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA

X. Jolí Sabatés, C. Ibáñez Español, J.R. Llopert López, M. Pons Serra, I. Salvador Vilà y A. Galobart Roca

C-059

Palabra clave: Informática. Enfermería. Urgencias.

Introducción: El Servicio de Urgencias (SU) de nuestro Centro consta de dos unidades: Medicina Interna y Cirugía/COT y realiza unas 55.000 asistencias anuales. No dispone de asistencia pediátrica ni tocológica. La toma de constantes vitales en el box y su posterior introducción en los registros correspondientes supone una labor que ocupa mucho tiempo y recursos y, por tanto, susceptible de optimización. Se presenta el Proyecto WirUrg de recogida de datos on-line en un ordenador de bolsillo tipo IPAQ.

Metodología: Cada enfermera dispone de su IPAQ como herramienta de trabajo, siendo el número total de IPAQ de 10. Cada IPAQ puede procesar hasta 400 parámetros por paciente ingresado en el SU. La IPAQ pretende complementar el diálogo protocolizado que el médico y la enfermera del SU realizan a la cabecera del paciente, dándole a este diálogo un soporte informático en el que se emplea la tecnología wireless. El diseño de la captura de información de la IPAQ fue realizada basándose en el cardex de enfermería de urgencias, el cual ya había sido reestructurado y adaptado por una comisión.

Resultados: El médico realiza un conjunto de peticiones en la cabecera del paciente y de órdenes de tratamiento que son recibidas por la enfermera en su IPAQ, en el mismo box de visita. Las constantes que de forma protocolizada toma la enfermera son, asimismo, introducidas en la IPAQ. Por la tecnología mencionada, estos datos son visualizados de forma inmediata en la estación clínica del médico y/o enfermera, lo que facilita su ejecución y archivo.

Conclusiones: El empleo de nuevas tecnologías es un riesgo controlado con resultados altamente satisfactorios. Existe una mayor eficiencia al disminuir el tiempo de los procesos de enfermería, optimizando los recursos. Aumenta la calidad de los datos recogidos por su mayor fiabilidad y menores pérdidas. Hay una mayor interrelación entre los profesionales del SU. Hay una mejora substancial en la posibilidad de explotación de la información registrada. Todo ello supone una mayor satisfacción entre los profesionales sanitarios. Permite una línea de investigación y desarrollo de nuevas aplicaciones informáticas que ayuden a optimizar los procesos.

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. NUEVOS INDICADORES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

F.J. Pérez Rivas, C. Carrera Manchado, A. López Blasco
A. Auñón Muelas, M. García López y M. Beamud Lagos

C-058

Palabra clave: Indicadores de Evaluación, Diagnósticos de Enfermería, Proceso Enfermero, Atención Primaria.

Objetivo: Conocer indicadores de utilización de los diagnósticos de enfermería (DdE) en particular y del proceso enfermero en general como parte fundamental de la atención que prestan las enfermeras de Atención Primaria (AP) del Área 11 de Madrid.

Metodología: Tipo de estudio: Descriptivo, transversal. Ámbito de estudio: Área 11 de AP de Madrid Periodo evaluado: Desde el 1/01/2001 hasta el 31/12/2001

Mediciones:

Evaluación Cuantitativa:

Fuente de datos: Registro Específico de DdE

Indicadores de evaluación cuantitativa:

Porcentaje de enfermeras que utilizan DdE

Frecuencia de DdE (Total de casos y número de diagnósticos agrupados por patrones funcionales)

Evaluación Qualitativa:

Fuente de datos: Muestreo de historias clínicas, representativo a nivel de EAP, con un nivel de confianza del 95 % y un error de precisión máximo del 10 % sobre el universo total de diagnósticos de enfermería incluidos en el año de estudio en el registro específico de DdE, en las que se revisa si existe la valoración, el diagnóstico, el plan de cuidados (objetivos e intervenciones) y la evolución del diagnóstico evaluado.

Indicador de evaluación cualitativa:

Calidad Global: [Valoración + Diagnóstico + Planes de Cuidados (Objetivos + Intervenciones)/2 + Evolución]/4.

Resultados: El 75,5% de las enfermeras/os del Área 11 utilizan DdE. El número total de DdE registrados es de 5095, que supone una media de 13,5 diagnósticos por profesional y de 18,1 si solo tenemos en cuenta a las enfermeras que trabajan con DdE. Las Áreas de Cuidados (patrones funcionales) donde mayor frecuencia de DdE se identifican son en el Nutricional/Metabólico, Percepción/Mantenimiento de la Salud, Actividad/Ejercicio y Eliminación. En la evaluación cualitativa se han revisado 1918 historias, comprobando que las etapas del proceso de enfermería se aplican en un elevado porcentaje: Valoración: 91,3%, Diagnóstico: 95 %, Planificación de Cuidados: 61,7 % (Objetivos: 45,4% e Intervenciones/Actividades: 77,9%) y Evolución: 66,4%, obteniendo un indicador de Calidad Global del 78,6%.

Conclusiones: Disponer de un sistema de información de planes de cuidados ha permitido elaborar una serie de indicadores que nos informan de una parte fundamental de los servicios que prestan los profesionales de enfermería en Atención Primaria. Las enfermeras/os de Atención Primaria del Área 11 de Madrid han integrado el proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en su práctica asistencial. Un elevado porcentaje de los problemas identificados por las enfermeras pertenecen a la esfera biológica de la persona en detrimento de las esferas psicológicas y sociales, posiblemente porque sea en estos campos donde las enfermeras han trabajado habitualmente en Atención Primaria. Es necesario iniciar estudios de investigación que permitan conocer la efectividad de trabajar con esta metodología.

ORDENADORES DE BOLSILLO ODB INSTRUMENTO DE FUTURO PARA LA ENFERMERA

J. Salvador Vilà y A. Villanueva Alonso

C-060

Palabra clave: Ordenadores de Bolsillo, hardware, enfermera.

Introducción: Partiendo de un proceso de mejora en la reformulación del método de trabajo de las enfermeras, se inició un proyecto para conseguir la informatización de los registros enfermeros en la Historia Clínica Electrónica de los enfermos. La principal dificultad que se planteó en los grupos de trabajo al analizar el proyecto, fue a nivel de Hardware pues la naturaleza del trabajo de la enfermera (a pie de cama del enfermo) no estaba contemplado en ningún aplicativo (software) existente en el mercado.

Objetivo: Utilizar un Hardware adecuado a las necesidades del usuario final (enfermera).

Metodología: partiendo del proyecto de reformulación del método de trabajo asistencial de las enfermeras del Hospital Municipal de Badalona (MTAI) se formaron grupos expertos en metodología enfermera que actuaron como consultores de la Dirección de Enfermería para adaptar los contenidos del registro enfermero a las necesidades de los enfermos, diseñando y validando la integración de la información en el sistema gestor de la Historia Clínica Electrónica HCE de nuestro centro. Se analizó también las necesidades de Hardware para facilitar el trabajo enfermero y reducir la posibilidad de errores de transcripción.

Resultados: Proyecto iniciado a principios del 2000, actualmente disponemos de 12 ODB, son utilizados en las áreas de hospitalización médica por enfermeras y auxiliares de enfermería (en urgencias existe un proyecto en fase de diseño). La captación y envío de información a la HCE sólo la hace la enfermera. La información clínica se capta y se integra en la HCE.

Conclusiones: Nuestra experiencia nos ha llevado a desarrollar un aplicativo con software estándar totalmente integrado en el sistema de información de nuestro centro (centrado en la HCE) que nos permite trabajar con cero errores en el manejo de datos del enfermo. Es fundamental la participación de los usuarios finales en la definición y desarrollo del producto. Creemos que es la herramienta de futuro para poder manejar la información clínica junto a las personas y así no restar tiempo asistencial al lado del enfermo por tiempo de trabajo en "mostrador". Un paso más hacia la m-salud.

EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA. (I.E.A.)

M. Rodríguez Rodríguez, T. Dierssen Sotos, M. Robles García, A. Díaz Mendi y P. Herrera Carral
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

C-061

Palabras clave: Informe de Enfermería al Alta. continuidad de cuidados.

Objetivos: Evaluar los resultados de la implantación del I.E.A. y del sistema de registro, en base a una metodología de mejora de la calidad.

Método: El Hospital Sierrallana forma parte de un proyecto multicéntrico de continuidad de cuidados al alta con identificación de las Necesidades Básicas según el Modelo de Virginia Henderson. Para la implantación del informe (Enero 2001) se establecieron tres fases: difusión a todos los profesionales sanitarios. Formación grupal e individualizada. Evaluación de los datos con un estudio transversal en dos fases febrero 2001 y mayo 2002. Para valorar la implantación en las fases de recogida de datos se diseñaron dos tipos de indicadores de cobertura (Nº de informes cumplimentados y en H^a Clínica / Nº de Altas) y de calidad del registro, evaluando 4 aspectos: datos administrativos, datos clínicos del ingreso, valoración de necesidades al alta e identificación del evaluador y de la Unidad emisora.

Resultados: Se han evaluado un total de 792 Historias Clínicas durante febrero 2001 y mayo 2002. La primera evaluación detecta las siguientes deficiencias: el resultado de cumplimentación (64,3%) fue una mera aproximación probablemente su valor es inferior al real ya que el numerador se ha obtenido sobre el N° total de informes sin ninguna omisión, no teniendo en cuenta que pueden existir informes con más de una omisión. La repetición de información, las omisiones y la utilización del apartado de observaciones para completar la valoración permitió rediseñar el I.E.A que se pone en marcha en Mayo de 2002. Para la segunda revisión se modificaron los indicadores con relación a los datos de la primera revisión así como del nuevo registro: Indicador de cobertura 97,9%. Indicadores de calidad: datos administrativos 100%, datos clínicos 89,66, valoración de necesidades oscilando entre el 70,3% con relación a la valoración socio-sanitaria y el 82,75% del tto farmacológico; instrumentación 94,06% Identificación 100%

Conclusiones: El I.E.A. presenta actualmente un alto grado de implantación como registro enfermero en nuestro Hospital. Tras las modificaciones del formato inicial mejoró la cumplimentación del I.E.A. en todos sus apartados.

IMPLANTANDO UN MODELO DE CUIDADOS. GESTIÓN DEL CAMBIO

L. Arantón Areosa, A. Rodeño Abelleira, J. Pesado Cartelle, M.C. Carballal Balsa, A. Facio Villanueva y P. Molina Coll
C. H. Arquitecto Mardice.

C-062

Palabras clave: Calidad; Enfermería; Cuidados, Gestión.

Introducción: La evolución del rol profesional de enfermería, desde el modelo biomédico al modelo de cuidados, implica que nuestra responsabilidad va más allá de la realización de técnicas más o menos sofisticadas, abarcando la labor de planificar y administrar cuidados de enfermería (valorar, planificar, desarrollar-administrar y evaluar-mejorar). En nuestro hospital adoptamos como filosofía, el modelo de 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson y disponemos para su desarrollo e implantación, del aplicativo informático de gestión asistencial de cuidados de enfermería Gacela. La incorporación de la planificación de cuidados, con diagnósticos enfermeros que designan respuestas que enfermería identifica y trata, supone un profundo cambio en la cultura organizativa, lo que unido a la incorporación del uso de equipos y aplicativo informáticos, implica, como en todo cambio, la aparición de resistencias que sin duda dificultarán el proceso.

Objetivo: Reflexionar sobre el proceso de cambio en una Unidad de Enfermería Quirúrgica, identificando y analizando las posibles resistencias para establecer estrategias adecuadas que permitan abordarlas, posibilitando el éxito del cambio.

Método: Desde el Consejo de Calidad de Enfermería, se crea un equipo de mejora del tipo QIT (Quality Improvment Team), que analiza las distintas fases del proceso de cambio en nuestra organización para identificar, analizar y abordar las resistencias.

Resultados: El Equipo de Mejora QIT, está formado por la Directora y Subdirectora de Enfermería y los Supervisores de Calidad, Unidad de Enfermería implicada y Formación Continuada. Aplicando diversas herramientas metodológicas propias del área de gestión de la calidad (Brain-Storming, Técnica nominal de grupo, Parrilla de priorización...), se identifican 14 motivos de resistencia, (analizando su alcance, causas, personas a quien afecta e intensidad) y en consecuencia se proponen 12 acciones correctivas y preventivas.

Conclusión: Los equipos de mejora se han revelado como un instrumento importantísimo en la gestión de la calidad. Las medidas aplicadas, han permitido abordar los problemas de forma satisfactoria, minimizando las resistencias. Cabe destacar que tras solo dos semanas, el propio personal de la unidad, decidió por unanimidad dejar de usar los registros gráficos en papel, para utilizar solo el aplicativo informático, aspecto que avala el éxito del proceso de gestión del cambio.

PUESTA EN MARCHA DE UNA FICHA DE TRIAGE INFORMATIZADA

D. Agós Romeo, R. Lizarraga Diez, A. Ezquieta Ozcoidi, I. Gómez Muñoz, M. Armendariz Ibarrola y F. Olabarrieta Zaro

C-063

Palabra clave: Historia Clínica Informatizada. Urgencias. Triage.

Objetivo: Descripción detallada de elaboración de la Ficha de Triage para Urgencias, dentro de un sistema global de Historia Clínica Informatizada (HCI).

Su puesta en marcha. Presentación visual de las diferentes pantallas del programa.

Método seguido:

- Adecuación y mejora del registro soporte papel a registro informaticizado.
- Unificación de los distintos registros de Enfermería en Servicios de Urgencias de la red de Hospitales de Osasunbidea.
- Periodo formativo de iniciación en la Informática del personal de Enfermería.
- Iniciación del periodo en Base de Pruebas desde mayo a noviembre del 2001.
- Aplicación en Base Real desde el 5 de noviembre del 2001.

Resultados: El sistema informatizado de la Ficha de Triage nos permite a la enfermería del Servicio de Urgencias tener al paciente situado dentro del circuito. En todo momento vemos en la pantalla del ordenador los pasos del usuario dentro del circuito diseñado. Es decir sabemos:

- La hora de llegada.
- Cuando es atendido por la enfermera coordinadora.
- La ubicación de espera.
- Cuando es atendido por el facultativo.
- La prioridad de su patología.
- Las pruebas que se le están realizando.
- Sus cambios de situación dentro del servicio.
- Los tiempos de espera.
- La hora del alta y su destino.

Conclusiones: Este sistema nos ha permitido utilizar y mejorar el circuito personalizando la atención de enfermería al usuario de urgencias.

PROCESO DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: VALORACIÓN DEL PERFIL Y DE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA

C. Llamas Urrutia, Grupo Referentes Proyecto Profesionalización SAP Sant Martí

C-064

Introducción: En Octubre 1998 iniciamos un proyecto entre Institut Català de la Salut-Escuela enfermería Sta Madrona para implantar el Proceso de Cuidados de Enfermería (PCE) según el Modelo de Virginia Henderson (MVH) en Atención Primaria (AP). Han aparecido estudios sobre modelos e implantación PCE o diagnósticos de enfermería, pero hay una ausencia de información sobre los conocimientos que tenemos sobre estos temas.

Objetivo: Saber los conocimientos que tiene enfermería sobre MVH y PCE relacionándolo con el perfil de los profesionales. Tras el análisis de los datos se podrá plantear el tipo de formación más adecuado.

Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito: AP urbana.

Sujetos: 142 enfermeras de 11 equipos AP.

Medidas: Edad, sexo, estudios pre-postgrado, años trabajando AP reformada. Se administra un cuestionario anónimo autocomplimentado con 30 preguntas tipo test de única respuesta correcta entre 3. Del total, 10 sobre el MVH, 10 del PCE y 10 sobre casos prácticos extraídos de la consulta.

Resultados: Total respuestas 120 (82,7%). Perfil de los profesionales: sexo femenino (86,7%), estudios pregrado ATS con-sin nivelación (68,3%), trabajando AP reformada 5 o menos años (52,5%) sin formación postgrado PCE y/o MVH (60%). Conocimientos: promedio de respuestas acertadas MVH 54,2% (DE 17,5%), PCE 36,9% (DE 17,4%) casos prácticos 55,2% (DE 17,1%).

Relacionando perfil-conocimientos: significación estadística entre ATS y diplomados en preguntas MVH, no hay diferencias estadísticamente significativas por realizar formación postgrado ni años trabajados AP reformada.

Conclusiones: Mayor conocimiento sobre MVH y casos prácticos que sobre PCE. Los cursos postgrado y años trabajados AP reformada no incrementan los conocimientos, sólo hay diferencias estadísticamente significativas en estudios pregrado (ATS y diplomados) para las preguntas MVH.

¿CÓMO EVALUAMOS LOS OBJETIVOS DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO?

C. Caamaño Vaz, A. Saínz Rojo, M. Alonso Durán, A. Hernández Rivas, R. Molina Silva e I. Vázquez Hernández
Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

C-065

Palabras clave: Auditoría, Objetivos de calidad.

Introducción: Las enfermeras desarrollan actividades específicas destinadas al cuidado del paciente, su registro es necesario para evaluar la calidad de estos cuidados y conocer las cargas de trabajo. La aceptación y cumplimentación de registros en la rutina de trabajo de las unidades, no es garantía suficiente de la correcta aplicación de los cuidados. Se considera esencial incluir actividades de evaluación que midan la aplicación de cuidados.

Objetivo: Establecer un procedimiento de evaluación periódica y sistemática de las actividades de enfermería, objetivos del Plan de Calidad del hospital, con el fin de comprobar su cumplimiento y establecer medidas correctoras en el caso necesario.

Metodología: Formación de un grupo auditor con diez enfermeras que forman ya parte de Comisiones o Grupos de mejora y definición de los criterios de evaluación.

Puesta en marcha de un estudio piloto realizado de acuerdo a las características siguientes: Determinación de criterios referentes a protocolo de acogida, informe de enfermería al alta, sondaje vesical y U.P.P. Elaboración de un documento tipo cuestionario con la recogida de los criterios e incluyendo observaciones para recoger sugerencias de mejora de los profesionales. Definición de las fuentes de información: 1. Análisis documental en la H^a Clínica, 2. observación directa al paciente, 3. entrevista dirigida al paciente y/o familia y 4. entrevistas dirigidas a los profesionales de enfermería. Realización de una auditoría de dos días de duración. Se tomó una muestra de 85 pacientes elegidos al azar en las 17 unidades de hospitalización. Después de la primera evaluación se aplicaron las medidas correctoras modificando algunos ítems consensuados con el grupo auditor y añadiendo en la evaluación la cumplimentación del registro de Valoración de Enfermería al ingreso del paciente y el grado de implantación del Protocolo de Caídas. El procedimiento se estandarizó para realizarse periódicamente tres veces al año. Elaboración de una base de datos en Access de Microsoft Office para recoger resultados y procesarlos estadísticamente con el programa SPSS. Se realizó una segunda auditoría tomando una muestra de 136 pacientes (8 por cada una de las 17 unidades de enfermería).

Resultados: Se presentan brevemente los resultados de ambas evaluaciones (primer dato correspondiente al estudio piloto) presentando los valores de los peores indicadores detectados en cada grupo de evaluación. De un total de 85-136 pacientes se obtuvieron 37-48 pacientes con sondaje vesical el 8,10%-16,9% de los cuales no existía constancia del tipo de sonda en su gráfica de constantes. En el protocolo de acogida el 1,8%-19,1 % no se registró el protocolo de acogida en la valoración del informe de ingreso. En el caso de úlceras el 34,2%-37,3% de los casos (sobre 51-59) no se abrió el registro de prevención con un Norton < 14. En el caso de caídas el 20% de las enfermeras no conocían el protocolo. La valoración de la enfermería al ingreso fue inadecuado en el 13,2% (sobre 136). Los resultados del estudio piloto fueron utilizado para la valoración de objetivos del año 2001.

Conclusiones: Los resultados entre la primera auditoría y la segunda muestran un empeoramiento de los datos a pesar del seguimiento realizado y sugiere muchas cosas que todavía deben mejorarse. Una de ellas ya planificada es la difusión de estos datos por unidades y que elaboren sus propuestas de mejora.

MESA 11

Experiencias de coordinación en distintos ámbitos

Sala Bardenas-Belagua
Miércoles 9, 18:30-20:00

COORDINACIÓN INTERNIVELES DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA DESDE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS A LA UNIDAD SOCIOSANITARIA. DETECCIÓN POR PATOLOGÍA

A. Cortiella Masdeu, T. Ruiz Guillén, A. Serena Pons, R. Montaña Serres, P. García Peña y G. de Febres Martínez
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus.

C-066

Palabra clave: coordinación interniveles, fractura cadera, detección por patología, atención sociosanitaria

Introducción: La Unidad de Convalecencia y Curas Paliativas (UCCP) está incluida en la estructura del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (30 camas de convalecencia). En la derivación internivel, hemos avanzado en las diferentes modalidades de detección de los pacientes candidatos a recibir atención sociosanitaria. Se pasó de la derivación a demanda del enfermo, a una segunda aproximación, durante el año 1999, en el que se actuaba no sólo a demanda del usuario sino también del médico y de la trabajadora social. En mayo del 2001 se implanta el nuevo sistema de derivación que actúa por detección de casos según la patología.

Objetivos: 1) Creación del protocolo y del circuito derivación interna. 2) Detección de los pacientes candidatos de recibir atención sociosanitaria. 3) Conseguir que el 60% de los pacientes con fractura de cadera (F.C.) ingresados en la UCCP, tengan una estancia hospitalaria < a 7 días post-intervención quirúrgica.

Material y métodos: Reuniones periódicas multidisciplinares entre el Servicio de COT, Trabajo Social y la UCCP para establecer el protocolo: *Pacientes candidatos:* > 75 años con fractura de cadera y pérdida de independencia funcional. Detección en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario. Valoración de las complicaciones post-operatorias. Se comprueba el nº de ingresos con F.C. y la estancia hospitalaria post-intervención, tras la puesta en marcha del protocolo, en mayo del 2001 con el año 2000. Se analizan: edad, sexo, destino al alta, dependencia funcional, que nos permitan en un futuro mejorar el protocolo.

Resultados: N° de pacientes con F.C. en la UCCP: 51 en los 7 meses del 2001 y 43 en todo el año 2000. Días de estancia media hospitalaria post-intervención: 2001 no complicadas, 5,8 días (69,4%), 2000 no complicadas, 9,76 d. (40%), 2001 complicadas, 12 d. (40%); año 2000 complicadas, 13,1 d (16,6%). Resta pendiente de resultados definitivos sobre edad, sexo, destino al alta y grado de dependencia.

Conclusiones: Hemos incrementado el nº de usuarios con F.C. que se benefician de la atención sociosanitaria. Disminución de los días de estancia hospitalaria post quirúrgica de los ingresos procedentes del Servicio de COT. Este protocolo de derivación ha permitido agilizar el ingreso en la UCCP. Está previsto aplicarlo en otras patologías: AVC, EPOC....

VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE ÁREA

M.C. Macías Montero y T. de Mercado LLlorente
Complejo Hospitalario de Segovia.

Palabras clave: Riesgo social, anciano, estancias evitables.

Objetivo: Valorar los factores sociales que pudieran estar implicados en la estancia más prolongada de los ancianos hospitalizados.

Método: Estudio descriptivo de los factores de riesgo social y funcional de los ancianos ingresados en la sección de Geriatría en los meses Mayo-Junio 2000.

Resultados: Pacientes con riesgo social: 72/83=83,74%.

Pacientes entrevistados por la asistente social: 11/83=13,25%.

Pacientes con factores de riesgo sociales PREVIOS: 83,13%.

Edad mayor de 75 años: 74,69%.

Vive sólo: 12,04%.

Receptor de servicio social público: 4,81%.

Pendiente ingreso en residencia pública: 10,84%.

Incapacidad funcional ó psíquica moderada. Puntuación en escalas de Cruz Roja era mayor o igual a 2: 46,98%.

Marginación, maltrato, abuso de sustancias, vivienda inhabitable: 3,61%.

Ingreso hospitalario en el último año: 7,22%.

Rechazado recurso social propuesto: 4,81%.

Sobrecarga subjetiva del cuidador principal: 7,22%.

Pacientes en situación de riesgo social GENERADA DURANTE el ingreso: incremento de incapacidad mayor de 1 en la Escala de Cruz Roja: 13,11%.

Pacientes cuya situación de SOPORTE SOCIAL CAMBIA: 16,39%.

Ingreso en residencia pública: 1/61, estancia temporal: 1/61, residencia privada: 3/61, domicilio de familiares: 5/61, hospital de día geriátrico: 5/61

Discusión: La SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL PREVIA es frecuente (83%) y conocida. Los problemas sociales "clásicos" son raros 6/83. Los éxitos menores de 48 horas con riesgo social : 6/7,22% podrían evitarse. Al alta aumentan las necesidades de soporte social por INCREMENTO EN LA INCAPACIDAD 8/61=13,11%, o el FRACASO DE LA SITUACIÓN SOCIAL PREVIA: 10/61=63,39%. Produce prolongación de la estancia en 85% de los casos, pasan a vivir con sus familiares: 8,19% ó ingresan en residencia privada: 4,91%.

Conclusiones: Detectar los factores de riesgo social es imprescindible pero la resolución del problema de la prolongación del alta exige: Reducir la incapacidad (REHABILITACIÓN GERIÁTRICA). Acceder rápidamente a los servicios sociales idóneos en cada momento. Mejorar la coordinación entre servicios y apoyar al cuidador.

C-067

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL PROCESO DE DONACIÓN/EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS EN EL HOSPITAL DE NAVARRA

J. Elizalde Fernández, J. Guergué Irazábal, N. Villanueva Martínez, N. Cuende Melero y J. Ripoll Espiau
Hospital de Navarra UCI.

Palabra clave: garantía de calidad, donación de órganos.

Introducción: A partir del año 1996, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), promovió el desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación de Órganos. Tres objetivos centraron su diseño inicial: 1) Definición de la capacidad teórica de donación de órganos según el tipo de hospital. 2) Detección de los escapes producidos durante el proceso de donación y análisis del origen de las pérdidas de potenciales donantes de órganos. 3) Descripción de los factores hospitalarios que tengan impacto sobre el proceso de donación.

Material y método: La evaluación del proceso se basa en el análisis de las historias clínicas de todos los que fallecen en las unidades de críticos (U.C.) y se realiza en dos etapas: una autoevaluación continua y una de evaluación externa. El hospital de Navarra inició el programa en el año 1999, en el año 2000 se evaluó externamente su actividad del año anterior y continúa en la actualidad participando en el programa. Se analizan sus resultados iniciales, la evolución de los mismos y se comparan con los estándares de excelencia que han sido establecidos por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Resultados: A continuación se presentan los resultados de la autoevaluación del año 1999 (primer año en que participó) y los resultados alcanzados tras 3 años de participación en el programa, los correspondientes al año 2001. Se presenta la comparación de dichos resultados con los estándares de excelencia que han sido establecidos por la ONT a partir de las evaluaciones externas efectuadas en distintos hospitales españoles.

Evolución de las muertes encefálicas (M.E.) en unidades de críticos. Resultados del proceso de donación de órganos auto-evaluación 1999 auto-evaluación 2001 estandar óptimo

% (N) % (N) %

Exitus en U.C. que fallecen en (M.E.) 13,8% (26) 16,3% (27) 16%

M.E. perdidas por escapes 0% 0% 0%

M.E. perdidas por Contraindicación Médica 15,4% (4) 11,1% (3) 20%

M.E. perdidas por Probl. en Mantenimiento 0% 0% < 3%

M.E. perdidas por Negativa Judicial 0% 0% < 1%

M.E. perdidas por Negativa Familiar 15,4% (4) 7,4% (2) 10%

M.E. perdidas por problemas organizativos 0% 0% 0%

M.E. perdidas por ausencia de receptor 3,7% (1) <1%

Efectividad global del proceso (Donantes respecto al número de fallecidos en M.E.) 69,2% (18) 77,8% (21) > 65%

*Valor medio encontrado en los hospitales con neurocirugía, no hay establecido un estándar respecto al porcentaje de fallecidos que se espera sean en M.E.

Conclusiones: El Hospital de Navarra, tras tres años de participar en el Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación, ha mejorado sus resultados de forma considerable, aún partiendo de una situación inicial muy favorable. En la actualidad se encuentra por encima de los estándares de excelencia.

C-068

PROGRAMA DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN COMO PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD DESPUES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

M.A. González Viejo y M.J. Condón Huerta
Hospital Virgen del Camino.

Con el objeto de mejorar la prestación y la calidad de la atención del Servicio de Rehabilitación del Hospital Virgen del Camino (HVC) a las pacientes tratadas de cáncer de mama que presentaban deficiencia debido a la misma y discapacidad generada por la linfoedema axilar, se realizó en el periodo 1995 una revisión de la literatura en la base de datos Medline, Pedro, Cinahl y Embase y en la literatura gris, realizando después un protocolo de valoración y tratamiento del linfoedema postmastectomía y de la discapacidad de la extremidad superior, producida después del tratamiento del cáncer de mama, y instauró en 1997 un programa de calidad cuyos objetivos eran: Mejorar la atención a las pacientes intervenidas de cáncer de mama. Para conseguir esto un miembro del servicio se incluyó en la Unidad de Patología de Mama del HVC, acudiendo a todas sus sesiones. Valorar la deficiencia y discapacidad generada por el tratamiento del cáncer de mama. Se revisó la literatura existente y se diseñó un protocolo de evaluación que incluía la movilidad articular de las articulaciones de la extremidad superior, la perimetría de la extremidad superior para calcular la diferencia de perímetros y la presencia de linfoedema, la valoración de la cicatriz y sensibilidad de la extremidad superior y la actividades de la vida diaria de la paciente. El día posterior a la intervención quirúrgica un facultativo del servicio evalúa a la paciente y se instaura un programa de prevención del linfoedema y discapacidad, consistente en cinesiterapia activa analítica de las extremidades superiores, fisioterapia respiratoria mediante ejercicios de expansión torácica y espiratorios y enseñanza del drenaje linfático manual. Al alta hospitalaria se evalúa a las pacientes y se controla el cumplimiento del programa de prevención, realizándose controles anuales durante los 5 años posteriores a la cirugía. Implementar un programa de tratamiento de la deficiencia y discapacidad en las pacientes que durante el control ambulatorio se determine la presencia de una o de ambas, para ello se ha habilitado recursos humanos, una fisioterapeuta a tiempo completo diario, un espacio físico de 60 metros cuadrados, con un área de sala de espera, un despacho para drenaje linfático y otro para cinesiterapia y recursos técnicos un equipo de pre-soterapia secuencial multicompartmental.

Resultados: Desde el inicio del programa hasta la actualidad se ha aplicado el mismo en 840 pacientes, con una media anual de 168 ± 6. La limitación de la función de la extremidad superior se presentó en el 80% de las pacientes inmediatamente después de la intervención, sólo en el 5% a los seis meses y en el 2% después del año de la intervención quirúrgica. El linfoedema se presentó al cabo del año en un 17% de los casos y la linfangitis en el 4%.

Conclusiones: El tratamiento del cáncer de mama genera una importante deficiencia y una menor discapacidad, que puede presentarse desde el momento inicial o aparecer en cualquier momento después de la cirugía. La derivada de la limitación funcional de la extremidad superior está más relacionada con la cirugía y con la radioterapia, mientras que el linfoedema y la discapacidad que produce puede aparecer en cualquier momento, dado que su aparición está en relación con la exéresis de los ganglios linfáticos, por lo que es necesario hacer un seguimiento de estas pacientes, por lo que consideramos que el protocolo establecido por el Servicio de Rehabilitación del HVC es un valor añadido, que además ha permitido su inclusión en la Unidad de Patología Mamaria y que se implementen medidas estandarizadas de valoración y tratamiento de la deficiencia y discapacidad generada por el tratamiento de cáncer de mama y que sería conveniente extender a todos los Servicio de Rehabilitación del sistema público de salud.

C-070

CALIDAD DE VIDA DESPUES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. ¿CÓMO PUEDEN INFLUIR EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN?

M.A. González Viejo y M. Condón Huerta
Hospital Virgen del Camino.

Resumen: Los objetivos del trabajo son conocer la Calidad de vida (CV) después del tratamiento del cáncer de mama con el objeto de saber si es necesario implementar nuevas acciones dentro del programa de prevención de la discapacidad en el programa de rehabilitación de la cirugía del cáncer de mama.

Material y método: *Diseño del estudio:* Prospectivo aleatorizado. *Material:* Se aleatorizaron 46 pacientes, con una edad media de 56 ± 12,4 años y un rango entre 33-84 años, intervenidas de cáncer de mama a las que se hizo un seguimiento de un año, con un control inicial a los 2-4 días después de intervención quirúrgica, mientras estaban ingresadas en el hospital y dos controles ambulatorios a los 6 y 12 meses. A todas ellas se les administraron dos test de calidad de vida, uno general: el European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 versión 2.0, que valora la función física, cognitiva, emocional, funcional y social, que además tiene una escala de síntomas y valora también el estatus global de salud, y otro específico para el cáncer de mama el EORTC QLQ-BR23 que valora los efectos secundarios del tratamiento, la imagen corporal, perspectivas de futuro, sexualidad, función de extremidad superior y síntomas de enfermedad. También se determinó la presencia de limitación del balance articular del hombro, presencia de linfoedema, linfangitis o plexopatía braquial. *Medida de resultados principales:* Se realizó una t de Student para datos apareados para comparar las distintas variables entre el inicio y los controles a los 6 y 12 meses, con un nivel de significación de p <0,05.

Resultados: La limitación de la función de la extremidad superior se presentó en el 89% de las pacientes (n = 36) inmediatamente después de la intervención, sólo en el 11% (n = 5) a los seis meses, y en el 2% (n = 1) al año de la intervención quirúrgica. El linfoedema se presentó al cabo del año en un 15,2% de los casos (n = 7) y la linfangitis en el 4,3% (n = 2). Al comparar la calidad de vida entre el momento inmediatamente después de la intervención quirúrgica y a los seis meses de la misma se encontraron diferencias significativas en la actividad física (p < 0,001), imagen corporal (p = 0,01), función de la extremidad superior (p = 0,014) y estatus global de salud, pero no en la sexualidad, ni en las perspectivas de futuro (p = NS). En la comparación entre el momento inmediatamente después de la intervención y un año más tarde se han objetivado diferencias en la actividad física (p < 0,001), imagen corporal (p = 0,04), sexualidad (p = 0,029), función de la extremidad superior (p = 0,005), pero no en el estatus global de salud, ni en las perspectivas de futuro (p = NS).

Conclusiones: El cáncer de mama y su tratamiento reducen la calidad de vida en las pacientes, ya que estas tienen en los seis primeros meses una disminución de la actividad física y del estatus global de salud, con un gran deterioro de la imagen corporal y de la perspectiva de futuro que es muy reducida. Todo ello tiene que ver, probablemente, no sólo con la intervención, si no con las terapias adyuvantes, quimioterapia y radioterapia, que se aplican en este tiempo, aunque existe una mejoría significativa de la función de la extremidad superior respecto al control inmediato postoperatorio. Al año de la intervención quirúrgica presentan una mejoría en la actividad física y de la imagen corporal, elevándose de forma notable la actividad sexual, aunque las perspectivas de futuro y el estatus global de salud permanecen inalterables y reducidos. Todo lo anterior nos indica que será necesario instaurar programas de prevención para la limitación de la función de la extremidad superior en el momento inmediato del postoperatorio, mediante la enseñanza de un programa de rehabilitación que incluya la movilización activa de la extremidad superior, el autodrenaje linfático y la prevención primaria del linfoedema, indicándole a la paciente que debe evitar para no descompensar el equilibrio inestable del sistema linfático secundaria a la exéresis de los ganglios linfáticos. A plazo más largo serán necesarias intervenciones psicológicas que permitan reducir o minimizar el impacto que tiene el diagnóstico, la cirugía y las terapias adyuvantes sobre las perspectivas de futuro y el estatus global de salud.

TIEMPOS DE ESPERA Y CONSULTA RELEVANTES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, PERSPECTIVA DE USUARIOS

R.M. Ortiz Espinosa, S. Muñoz Juárez y G. Nava Chapa
COL. San Bartolo

Palabra clave: Calidad, percepción, usuarios, seguridad social, población abierta, Hidalgo, México.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud y su asociación con los tiempos de espera y el tiempo dedicado a la consulta a través de la percepción del usuario en los hospitales del estado de Hidalgo, México.

Metodología: Se diseñó un estudio transversal en 13 hospitales en el estado de Hidalgo, con un tamaño muestral de 9936 individuos. Se aplicó una encuesta integrada por 3 dimensiones: estructura, proceso, integrando a la dimensión de resultado, la satisfacción del usuario. Se analiza la calidad de la atención según la escala tipo Likert, se utiliza la chi2 y la prueba de t, se efectúa análisis múltiple con modelaje a través de la regresión logística no condicional.

Resultados. El 67,33% refirió haber esperado hasta dos horas. La mala calidad se percibió en la seguridad social con porcentajes por arriba del 30%, y en instituciones públicas del 21%. La percepción del tiempo de espera previo a la consulta, se asoció a la mala calidad de la atención en el 70,17%, ($P = 0,00$), el promedio encontrado fue 2 horas 21 minutos, desviación estándar (DE) 1 hora 31 minutos, ($P = 0,00$), siendo mayor en las instituciones de la seguridad social (3 horas y 29 minutos). El tiempo de espera se encontró directamente proporcional a la percepción de la calidad de la atención. Al comparar el tiempo de espera, con el tiempo de duración de la consulta, se encontró que a mayor tiempo de espera y menor tiempo de consulta, la percepción de mala calidad es mayor. La población derechohabiiente manifestó un grado de insatisfacción más alto (48,3%). La mala percepción de la calidad del servicio se predice cuando existe insatisfacción del usuario hasta en 2 veces más (OR 2,39 IC al 95% 2,02, 2,82), con tiempos de consulta inferiores a 15 minutos (RM 1,33 con IC. al 95% de 1,17, 1,52) y los tiempos de espera (RM 2,67 con IC. al 95% de 2,43, 2,93).

Conclusiones: El tiempo de espera constituye una de las variables más importantes en proceso del otorgamiento de la atención en salud. En ninguna de las instituciones del sector salud se observó apego a las normas oficiales mexicanas para la consulta externa.

C-071**COORDINACIÓN PRIMARIA/ESPECIALIZADA: SIEMPRE ME DICES LO MISMO**

V. Ureña Vilardell, H. Ortíz Marrón, J. Martínez Hernández y F. González Sanz
Hospital Ramón y Cajal, Unidad de Calidad.

Palabra clave: Coordinación entre niveles, coordinación primaria/especializada.

Resumen: Muchos de los problemas entre Atención Primaria y Especializada parten del desconocimiento de las consecuencias que nuestras formas de trabajar tienen para los pacientes y los profesionales del otro nivel.

Objetivos: 1) Identificar y priorizar problemas de coordinación Primaria/Especializada que comprometen la continuidad en la atención de los pacientes. 2) Analizar las causas de los problemas priorizados y establecer propuestas de mejora.

Metodología: En ambos niveles de asistencia se establecieron tres grupos de trabajo: médicos, enfermería y administrativos. Cada grupo desarrolló una tormenta de ideas para identificar problemas que se priorizaron según cinco criterios: 1) Número de pacientes afectados. 2) Riesgo que implica para los pacientes. 3) Repercusión sobre el cliente interno. 4) Coste de la solución. 5) Necesidad de influencia externa para la solución. Se entendió que los problemas identificados por Primaria deberían ser solucionados por Especializada y viceversa. Por lo tanto, una vez finalizado el paso anterior, se cruzaron sus respectivos listados. Se establecieron grupos de trabajo ad hoc para realizar el análisis causal y propuestas de mejora de los problemas priorizados en primer lugar por cada uno de los seis grupos. Los análisis causales se realizaron mediante diagramas de flujo y/o diagramas causa-efecto.

Resultados: El cruce de listados resultó bastante traumático a la hora de encajar lo que los del otro nivel decían que hacíamos mal. Pero se realizaron los análisis causales y se diseñaron soluciones para los siguientes problemas: 1) Derivaciones Primaria/Especializada de pacientes preferentes que no lo son. 2) Partes interconsulta mal cumplimentados. 3) Falta de información sobre autocuidados a pacientes y familiares. 4) Demoras en las citaciones del especialista. 5) Funcionamiento deficiente del circuito de analítica (estudiado desde ambos niveles). Una vez analizados los problemas se reconoció que los del otro nivel tenían razón. Se han establecido acciones intra e interniveles para solucionar las causas que dependen de nosotros. En el momento actual todavía no tenemos resultados cuantificables.

Conclusiones: Los problemas detectados correspondieron con aquello que nos habíamos reprochado siempre. Algunos progresan en espiral como reacción a problemas del otro nivel. Solucionarlos requiere un trabajo conjunto y, a veces, más apoyo institucional.

Fuente de financiación y conflicto de intereses: (si los hubiese).

C-073**LA UNIDAD DE ATENCIÓN CROHN-COLITIS: UN SERVICIO DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Gisel Fontanet

Hospital General Vall D'Hebron, Servicio de Digestivo.

C-072

Palabras clave: Salud, Enfermedad crónica, Educación, Internet.

Introducción: En febrero de 1999 inauguramos la Unidad de Atención Crohn-colitis (UACC). La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son dos enfermedades crónicas inflamatorias intestinales. Una enfermedad crónica supone un cambio en el modo de vida del paciente y de su entorno que es probable persista durante largo tiempo y que afecta a la calidad de vida de las personas. La UACC presta un servicio, destinado a la atención y resolución de problemas de salud, a nivel individual o colectivo, derivados de éste proceso crónico y desde una perspectiva integral de la salud. Recientemente se ha inaugurado el portal web "salud y enfermedad inflamatoria intestinal" dando lugar a la UACC virtual caracterizada por la diversidad de sus contenidos y usuarios y por unos servicios interactivos que permiten superar los límites como la distancia y el tiempo muy presentes en la atención asistencial frente a un proceso crónico.

Metodología: La actuación de la UACC tiene lugar en el marco de intervención de la promoción y educación para la salud (EpS) Es un centro de coordinación y gestión, vía presencial y on-line, de las distintas demandas de salud de los usuarios (pacientes, familiares, médicos, enfermería) relacionadas con el contexto de la enfermedad. Dispone de un equipo multiprofesional e incorpora la participación de los usuarios en la toma de decisiones respecto a su situación de salud.

Resultados: La UACC, atiende actualmente a más de 1000 usuarios, la mayoría enfermos, que han generado más de 4000 actividades. La principal actividad ha sido la resolución de demandas de información y las consultas específicas acerca de la salud y de la enfermedad, siendo la vía telefónica, un 63%, el canal más utilizado por los usuarios. Paralelamente a los tres meses de su inauguración, la UACC virtual, cuenta con más de 6000 visitantes y más de 500 usuarios registrados, de ámbito nacional e internacional, que utilizan la consultoría on-line, un servicio interactivo para la resolución de las demandas vía automática.

Conclusiones: El modelo de intervención de la UACC es aplicable en el contexto de cualquier enfermedad crónica mejorando no sólo la calidad de vida de los pacientes y la de su entorno sino que optimiza los recursos sanitarios aumentando la calidad asistencial.

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

E. Pulido Gozalez, M.J. Mata Almonte, M.J. Quintero García
y D. Rodríguez Morales
UCI Hospital de Jerez.

MESA 12**Necesidades y expectativas de los usuarios**

Sala Londres
Jueves 10, 12:00-14:00

Introducción: La creación de un grupo multidisciplinario de mejora de la calidad nos ha permitido tomar decisiones para analizar y mejorar la información suministrada por los profesionales del servicio a familiares y enfermos.

Objetivo: 1) Mejorar la calidad de la información de enfermería recibida por pacientes y familiares durante su estancia en nuestro servicio. 2) Protocolizar la información suministrada por el personal de enfermería.

Metodología:

- Estudio descriptivo realizado a una muestra aleatoria de 381 pacientes ingresados en el servicio en un periodo de seis meses. El método fue un cuestionario administrado por teléfono para pacientes y familiares y autoadministrado para profesionales.
- Detección de falta de información suficiente por parte de enfermería percibida por pacientes y familiares.
- Propuesta del grupo de calidad de confeccionar un protocolo con el fin de homogeneizar la información realizada por enfermería.

Resultado: Realización de un protocolo de información de enfermería para familiares y pacientes durante su ingreso en nuestro servicio.

Conclusiones: El funcionamiento de un grupo de mejora de la calidad en el servicio ha propiciado la creación de un protocolo de información de enfermería para pacientes y familiares en el área de cuidados críticos.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

M.V. Fustero Fernández
Centro de Salud de Cariñena.

Palabra clave: Satisfacción usuario, expectativas usuario

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción actual y las expectativas expresadas de los usuarios de nuestro centro de salud.

Metodología:

- Diseño de una encuesta estructurada de 21 ítems
- Codificación de la misma para el adecuado tratamiento estadístico e informático posterior
- Muestreo estratificado proporcional por localidades adscritas al centro de salud, N = 368 para un error $\geq 0,5\%$.
- El trabajo de campo fue realizado por encuestadores ajenos al centro de salud y entrenados en este trabajo
- Las encuestas se realizaron en los diferentes consultorios locales a usuarios que acababan de recibir un servicio.
- Los datos se procesaron con el programa ACCESS de Office 97

Resultados: De los 368 usuarios entrevistados 90,5% consideran adecuado el sistema de citaciones, un 95,1% creen que su médico tiene un interés alto o muy alto por lo que a él le ocurre y un 87,8% piensa lo mismo del enfermero. Con respecto al tiempo que se les dedica opinan que es adecuado o muy adecuado el 91,6% en la consulta médica y 87,10 en la de enfermería. La confidencialidad de las consultas es valorada positivamente por el 90,8% de los entrevistados, la coordinación entre médico/a y enfermero/a la consideran buena o muy buena el 92,4%. En cuanto a los recursos materiales disponibles en su consultorio para atenderles piensan que son buenos o muy buenos el 42,4%. Conocen la existencia de los diferentes servicios que se ofrecen en el centro en las siguientes proporciones: Urgencias 100%, extracciones de sangre 98,9%, pediatría 47,6%, matrona 35,1%.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes es elevado con respecto a la atención recibida, son más críticos y no se cumplen sus expectativas con respecto a la estructura y dotación de los consultorios locales, el conocimiento de los servicios ofertados es insuficiente por lo que tras conocer estos resultados se decide adoptar medidas para subsanarlo.

C-074**EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA AL CLIENTE EXTERNO EN EL HOSPITAL SIERRALLANA****C-076**

C. Fernández Bustamante, Z. Gancedo González, A. Martín Ortiz, R. Peral Manzano, D. De la Riva Mier y T. Dierssen Sotos
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

Palabras clave: Acogida. Cliente externo.

Objetivos: Conocer el grado de implantación del Programa de Acogida al paciente hospitalizado en nuestro centro. Identificar aspectos asociados al mismo.

Metodología: Estudio transversal con realización de encuesta personal con preguntas cerradas diseñada para evaluar la implantación de cada actividad incluida en el programa: recepción al ingreso, entrega de una Guía de Información, recepción en la unidad, entrega de información. **Población de estudio:** pacientes hospitalizados durante una jornada. **Criterios de exclusión:** alteraciones del nivel de conciencia. **Análisis estadístico:** Para la comparación de proporciones se ha utilizado la prueba de la χ^2 .

Resultados: La media de edad (DE) fue 62,3 (16,8) años, con distribución equilibrada por sexos. Aunque casi la totalidad de encuestados fueron recibidos tanto al ingreso (98,5%) como en la unidad de hospitalización (97,8%), aproximadamente un 40% no supo identificar al profesional que le recibió a su ingreso en el hospital, porcentaje que descendió al 32% en el caso de la recepción en la unidad. Respecto a la Guía de información, sólo la mitad de los casos (52,7%) manifestaron haberla recibido, oscilando según tipo de ingreso entre el 84,8% (en programados) y el 41,2% (en urgentes) $p < 0,0001$. Las únicas características significativamente asociadas a la no identificación al ingreso fue el ingreso urgente (43,4% vs 21,2% $p = 0,023$). Los varones no identificaron con más frecuencia que las mujeres (41,2% frente a 33,3% $p = 0,354$) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, la edad tampoco se asoció significativamente a la identificación (43,3% en mayores de 81 años frente a 37,1% en el resto $p = 0,541$). Al analizar la no identificación en la unidad, disminuyen las diferencias asociadas al tipo de ingreso (26,5% vs 34,7% $p = 0,378$) y aumentan las relacionadas con la edad (43,3% vs 28,9% $p = 0,139$).

Conclusiones: aunque globalmente la práctica totalidad de los encuestados manifiesta haber sido recibido a su ingreso, la tasa disminuye al analizar otros aspectos del programa como la entrega de la Guía o la identificación del profesional que realiza la acogida, especialmente en relación al tipo de ingreso. Como acción de mejora en base a los resultados deberá plantearse repetir la información proporcionada al ingreso urgente transcurridas una horas del mismo.

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

H. Ortiz Marrón, A. López Gómez, T. Lázaro Montero, V. Cañamares Recuenco, C. López Gómez e I. Peña Sainz

C-077

Palabra clave: Reclamación o queja. Satisfacción de los usuarios. Calidad. Atención Primaria, Expectativas, Control de Calidad.

Introducción: Las quejas o reclamaciones traducen insatisfacción de los usuarios en la utilización de los servicios. La evaluación de las reclamaciones es uno de los métodos más conocidos y utilizados para identificar problemas en los Equipos de Atención Primaria.

Objetivo: Analizar las características de las reclamaciones presentadas durante el año 2001, en los Centros de Salud de un Área Sanitaria de Madrid que cubre a una población aproximada de 520.000 habitantes.

Metodología: Se trata de un estudio de tipo descriptivo. Las unidades de estudio fueron las reclamaciones presentadas en el año 2001 en todos los centros. Las variables incluidas fueron: edad y sexo del reclamante, fecha de presentación, Centro o Unidad objeto de la reclamación, profesional o servicio implicado, tiempo de respuesta, motivos de la reclamación, y medidas correctoras establecidas. La clasificación en relación al motivo y medidas correctoras fue realizada por la Comisión de Reclamaciones del Área.

Resultados: Fueron incluidas 1.234 reclamaciones (2,36 reclamaciones por 1.000 habitantes y año). La edad media del reclamante fue de 42 años. El 65% de las reclamaciones fueron presentadas por mujeres. El tiempo medio de contestación al usuario fue de 13 días. En el 97,3% de las mismas la respuesta se realizó en menos de 30 días. El médico de familia fue el profesional que recibió más reclamaciones (47,5%). El motivo más frecuente (20,3%) fue el desacuerdo del paciente con el profesional en el proceso asistencial. El 59,6% de las reclamaciones se resolvieron informando sobre el funcionamiento del sistema.

Conclusiones: Las mujeres en torno a los 40 años son los usuarios más reclamantes. Los profesionales más frecuentemente implicados en las mismas fueron los médicos de familia. El motivo más frecuente de queja es el desacuerdo del paciente con el proceso asistencial. Hay que seguir estimulando la disponibilidad y el uso del circuito de reclamaciones y quejas para poder identificar aspectos mejorables.

LA VISITA PREQUIRÚRGICA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA PROGRAMADA

T.V. Suárez González, S. Pérez-Holanda Fernández, A. Fernández Menéndez, C. Cortinatí Besolí y H. García Prada
Hospital del Oriente de Asturias.

C-078

Palabras clave: Visita prequirúrgica, Lista de espera quirúrgica, Ansiedad.

Objetivo Principal: Humanizar la Sanidad. **Objetivos Específicos:** 1) Dar a conocer el Hospital. 2) Aumento en la población de la información acerca de su proceso asistencial. 3) Disminución de la ansiedad del paciente en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) mediante la información y conocimiento de su proceso asistencial. 4) Sensibilización de los equipos quirúrgicos de la necesidad de una mayor humanización del Servicio Sanitario.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Fases: 1) Establecimiento del circuito de la visita prequirúrgica (VPQ): Criterios de inclusión de pacientes: Todo paciente incluido en la LEQ, teniendo visto bueno anestésico. Criterios de exclusión: Ninguno. Se analizan las funciones en cada una de los Servicios médicos implicados, y de la trabajadora social. Se establece el circuito para el paciente, así como el recorrido de la VPQ, con una duración aproximada de 30 minutos, de forma quincenal, con un máximo de 7 pacientes por visita, en horario de tarde. 2) Diseño de los instrumentos informativos (documentos) para el paciente, y de la encuesta de valoración del usuario midiendo aspectos cualitativos de la información recibida y la influencia sobre la ansiedad que entraña estar a la espera de una intervención (IQ). 3) Prueba piloto de la VPQ y valoración de los resultados.

Resultados: Desde la puesta en marcha de este programa el 18 de julio de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2001, recibimos a 58 pacientes de edad avanzada (33% > 65 a), de poco nivel cultural (89% sabe leer y escribir) y de entorno rural. Recibieron información satisfactoria en el 93% de los casos sobre el objetivo de la IQ, en el 48% sobre su duración y en el 55% sobre el tiempo de espera aproximado. A un 85% se le resolvieron sus dudas de forma satisfactoria. Un 19% la VPQ no modificó su temor a la IQ, y en 1 caso se agravó.

Conclusiones: Se cumplieron los objetivos en cuanto que la VPQ da a conocer el Hospital, aumenta la información, permite la medición de la información dada por los servicios médicos, fomenta la disminución de la ansiedad, disminuye incertidumbres y genera participación.

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ESTOMATERAPIA

E. Abad Corpa, M.A. Aznar García, A. Jerónimo Fernández, A Paredes Sidrach de Cardona, C. Pérez López, M.D. Sánchez Alascio y G. Tomás Bartrina
Hospital Morales Meseguer. Dirección de Enfermería.

C-079

Palabra clave: Necesidades; Expectativas; Estomaterapia; Enfermería; Investigación cualitativa.

Antecedentes: La persona ostomizada presenta unas necesidades muy definidas que necesitan satisfacerse mediante una atención especializada e integral. Nuestro hospital cuenta con una Consulta de Enfermería de Estomaterapia desde el año 2001 y ha atendido desde su apertura aproximadamente a 30 pacientes. Pretendemos con este estudio analizar la calidad de los cuidados prestados.

Objetivos: Explorar las necesidades y expectativas de la persona ostomizada usuaria de la Consulta de Enfermería de Estomaterapia.

Metodología: Durante el mes de mayo del 2002, se han realizado tres grupos focales de personas ostomizadas. Para asegurar la homogeneidad y cierto grado de heterogeneidad, los grupos se distribuyeron de la siguiente manera: un grupo de mujeres y dos de hombres (2 franjas de edad); en todos los grupos se encontraban personas en diferentes etapas del proceso (reconstruidos, no reconstruidos, y cirugía reciente). El número de asistentes por grupo fue de 6 personas siendo acompañadas mayoritariamente por los cuidadores informales, a pesar de haber sido una invitación personal. Del total de 23 personas convocadas declinaron en asistir 5 por problemas de desplazamiento. Las reuniones tuvieron una duración de 1,5 horas; fueron moderadas por personal ajeno a la Consulta y recogida la información mediante grabación. Las preguntas formuladas versaron sobre la utilidad de la Consulta, la influencia en la vida personal de la educación sanitaria, la calidad de la atención, los puntos negativos y las medidas para mejorar. El manejo de los datos cualitativos se realizó mediante transcripción completa de la grabación, validación de la transcripción, análisis de contenido e interpretación y validación del análisis por el equipo investigador.

Resultados: Los efectos del proceso salud-enfermedad exceden nuestra limitada visión como sanitarios del proceso asistencial; de tal modo que los participantes explican el proceso como un "todo continuo" sin paralelismos. El nivel de expectativas es muy bajo manifestándose por una elevadísima satisfacción y falta de crítica. El afrontamiento de la consulta es eminentemente técnico dejándose insatisfechas otras necesidades. Aparecen ideas correctoras de tipo organizacional.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER GÁSTRICO

C-080

F. Oteiza Martínez, A. Díaz de Liaño, M.A. Ciga Lozano, M. Nuin Villanueva, F. Cobo Huici, I. Romeo Lecea e H. Ortiz Hurtado

Palabra clave: Cirugía del cáncer gástrico y calidad de vida.

Introducción: Los pacientes intervenidos por cáncer gástrico dentro de un estadio resecable presentan tasas de supervivencia cada vez mayores. Creemos importante incluir los aspectos funcionales y la calidad de vida en investigaciones clínicas controladas con el objetivo de refinar y optimizar el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Valorar la calidad de vida en un grupo aleatorio de pacientes intervenidos por cáncer gástrico con resección curativa, y analizar la influencia de procedimientos radicales como la gastrectomía total o la linfadenectomía D2.

Material y método: Se utilizó el test EORTC QLQ-C30, versión 2.0, con un módulo específico de cáncer gástrico, para evaluar la calidad de vida en pacientes sometidos a gastrectomía R0 entre los años 1992, 1999 sin evidencia de enfermedad en su última revisión. Respondieron a la encuesta 54 pacientes, 18 mujeres y 36 varones, con una edad media de 63 años. De los 54 enfermos, a 24 (45%) se les había realizado una gastrectomía total, y a 26 (48%) una linfadenectomía D2.

Resultados: El estado global de salud no fue influenciado negativamente ni por el tipo de gastrectomía ni por la extensión de la linfadenectomía realizada. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida de los pacientes de mayor edad o estadio tumoral más avanzado.

Conclusiones: En nuestro estudio, la calidad de vida de los pacientes intervenidos por cáncer gástrico con intención curativa, a medio-largo plazo, no se ve influenciada significativamente por la edad, sexo, tipo de gastrectomía, ni por el tipo de linfadenectomía realizada.

DESARROLLO DE COMPROMISOS DE CALIDAD CON EL CIUDADANO: LAS CARTAS DEL PACIENTE

R. Peset Pérez, M. Casquero de la Cruz, V. Saurí Martí, J. Palomar Macián, E. Llorca Marqués y A. Villanueva Montesinos

C-081

Palabras clave: Compromiso, calidad, carta del paciente.

Fundamento: La Cartas del Paciente son documentos en los que se recogen los compromisos que asumen las organizaciones sanitarias ante los ciudadanos y ante los pacientes, enmarcado en el concepto de carta de servicios y como instrumento para una mejora continua de la calidad asistencial. En este documento se describe qué ofrecemos, cuáles son nuestras responsabilidades, que queremos lograr y como pretendemos servir mejor a los ciudadanos y pacientes.

Objetivo: Diseñar y desarrollar la Carta del Paciente.

Método: Se han analizado por una parte y desde diferentes fuentes, las necesidades de los pacientes: Situación actual de las Cartas del Paciente en el mundo. Reuniones y recogidas de propuestas con Colegios Profesionales (Medicina y Enfermería), Asociaciones de Vecinos, Asociaciones de Amas de Casa y Consumidores, Sindicatos, Asociaciones de Enfermos, Sociedades científicas, SAIPs (Servicio de Atención e Información al Paciente), Directivos y mandos intermedios de Atención Especializada y Atención Primaria, y por otra la capacidad de respuesta de la Consellería ante las pruebas diagnósticas y tratamientos, acceso a los servicios, garantía de los derechos de los pacientes así como la posibilidad de estos de participar y colaborar con el sistema sanitario.

Es una Carta Marco del Sistema Sanitario que dará lugar a la creación y desarrollo de las Cartas Locales las cuales acercarán los compromisos al ciudadano en cada zona básica de salud.

Resultados: La Carta al Paciente consta de: Valores del Sistema de Salud. Derechos y Obligaciones. Acceso a los servicios asistenciales. Compromisos. Vías de participación de los ciudadanos en el sistema sanitario. (Le acompaña una guía con la cartera de servicios).

Conclusiones: La carta del Paciente hace explícita nuestra responsabilidad ante ciudadanos y pacientes. Al mismo tiempo, facilita a los pacientes el ejercicio efectivo de sus derechos y el adecuado uso de los recursos sanitarios. La Carta del Paciente debe contribuir a incrementar la confianza y la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios públicos, a la vez que posibilita al sistema sanitario un mecanismo de retroalimentación para la mejora continua en la calidad del servicio que presta.

MEDIDAS INDIRECTAS DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO EN OSAKIDETZA

R.M. González Llinares, B. Arrué Aldanondo e I. Aramburu Chinchurreta

Subdirección de Calidad Asistencial, Osakidetza.

Palabras clave: Calidad percibida. Satisfacción paciente. Sistema de información. Gestión de procesos.

Introducción: Uno de los métodos para "escuchar la voz del cliente" es la medición indirecta de la satisfacción a través de las quejas y reclamaciones que interponen los clientes externos en las diversas Organizaciones de servicios sanitarios. Osakidetza identifica como uno de sus procesos clave "la gestión de la información sobre quejas y reclamaciones del cliente externo", con el objeto de traducir esta información en oportunidades de mejora.

Objetivos: 1) Monitorizar y estabilizar este proceso en toda la red 2) Cuantificar nº de quejas y reclamaciones, así como los motivos y demora media de estas últimas 3) Identificar las áreas de mejora.

Metodología: Aplicación de metodología de gestión de procesos: identificación de clientes, necesidades y expectativas de éstos, entradas y salidas, los responsables, indicadores y documentos requeridos, así como los intervenientes y flujoGRAMA del proceso. Puesta en marcha en el año 2001 hasta la actualidad. Evaluación, definición de las "lecciones aprendidas", ajuste y comunicación.

Resultados: (año 2001 para el conjunto de las organizaciones de servicios de la red: 32):

- Nº total de quejas: 12.485.
- Nº total de reclamaciones: 13.370. Respecto a este tipo de gestión el 85,65% se resuelven (contestan) en menos de 30 días y la demora media de resolución, independientemente de su interposición es de 14,87 días (rango 6,63-24,07 días).
- El 27,06% de las reclamaciones corresponden al motivo de "listas de espera/demoras", el 26,55% a "organización/coordinación" y el 16,48% a "asistencia sanitaria".
- El 59,45% de las reclamaciones corresponden a la atención especializada, de las que 2341 tienen su origen en el área de consultas extrahospitalarias, 1384 en el área de hospitalización, 1330 en el área de pruebas complementarias y 1282 en el área de consultas intrahospitalarias. El 38,60% de las reclamaciones corresponden a la atención primaria.
- "lecciones aprendidas": desglosar más los apartados de "áreas" y "servicios", parametrizar adecuadamente el apartado "motivos", mejora en la recogida de los indicadores, formación para las personas de las áreas de atención al usuario (marzo y octubre 2002).
- Se redefine una nueva Instrucción y nuevas plantillas para la recogida de la información tras los resultados obtenidos en el punto anterior.

Conclusiones: La adopción de modelos de gestión de calidad total en las organizaciones de servicios, indica que la gestión se hace "por algo" y "para alguien", primando la orientación al cliente y demostrando su validez y eficacia.

ESTUDIO DE LAS SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HCU EN EL AÑO 2001

M.T. Escrivano, M. Arencibia, J. Moliner, R. Muñoz, A. Vicente y J.I. García
Hospital Clínico Lozano Blesa.

Palabra clave: Sugerencias, Calidad.

Objetivo: Analizar las sugerencias realizadas por los pacientes como fuente de información para elaborar un plan de mejora de la calidad del hospital.

Metodología: Se recogen las sugerencias propuestas por el 10% de los ciudadanos atendidos en el hospital durante el año 2001. Se clasifican las sugerencias de los pacientes atendiendo a tres tipos: queja, agradecimiento o propuesta. Se ha elaborado una lista de motivos según a lo que se refiera cada sugerencia, agrupándolas según traten sobre: 1) Estructura del hospital, 2) Organización y tiempos de espera, 3) Información al paciente y práctica clínica o 4) Atención y trato por parte del personal sanitario. La codificación se realizó siguiendo una clasificación probada previamente por los miembros del grupo de trabajo.

Resultados: Se analizaron un total de 236 sugerencias realizados por 184 pacientes. La distribución de las mismas según el tipo fue la siguiente: 117 quejas (49,6%), 82 propuestas (34,7%) y 20 agradecimientos sobre la asistencia recibida (8,5%). 17 sugerencias han resultado ser inclasificables. Según los grupos, las sugerencias se distribuyen de forma similar: 24,6% se refieren a la estructura del hospital, 25,8% a la organización y tiempos de espera, 16,5% a la información al paciente y a la práctica clínica y 20,8% a la atención y al trato recibido. Atendiendo al motivo de cada queja, las más frecuentes son las que se refieren al trato recibido por parte del personal de enfermería (14, 11,9%), a la falta de información sobre la enfermedad (8, 6,8%), al control de las visitas (7, 6%), a la comodidad de las habitaciones (7, 6%) y al trato recibido por parte del personal médico (7, 6%). En lo que respecta a las propuestas, el motivo más frecuente se refiere a la adecuación de la ubicación de los pacientes en las habitaciones (10, 12,2%), seguido del deseo por parte del usuario de que las habitaciones sean individuales (7, 8,5%) y que haya comodidad para el acompañante (6, 7,3%).

Conclusiones: El análisis de las sugerencias puede ser un buen método para recoger cuáles son las opiniones de los pacientes sobre el sistema sanitario que los atiende, para así poder realizar tareas encaminadas a mejorar la satisfacción del usuario y la calidad del servicio que ofrece el hospital.

C-083**C-082****OPINIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE.**

M. Escolano Gibert, M. Solé Orsola, I. Pera Fábregas, E. Dalmau Matarrodróna y A. Pajín Santos
Hospital Universitario Vall D'Hebron, Área Traumatología.

C-084

Palabra clave: Intimidad, encuesta, opinión.

Antecedentes: En el área de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Universitario Vall d'Hebron, se planteó un proyecto de *mejora de las actitudes respecto al derecho a la intimidad del paciente*.

Estrategias:

- Constitución de un grupo de mejora para analizar las situaciones en las que se podría vulnerar la intimidad del paciente.
- Definición conceptual.
- Formación.

Objetivo: Conocer la opinión de pacientes y profesionales, identificando situaciones en que podría vulnerarse el derecho a la intimidad.

Material y método: se elaboró una encuesta tipo LIKER con 12 preguntas, con los siguientes criterios; 1) Privacidad física entorno, 2) Privacidad de actividades profesionales, 3) Confidencialidad sobre información.

Población: 203 pacientes ingresados y 226 profesionales, en tres categorías; facultativos, personal sanitario, personal no sanitario.

Características de la población:

Edad media pacientes: 44,5, rango: 12 - 81.

Edad media personal: 46,8, rango: 26 - 70.

Periodo de estudio: 26 de noviembre a 20 diciembre de 2001.

Resultados: El 98% de pacientes han priorizado como muy importante la privacidad física relacionada con el entorno. El 100% de los > de 65 años han priorizado los tres criterios, y los < de 65 solo los han priorizado en un 89%. El personal facultativo femenino ha priorizado muy importante (100%) los tres criterios coincidiendo con los pacientes > de 65 años, mientras que los facultativos masculinos solo han priorizado en un 100% la privacidad física. El personal sanitario ha priorizado en un 100% los tres criterios. El personal no sanitario masculino ha priorizado en un 100%: privacidad física y de actividades profesionales. El femenino ha priorizado: privacidad física y confidencialidad sobre la información. El 100% de los profesionales > de 40 y < de 40 han priorizado lo mismo que el personal no sanitario femenino.

Conclusiones: Los pacientes > de 65, los facultativos femeninos y todo el personal sanitario, valoran la intimidad en todas las situaciones planteadas. Ello evidencia la concordancia sobre el concepto de intimidad en estos grupos. El colectivo a mejorar es el facultativo masculino y el personal no sanitario. Plan de mejora previsto; formación y diseño de material iconográfico.

**GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES/SUGERENCIAS:
¿IMPICACIÓN DE TODOS?**

C. Guiteras Mauri, R. Carrera Goula e I. Cerdà Calafat

C-085

Palabra clave: Reclamaciones, indicadores, acciones de mejora, jefes de servicio.
Resumen: Nuestro hospital dispone de una unidad de atención al cliente (UAC) con un sistema escrito de gestión de las sugerencias/reclamaciones, el cual ha evolucionado a lo largo de los años (14 años) con el objetivo de implicar a los jefes de servicio en su gestión, detección de opciones de mejora y implantación de las mismas.

Objetivo: análisis de la implicación de los jefes de servicio, en la gestión de las reclamaciones.

Metodología: El circuito interno para la gestión de las reclamaciones se basa en el análisis por parte del jefe de servicio, quien la analiza y emite una respuesta interna (actuaciones realizadas y propuestas de mejora). Cuando hay más de un servicio implicado, este análisis se realiza mediante reunión conjunta. La UAC elabora la respuesta para el usuario, que es firmada por la Dirección. Desde 1998, se establecieron como indicadores la distribución según codificación, tiempos de respuesta y propuestas de mejora, informándose de los resultados de forma mensual (SIS), trimestrales (Dirección y comité asistencial) y anuales (todo el centro). A 2001 se incorporaron los indicadores de reclamaciones a los contratos de gestión de los jefes de servicio, como instrumento

Resultados:

Total reclamaciones	2000	2001
reclamaciones	262	371

Motivos:

asistencial	10%	9,30%
trato	11%	4,30%
información	4%	2,39%
organización	72%	81%
hotelería	3%	2,87%

Días respuesta:

Centros responsabilidad: Respuestas < 15 días: 317 (80,2%). Rango (1-173)
Unidad atención al cliente: Respuestas < 10 días: 340 (91,6%). Rango (1-30)

Definitiva al usuario: Respuestas < 21 días: 286 (77%). Rango (1-174)

Propuestas de mejora:

Entrevistas personales con los usuarios (20% de las reclamaciones asistenciales). Revisión circuitos. Reorganización endoscopios. En las reclamaciones de lista de espera análisis individual de cada caso.

Conclusiones: Mejora la sensibilidad de algunos profesionales, aunque persiste el rechazo inicial. Los plazos de respuesta varían según la complejidad del tema. Motivar que surjan propuestas de mejora es un trabajo arduo y lento. El incremento de reclamaciones representa también un incremento de tareas posteriores, sobretodo de la UAC y los jefes de servicio.

MESA 13**Modelos de gestión
y acreditación**

Sala Florencia 1
Jueves 10, 12:00-14:00

ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUE HEMOS APRENDIDO?

A. Collado Cucò, E. Morales Suárez, L. Ríos Vallés, R. Simón Pérez, L.I. Colomés Figuera y M. Boqué Cavallé

C-086**Palabra clave:** Acreditación, Joint Commission, Atención Primaria.**Objetivos:** Presentar la experiencia de los profesionales de nuestro centro en el proceso de acreditación Joint Commission.**Diseño de la comunicación:** Comunicación de una experiencia

Resumen de la experiencia: Nuestro centro venía desarrollando una política de calidad sistematizada en 1994 que, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, no solo no suponía una herramienta de mejora sino que introducía elementos negativos: burocratización, jerarquización, desviación de recursos, etc... En 1998 la empresa gestora de nuestro centro rediseña su política de calidad en base a modelos referentes: la EFQM y la Joint Commission. Nuestro centro fue seleccionado para iniciar una primera experiencia de acreditación Joint Commission en Atención Primaria. A partir de un primer "Assessment" de detección de oportunidades de mejora se diseñó una política de trabajo encaminada al análisis i resolución de los problemas detectados

En octubre del 2001 se realizó la auditoria que dio como resultado la primera acreditación de la Joint Commission a un centro de atención primaria europeo.

Resultados: Por parte de los profesionales, las reformas introducidas a raíz de esta experiencia se pueden dividir en tres grandes bloques:

- Mejoras evidentes, cuya necesidad era conocida en parte, pero que no se llevaron a cabo hasta no tener la "necesidad" de la acreditación. Aquí se incluirían las mejoras estructurales (edificio, seguridad...), de gestión de procesos, de práctica clínica, etc..

- Mejoras inicialmente rechazadas o no comprendidas y posteriormente asumidas: incluyen todos aquellos aspectos que en principio chocaban con nuestros hábitos de trabajo y nuestra visión latina de la vida y de nuestra profesión: aspectos éticos, de gestión del personal, de burocracia interna, de gestión de la información, de política de calidad...

- Mejoras no asimiladas como tales: exceso de burocratización de las actividades.

Conclusiones: El proceso de acreditación Joint Commission ha aportado a los profesionales de nuestro centro claros beneficios desde el punto de vista de la política de calidad:

Reconocimiento de la utilidad de la política de calidad e identificación de ésta con la propia actividad.

Aceptación de unos estándares de referencia.

Cambio de mentalidad, orientándola más al cliente.

APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN LA PLANIFICACIÓN ESTRÁTÉGICA

V. Gil Suay, B. Valdivieso Martínez, M. Hoyos García, P. Ripio
Feliu y M.F. Saiz Gallego
Hospital Universitario La Fe.

C-087**Palabra clave:** Planificación estratégica.

Metodología: Se establecen las siguientes etapas para la elaboración del Plan Estratégico de nuestro Hospital: 1) Definición del propósito del hospital (misión) y declaración de adonde se pretende llegar (visión). 2) Realización del Análisis Estratégico: a) Diagnóstico externo. Análisis del microentorno y del entorno más próximo. b) Diagnóstico interno del Hospital. Tanto para la revisión de los resultados como de la cultura organizativa se utilizó la autoevaluación interna siguiendo el modelo EFQM. 3) Tras este análisis, se completaron las restantes etapas de una adecuada planificación estratégica - análisis DAFO y perfil estratégico- con la idea de detectar debilidades y oportunidades, seleccionar líneas estratégicas y planes de acción.

Resultados: Se obtuvo Plan Estratégico para el período 2001-2004 que desarrolla 9 líneas estratégicas y engloba cerca de mil acciones a realizar en el ámbito de la organización. Todas las acciones se priorizaron mediante tablas matriciales al ponderar su importancia con respecto a la misión, relación a la estrategia y facilidad de acometerlas. Posteriormente, cada una de las acciones incluidas en el Plan Estratégico desarrollado fueron relacionadas con el criterio del modelo EFQM al que hacían referencia y se les asignó responsables. Por último, todas las acciones incluidas en el Plan Estratégico fueron introducidas en una aplicación informática -gestor de proyectos- con sus fechas de realización, responsable asignado, relación con las líneas estratégicas y criterio del modelo EFQM con el fin de facilitar el despliegue del Plan, su seguimiento y permanente revisión.

Conclusiones: En el modelo EFQM hemos encontrado el apoyo metodológico necesario para la realización de un análisis coherente e integrado de nuestro Hospital. Nos ha servido de fundamento para introducir la cultura de la excelencia, permitido obtener una medida (puntuación) que sirve de referencia para una posterior comparación de los avances conseguidos y, por último, nos ha facilitado ordenar las acciones englobadas en el Plan Estratégico, haciéndonos mantener siempre la visión del modelo EFQM como patrón de referencia y al poder comprobar cómo inciden nuestras acciones en los distintos criterios del modelo.

EVALUACIÓN CON EFQM SIGUIENDO UNA ESTRATEGIA MIXTA AUTOEVALUACIÓN- EVALUACIÓN EXTERNA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

J.F. Navarro Gracia, J.L. Gaona Barthelemy, J.A. Llavona Uribelarrea, F. Leyn Van der Swalm, M. Reillo Flokранs y M. Zaragoza Fernández

C-088**Palabras clave:** EFQM, evaluación, calidad asistencial.

Objetivos: Describir a grandes rasgos el procedimiento general de evaluación de la calidad asistencial en nuestro hospital con el Modelo EFQM utilizando una estrategia mixta de autoevaluación y de evaluación externa.

Metodología: Se realizó la evaluación siguiendo el modelo oficial de criterios EFQM utilizado en el Acuerdo de 24-2-98 entre la Generalitat Valenciana y las administraciones públicas. Se desarrolló el proyecto en 5 etapas: 1º: Fase Preparatoria: Enero-Septiembre 2001 (Comunicación interna, permisos institucionales, selección de participantes), 2º Fase de Formación: 17-19 Octubre 2001 (Seminario intensivo de evaluación con EFQM), 3º: Fase de Autoevaluación: noviembre 2001 a marzo 2002 (entrevistas, visitas al hospital, consulta, informes), 4º: Fase de Evaluación externa: abril 2002 (entrevistas, consulta informes) y 5º: Fase de Presentación de Resultados: mayo 2002 (Documento final, acto de presentación).

Resultados: La evaluación ha necesitado el concurso de las siguientes personas: 2 inspectores, un coordinador general y 47 personas repartidas en 5 grupos de trabajo. Los 5 grupos se encargaron de los siguientes criterios: 1 y 8 (grupo I), 2 a-b-c-e y 6 (Grupo II), 3 y 7 (Grupo III), 4 y 9 (Grupo IV) y 5, 2-d y 9 (Grupo V). Se precisaron aproximadamente 20 reuniones por grupo de trabajo, 3 reuniones de apoyo con los inspectores y una reunión final de consenso. El documento de evaluación consta de 70 páginas, se ha redactado tras 7 meses de trabajo y define, para cada criterio, los puntos fuertes, las áreas de mejora y las evidencias encontradas. La evaluación externa ha coincidido en líneas generales con la autoevaluación. Sólo una persona de las 47 abandonó los grupos de trabajo.

Conclusiones: Nuestra evaluación mixta con EFQM ha sido un proceso complejo y consumidor importante de recursos de personal. Sin embargo, creemos que aporta una elevada validez, precisión y aceptabilidad. Además, identifica claramente a personas que constituirán los equipos de mejora para dar continuidad al ciclo de la calidad.

MODELO DE CERTIFICACIÓN Y HOMOLOGACIÓN DE UNIDADES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA: CRITERIOS DE CALIDAD.

J. Álvarez Ponce, A. Naranjo Rodríguez, F. Marín Puerto, R. Díaz Peral y A. Arizti Bayón

C-089**Palabra clave:** Calidad, Certificación, Acreditación, Endoscopia.

Objetivo: Elaboración de un modelo de certificación y acreditación de Unidades de Endoscopia Digestiva, consensuado por la Asociación Andaluza de Inspección de Servicios Sanitarios con la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva.

Metodología: Revisión bibliográfica. Recopilación de aspectos normativos reguladores y de aplicación a establecimientos sanitarios públicos y privados, y normativa industrial. Designación de expertos, reuniones y consenso absoluto.

Resultados: Relación de legislación sanitaria e industrial de aplicación según características de instalaciones y sus fines.

Elaboración de criterios y posterior determinación de requisitos técnicos a nivel de mínimos y de recomendaciones, según complejidad de las técnicas diagnósticas - terapéuticas que desarrollan. Dos grados de complejidad: "Básicos" y comunes a cualquier Unidad de Endoscopia, y "específicos" para exploraciones con técnicas invasivas o que precisen sedación anestésica vigiliada.

Determinación de criterios y requisitos, a efectos de evaluación, referidos a:

- Caracterización de unidades, accesibilidad, estructura de locales destinados a uso de pacientes, instalaciones generales, publicidad.
- Accesibilidad, estructura, circulaciones, de dependencias e instalaciones destinadas a la atención sanitaria.
- Estimación de equipamiento electromédico y elementos auxiliares a la exploración endoscópica. Equipamiento general inespecífico y para situaciones de emergencia clínica.
- Aspectos organizativos, registros y documentación clínica. Planes y controles de calidad, mantenimientos e incidencias en equipos electromédicos.
- Recursos humanos, titulación y cualificación.
- No se ha constatado la publicación de protocolos o guías de evaluación para este tipo de unidades.

Conclusiones: 1) El Modelo establece los requisitos imprescindibles para una práctica clínica de calidad en las Unidades de Endoscopia Digestiva. 2) Permite la evaluación objetiva de dichas unidades, en sus aspectos estructurales físicos, de equipamientos y de organización. 3) Es un documento base para la elaboración posterior de una Guía de Orientación sobre normas, requisitos y características funcionales de estas Unidades, estimada de utilidad para profesionales y centros sanitarios, por las Sociedades referidas.

PLAN DE ADECUACIÓN A LA NUEVA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2000 DEL SUMMA-061

C. Buey Mayoral, A. Pérez Hernando, I. Segovia Robles, M. Garrido Martín, M.J. Fernández Campos y P. Carrasco Garijo

C-090**Palabras clave:** Certificación de servicios sanitarios. Normas ISO.

Objetivo: Presentar el Plan de Adecuación a la nueva Norma UNE-EN-ISO 9001:2000, desarrollado durante el año 2001, con motivo de la auditoría de recertificación del SUMMA-061.

Metodología:

1. Se definieron los siguientes factores a resolver:
 - 1.1 Cambios en organigrama del Servicio.
 - 1.2 Necesidades de cambios en la documentación originados por las acciones correctivas-2000
 - 1.3 Requisitos de la norma UNE-EN-ISO 9001:2000.
 - 1.4 Cambios originados tras la segunda auditoría de seguimiento de AENOR de Febrero-2001.
2. Se estableció un plazo de actuación Marzo-Septiembre 2001 para afrontar la auditoría de recertificación.
3. Fases:
 - Primera. Modificación de la documentación existente. Influencia de cada factor en cada documento del Sistema y planificación para realizar los trabajos.
 - Segunda. Elaboración de nueva documentación para cumplir los requisitos exigidos por la Norma.
4. Plan operativo:
 - 4.1. Identificación de los procesos críticos, de soporte y estratégicos. Mapa de procesos.
 - 4.2. Convocatoria abierta para la participación de los profesionales.
 - 4.3. Constitución de los grupos específicos de mejora y nombramiento de Coordinador por grupo.
 - 4.4. Formación para los Coordinadores de grupo.
 - 4.5. Celebración de reuniones y elaboración de la documentación por los grupos, en coordinación con el Área de Calidad y Atención al Usuario.
 - 4.6. Revisión por el Comité de Calidad y aprobación por el Director Gerente.
 - 4.7. Distribución e implantación de la nueva documentación.
 - 4.8. Celebración de la auditoría de recertificación de AENOR.
 - 4.9. Elaboración del Plan de Acciones Correctivas correspondiente.

Resultados: 1) La nueva documentación que soporta el Sistema de Gestión de la Calidad del SUMMA-061 orientada hacia la gestión por procesos y mejora continua, así como la satisfacción de los usuarios. 2) Obtención de la recertificación como empresa registrada por AENOR, de acuerdo a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000 en diciembre de 2001.

Conclusiones: 1) El desarrollo del Plan de Adecuación a la nueva Norma responde a las necesidades de los factores que lo motivaron. Tenemos que mejorar la implantación del Sistema. 2) La participación de profesionales de diferentes categorías y Áreas del Servicio hizo posible el desarrollo del Plan. 3) Hemos dado un paso más en el camino de la mejora de la calidad del SUMMA-061.

EQUIPOS DE MEJORA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET ZARAGOZA

J.L. Marco Hernández y J.C. López de Silanes

Palabras clave: Grupos de mejora, trabajo interdisciplinario, acciones de mejora, resultados de analíticas en urgencias, localización de personal, workshop.

Introducción: En octubre de 1997 se sugirió a la Comisión de Formación Continuada del Hospital Miguel Servet de Zaragoza la posibilidad de organizar una experiencia-piloto con el objetivo de contrastar en el hospital el potencial del sistema de trabajo basado en "equipos de mejora continua" que tan buenos resultados proporciona en organizaciones de otros sectores de actividad. Tras obtener la aprobación de la Gerencia del hospital para esta iniciativa, se programó un "workshop" (híbrido entre acción puramente formativa y de consultoría), que, con el título de "GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA", se impartió a quince personas vinculadas a la Sección de Urgencias del Servicio de Pediatría del Hospital Infantil. Las tres áreas preferentes de mejora del Hospital eran: mejorar la calidad, mejorar los altos grados de masificación y mejorar los costes. Teniendo en consideración estas áreas preferentes de mejora, los propios participantes en el workshop propusieron mediante la técnica de "tormenta de ideas" cuarenta y cinco posibles temas susceptibles de mejora en el servicio. A partir de esa lista de 45 temas, los participantes fueron seleccionando en sucesivas votaciones aquellos temas que, a su entender, resultaban prioritarios, llegando a una lista definitiva de seis temas de atención preferente. A esos seis temas se les aplicó un "filtro de selección" consistente en la ponderación de diversos factores de selección, de forma que finalmente se llegó a priorizar el interés y viabilidad de los seis temas.

Como conclusión de este trabajo, se priorizaron dos temas: la agilización del tiempo de recepción de los resultados de analítica y la mejora del método localización del personal requerido en urgencias. Siguiendo el principio de "solo podemos mejorar lo que podemos medir", se fijaron unos indicadores asociados a ambos temas.

TEMA	INDICADOR
Agilizar el tiempo de recepción de los resultados de analítica	Tiempo transcurrido entre la obtención de la muestra en urgencias o la extensión del correspondiente volante, hasta la recepción del informe completo de analítica en urgencias
Mejorar método localización del personal requerido en urgencias	Tiempo transcurrido entre la aparición de la necesidad de localizar a un profesional del hospital para que acuda a urgencias y la personación de dicho profesional en el servicio de urgencias

Una vez establecidos los objetivos de mejora y sus indicadores, los participantes en el workshop formaron dos "equipos de mejora", cada uno de los cuales se responsabilizó del estudio, análisis y consecución de uno de los proyectos de mejora seleccionados. Un aspecto muy interesante de esta experiencia fue la colaboración entre los diferentes estamentos del hospital: en dicho grupos trabajaron juntos médicos, enfermeros, celadores, técnicos de laboratorio, etc. Este enfoque enriqueció mucho el resultado final al dar puntos de vista muy diferentes del mismo problema. Las conclusiones de los grupos de mejora son objeto de la comunicación a presentar.

C-091

MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD EN PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

A. Calvo Pardo, J. Callau Puente, J.I. Castaño Lasaosa, A. Sicilia Ruiz y S. López Gracia

C-093

Palabra clave: Calidad, acreditación, programas prevención cáncer de mama.

Objetivos: Analizar las principales metodologías de acreditación existentes y valorar las que mejor se adapten a los Programas de detección precoz de cáncer de mama, dentro del Sistema Sanitario Español. Comprobar que la metodología elegida es aplicable a este tipo de intervención sanitaria.

Métodos: Tras analizar las ventajas e inconvenientes que supone la aplicación de distintas metodologías de acreditación (normas ISO, EFQM, Joint Commission) a los programas de detección precoz del cáncer de mama, se concluye la conveniencia de elaborar un Manual de Acreditación propio, basado en el propuesto por la Joint Commission.

Resultado: El manual elaborado parte del concepto de función y de la definición de una serie de criterios o declaración de expectativas y de estándares o niveles esperados de éxito. Los 72 criterios elaborados se distribuyen en tres funciones: Funciones centradas en la población diana, funciones centradas en la organización y estructuras con funciones. Se establece una escala de 1 a 5 para cada criterio, creando reglas de decisión. El incumplimiento de algún criterio con el suficiente peso específico puede, por si solo desacreditar todo el programa o únicamente disminuir la valoración general del mismo.

Conclusiones: El manual de elaboración propia, adaptado de la metodología de la acreditación de la Joint Commission, puede aplicarse a los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama, lo que se pone de manifiesto tras validarla externamente en uno de ellos. La aplicación del manual supone un instrumento de mejora de la calidad global, un incentivo para los profesionales implicados y una señal de prestigio para el Programa.

REDISEÑO DE UN PLAN DE CALIDAD: INTEGRACIÓN DE TRES PROGRAMAS EN UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO

C. Abelló Somolinos, G. Casasampera Fernández, J. Colomer Mascaró y J. Pérez Bartolí
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

C-092

Palabras clave: Calidad, organización, programas.

Introducción: El desarrollo de un nuevo modelo organizativo, con un organigrama que integra tres hospitales en una sola gerencia y nueve direcciones, ha conllevo el diseño de un Plan de Calidad (PC) que acoja los programas ya existentes.

Objetivos: Establecer una política de calidad para todo el hospital, con más de 6.000 profesionales.

Desarrollar un modelo organizativo con una estructura de soporte equivalente en cada área.

Metodología: Diagnóstico de situación:

-Censamos 64 estructuras grupales distintas, analizamos las actas y valoramos: actividad, participación, grado de desarrollo de objetivos y resultados conseguidos

-Constatamos un alto nivel de participación, duplicidad de funciones y discrepancias en normas y circuitos

-Censamos sistemas de pacto de objetivos y de gestión diferentes, con un nivel de desarrollo de objetivos distinto entre las áreas

-Entrevistamos a los profesionales que habían coordinado actividades

Resultados: Diseño del nuevo PC:

-Realizamos sesiones de trabajo con el nuevo equipo directivo, donde se definió: el concepto de calidad en nuestro hospital, la misión y el sistema organizativo del PC y el perfil de los profesionales de los núcleos de soporte

-El PC refleja los valores de nuestra empresa, depende del comité directivo, se integra en la dirección de organización y sistemas, incorpora las directrices del grupo corporativo y cumple la legislación autonómica y estatal vigente

-El PC articula todos los objetivos de calidad del hospital

-El organigrama del PC consta de: comisión de evaluación de calidad (gestión del programa), grupo de coordinación, núcleos de soporte de calidad, comisiones clínicas transversales, grupos de mejora

-El comité directivo aprobó y difundió el nuevo PC

Conclusiones: El liderazgo de la gerencia y del comité directivo ha sido imprescindible para la implantación del PC. Se han priorizado los contenidos asistenciales en los núcleos de soporte de calidad. Dada nuestra magnitud y para paliar las amenazas al desarrollo del proyecto, estamos realizando la transversalización de comisiones por fases. Este proceso de integración de comisiones y grupos disminuye el número de estructuras grupales aumentando la eficiencia. Es eficaz extender a todo el hospital aquellos sistemas que hayan demostrado efectividad e incorporar instrumentos de gestión para conseguir un PC homogéneo.

GESTIÓN INTEGRADA (CALIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y MEDIO AMBIENTE) EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE – PROF. NOVOA SANTOS

A. Facio Villanueva, P. Molina Coll, P. García Dacosta, A. Bouza Montero, J. Grandal Amor y B. Montero Rey
Hospital A. Marcide.

C-094

Palabras clave: Calidad, Prevención de Riesgos, Medio Ambiente, certificación, normas ISO.

Objetivo: Presentar la experiencia de la Gestión Integrada (GI) de los tres sistemas (Calidad, Prevención de Riesgos, Medio Ambiente) en los servicios implicados en el alcance del sistema de la calidad (Lavandería, Farmacia y Análisis Clínicos) del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide.

Metodología: Tras la puesta en marcha del Plan de Calidad de del Complejo en 1997 se ha trabajado en certificación ISO de Servicios Centrales. Se redefinió el Plan de Calidad en el 2001 y se decidió implantación de la gestión integrada en dichos servicios. Para ello se pusieron en marcha la coordinación de la Unidad de Calidad, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales y se asignaron las competencias de Medio Ambiente a miembros de la Unidad de Calidad. La responsabilidad de la documentación y los sistemas de auditoría se asignó a la Unidad de Calidad.

Resultados: La integración del Plan de Residuos (elemento clave en Análisis Clínicos y en Farmacia) dentro del sistema de gestión garantiza un control medio ambiental específico. Así mismo las Guías publicadas recientemente por Salud Pública (Esterilización, Desinfección, Residuos, etc.) han obligado a la organización a asignar nuevas competencias. La creación por parte del Servicio Gallego de Salud de las Unidades de Calidad y Unidades de Prevención de Riesgos Laborales (UPRL) han dotado a los hospitales de herramientas adecuadas para poner en práctica la GI. Se han certificado los tres servicios mencionados ISO 9000 y se ha realizado una evaluación medio ambiental y un mapa de riesgos. Se está preparando la auditoría siguiendo la ISO 14000 en los servicios certificados en Calidad y se está implantando en Esterilización, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico un sistema integrado. La experiencia adquirida en certificación de la calidad ha permitido el abordar los tres ámbitos en los servicios a certificar.

Conclusiones: La Gestión Integrada es esencial para el desempeño de las tareas ya definidas en otros sectores empresariales, estando en el horizonte de los centros sanitarios. El cumplimiento de las normativas de Prevención de Riesgos y Medio Ambiente debe coordinarse en los hospitales creando un área de gestión integrada, asignada a las unidades de nueva creación (Calidad y Prevención de Riesgos).

CARTA DE SERVICIOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA. UN RETO EN CALIDAD

M. Galindo Gallego, P. González Sánchez, F. Mendoza Rodríguez, L. Pescador Rodrigo y M. González Grande Hospital La Fuenfria.

C-095

Palabra clave: carta, servicios, ciudadano, usuario, información.

Introducción y objetivos: La información recibida por el paciente sobre la actividad y los servicios ofrecidos por el hospital al que acude le predispone a recibir dichos servicios bajo una idea de seguridad, organización, transparencia, derecho y capacidad de participación. El RD 1259/1999, de 16 de julio, regula los requisitos para la elaboración de la llamada CARTA DE SERVICIOS; documento que describe los servicios prestados, normativa, derechos y deberes del usuario, formas de participación en la mejora del servicio proporcionado, compromisos de calidad y sistemas para asegurarla.

El Hospital La Fuenfria perteneciente al Instituto Madrileño de la Salud ha elaborado la primera Carta de Servicios del ámbito hospitalario público ajustada a normativa. El trabajo pretende mostrar la metodología de consenso utilizada en el proceso de elaboración y presentar el resultado final.

Metodología: El proyecto de elaboración de la CARTA DE SERVICIOS fue liderado por la Gerencia y asumido por todos los profesionales. La Comisión Central de Garantía de Calidad aprobó el proyecto a principios de 2001. La Carta está basada en los siguientes documentos:

1. LIBRO DE ACOGIDA DEL PACIENTE, implantado en 1996, donde ya figuran los derechos y deberes del paciente.
2. PLAN ESTRATÉGICO DEL CENTRO aprobado en 1999 que recoge la filosofía contemporánea y los compromisos de futuro de la institución.
3. La GUÍA HOSPITALARIA DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES, editado en 2000, que describe la labor asistencial, procedimientos y sistemática de información de todas las áreas con servicio directo al paciente.

Resultados: La Carta de Servicios quedó elaborada como un nuevo documento institucional de calidad siguiendo la normativa oficial, quedando extractado mediante un tríptico igualmente normalizado. La Comisión de Documentación e Historias Clínicas aprobó el documento tras verificar que cumplía fielmente su objetivo, procediéndose entonces a la fase de valoración y aprobación por las Subsecretarías de los Ministerios de Sanidad y Administraciones Públicas (fase actual).

Conclusión: La iniciativa del Hospital La Fuenfria puede servir de ejemplo sencillo en la elaboración de estas cartas en el medio asistencial sociosanitario. Pretende favorecer la comunicación con el ciudadano ajustándose a las nuevas normas Institucionales, preludio de la integración europea en materia de calidad.

CONTRATACIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CONTRATOS PROGRAMA DE HOSPITALES DE AGUDOS DE LA CAPV.2002

I.I. Betolaza San Miguel, J. Ortua Martínez de Arbulu y J. Cruz Aguirre López

Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad.

C-096

Palabra clave: contratos programa calidad contratación financiación.

Introducción: En el año 1998 y tras la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, se produce un avance en los aspectos relacionados con la contratación de servicios y de su calidad en los Contratos Programa de los Hospitales de Osakidetza, se introduce un modelo con diferentes tipos de compromisos y se ligan los resultados obtenidos en calidad a la financiación.

Contratación de la calidad: En el nuevo modelo de contratación de la calidad se ha intentado que además de los resultados obtenidos, este riesgo financiero tenga una relación con el volumen de negocio del Hospital y que esta relación sea directa con los diferentes grados de cumplimiento de los objetivos pactados, o lo que es lo mismo que discrimine de una forma más intensa a los distintos proveedores.

MODELO DE ACREDITACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: APLICACIÓN EN UNA UNIDAD

R. Díaz Peral, A. Fernández Zulueta, M. Tejedor Fernández, J. Marín Morales, F. Marín Puerto y J. Álvarez Ponce

C-097

Palabras clave: Acreditación, Calidad, Cirugía Mayor Ambulatoria.

Objetivo: La Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) ha desarrollado un sistema de acreditación específico de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA). El objetivo de este trabajo consiste en la evaluación de una UCMA por el modelo de acreditación de ASECMA.

Metodología:

- Constitución de un equipo de trabajo formado por Cirujano, Jefe de UCMA, Director de Calidad hospitalario, Supervisora de enfermería y Médico (colaboradora externa) experta en evaluación.
- Manual de acreditación ASECMA: este documento es el resultado de un trabajo de investigación realizado con una beca FIS (Nº Expediente 01-1580). El grupo de investigación fue asesorado por la Fundación Avedis Donabedian.
- Recopilación y actualización documental, durante siete sesiones de trabajo conjunto (la última consistió en una auditoría documental).
- Cumplimentación del formulario de autoevaluación y remisión al acreditador.
- Reunión informativa con el personal de la UCMA.
- Fijación de fechas de visita del acreditador.

Resultados: Recopilación documental laboriosa, por fuentes hospitalarias diversas, destacándose:

- Carencia, en la UCMA, de documentos escritos sobre algunos procedimientos de atención a usuarios (acreditativos de estándares del Capítulo de Derechos de los pacientes y ética).
- Ausencia de solicitud en el Manual, de algunos indicadores que, a criterio de los profesionales, son útiles para medir la calidad en UCMA (índice de resolución CMA, de recidivas, etc.).

- Existencia de estándares no aplicables a hospitales públicos. Apreciación, en la unidad evaluada, de áreas insuficientes (correspondientes a algunos estándares de las Secciones: Funciones dirigidas al paciente y Funciones de organización), junto con cumplimiento de numerosos estándares de otras áreas (sobre todo, de las Secciones: Funciones de la organización y Estructuras con funciones).

Ausencia de instrucciones, por escrito, sobre cumplimentación del formulario de autoevaluación en el Manual.

Conclusiones: El modelo de acreditación referido permite el análisis funcional y la detección de áreas de mejora en las UCMA. El Manual debería incluir estándares más específicos de UCMA y contener una guía de cumplimentación del formulario de autoevaluación. Esta experiencia permitió incorporar mejoras organizativas que tuvieron una buena acogida por los profesionales.

OUTLIERS: EL INDICADOR DE EFICIENCIA OCULTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Ll. Balañà Fort, R. Tomàs Cedó, N. Nieto Fumanal, Ll. Colomés

Figuera y Ll. Nualart Berbel

SAGESSA, Epidemiología, Evaluación e Información AS.

Palabra clave: Sistemas de información, Eficiencia, GRD, outliers.**Introducción:** En la última década, se ha producido en los hospitales españoles un importante desarrollo de los sistemas de información basados en *case-mix*. Ello permite evaluar y comparar resultados de nuestros procesos asistenciales, así como con estándares externos. Históricamente los indicadores de eficiencia basados en GRD excluyen los *outlier* (altas con estancia superior al *punto de corte*; siendo diferente para cada GRD y se define en base a la distribución de la estancia del GRD en una base de datos de referencia), cuando son episodios de alto consumo.**Objetivo:** a) Comparar el % de *outliers* con hospitales similares. b) Tipificar las características de los *outliers* de nuestro hospital.**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Analizamos las altas de nuestro hospital del año 2001. Base de datos agregados por GRD de hospitales de referencia de la XHUP.Ambos CMBDAH utilizan la versión GRD HCFA 16 y sus puntos de corte son los de la XHUP. Para el análisis estadístico se aplican los test de *chi-cuadrado* y de comparación de medias. Programas utilizados: EPIINFO, MSAccess, MSEExcel y Clinos.**Resultados:** Aparecen 254 (1,90%) altas *outlier*. Por nuestro *case-mix* se espera (estándar) un 2,22%. Los servicios con superior % de *outliers* son Traumatología y Medicina (alrededor del 3%). Los *outliers* se asocian con un % mayor de traslado a sociosanitario (12,2% vs 2,5%, p < 0,001) y menor a domicilio (79,1% vs 91,1%, p < 0,001). La edad media de los *outliers* es 3,6 años superior al resto (p < 0,05). La mortalidad no difiere y el % de varones es similar a la hembras.**Conclusiones:** Un factor asociado al incremento de *outliers*, es la necesidad de retener al paciente a la espera de una plaza en centros socio-sanitarios. Otra posibilidad sería la infradeclaración de complicaciones/comorbilidades, en el CMBDAH; esto implica que algún caso pertenece a otro GRD más complejo donde no sería *outliers*. Aunque nuestro % de *outliers* es inferior al de hospitales similares, siempre hay que procurar disminuirlo. La mera inclusión en el sistema de información de gestión clínica de información de *outliers* conllevará una sensibilización hacia estos casos de alta estancia.

MESA 14

Gestión de la calidad de los sistemas de información

Sala Florencia 2
Jueves 10, 12:00-14:00

ABRIR PREGUNTAS IMPLICA SOLUCIONAR PROBLEMAS

O. Monteagudo Piqueras, J. García Fernández, M. Bret Zurita, C. Navarro Royo, V. Pérez Blanco y J. García Caballero

C-098

Palabra clave: información, legibilidad, comprensibilidad, satisfacción.**Objetivo:** Los médicos del servicio anestesia Pediátrica junto con el de radiodiagnóstico observaron el grado elevado de cancelaciones a la hora de la realización de resonancia magnética nuclear en niños. Este procedimiento requiere de anestesia general. Muchos niños no iban preparados lo que conllevaba la suspensión del procedimiento. Los padres recibían poco o ninguna información acerca de la preparación necesaria. Se puso en marcha un circuito de información en la que debían participar principalmente los médico peticionarios de la prueba diagnóstica.**Metodología:** Elaboración de consentimiento informado (CI) específico para resonancia magnética nuclear en el niño con requerimiento de anestesia general. Explica en qué consiste la resonancia magnética nuclear y la anestesia general, objetivos, riesgos generales y personalizados, beneficios, alternativas, autorización, declaraciones y firmas.

Elaboración de hoja de informativa (HI) donde se explica la preparación detallada del niño antes de la realización de la prueba, así como a quién y dónde llamar si se requiere de más información.

Sesión conjunta con los servicios médicos y quirúrgicos pediátricos peticionarios de la prueba para que fueran ellos los encargados de la entrega del CI y de la HI.

Elaboración de una encuesta para valorar comprensibilidad real del CI y de la HI, así como la satisfacción del familiar.

Resultados: Legibilidad del CI y de la HI, valorada mediante el índice de SMOG es inferior a 20.

Comprensión real, valorada mediante la encuesta.

Satisfacción del familiar, valorada mediante encuesta.

Índice de suspensión, impacto antes y después de la implantación de ambos documentos.

Conclusiones: El desarrollo de información específica por los profesionales de anestesia y radiodiagnóstico, ha mejorado la calidad asistencial y percibida por el paciente/familia.

C-100

SOPORTE FUNCIONAL EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DEL GOBIERNO DE NAVARRA

A. Muruzábal Martínez, R. Beriáin Burgui, E. Manso Montes, R. Martínez de Marañón Díaz de Cerio y M. Condearena Ortega
Hospital de Navarra.**Palabra clave:** Grupo de Soporte Funcional. Historia Clínica Informatizada.**Objetivo y metodología:** En la implantación del programa de Historia Clínica Informatizada (HCI) en los Centros de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea el año 1999, se vio la necesidad de crear un Grupo de Soporte Funcional.

Se definieron como principales funciones del Grupo:

- formación de usuarios.
- soporte del uso del programa.
- solución de dudas de manejo y de contenido.
- conocimiento y análisis de incidencias acaecidas en el programa.
- gestión de usuarios.
- definición y mantenimiento de hojas de registro de datos.
- extracción y análisis de datos recogidos en el programa.

Resultados: Este Grupo de Soporte, con dedicación a tiempo completo, está constituido principalmente por personal sanitario, es decir, con la misma formación que los usuarios a los que va dirigido el programa.

En un primer momento, la coordinación fue llevada a cabo por el Grupo de Soporte y posteriormente, se añadieron otros perfiles descentralizados a la labor de Soporte Funcional.

Para completar la cobertura de atención a los usuarios, se ha establecido un servicio de guardias vespertino y para fines de semana y festivos, atendido por personal del Grupo de Soporte y Oficiales Técnicos Informáticos.

Han sido dados de alta 2.805 usuarios.

Se han formado 1.283 personas.

Se han elaborado 600 hojas de registro de datos.

Conclusiones: La existencia de un Grupo de Soporte Funcional:

- facilita la comunicación con los usuarios, al utilizar la misma terminología y conocer los procedimientos de trabajo.
- constituye un elemento de mejora en la calidad de la implantación de un programa informático de registro clínico, destinado a usuarios con escaso manejo de herramientas ofimáticas.
- centraliza el alta de nuevos usuarios, lo cual garantiza el control de claves de acceso al programa.
- permite establecerse como grupo de referencia entre los usuarios del programa, para la solución de dudas de carácter funcional.
- posibilita proponer nuevas funcionalidades debido al conocimiento del programa y el entorno en el que se está implantando.

INDICADORES DE CALIDAD EN CUADROS DE MANDO DE SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

M.P. Astier Peña, M. Chivite Izco, J. Gost Garde, M.C. Silvestre Bustó, M. Larrazoy Dutrey e I. De Val
Hospital de Navarra, Servicio Medicina Preventiva.

C-101

Palabra clave: cuadros de mando; indicadores de calidad y actividad asistencial.

Introducción: La sociedad actual demanda a sus servicios sanitarios una orientación más clara hacia los resultados en salud, demostrando su efectividad y eficiencia en el uso de sus recursos y gestión del conocimiento. El objetivo de este trabajo es diseñar una forma de presentación y difusión de un conjunto de indicadores que faciliten a los responsables de las instituciones sanitarias la toma de decisiones con criterios de eficiencia.

Material y métodos: Se ha recopilado información de los indicadores de actividad, calidad y consumo de recursos y gasto que con más frecuencia se utilizan en los hospitales públicos por medio de informadores clave. Se ha confeccionado un modelo de indicadores (cuadro de mando) para servicios médicos y otro para servicios quirúrgicos. Se ha utilizado la metodología Delphi con dos olas de envío de cuestionarios con la propuesta de modelo para obtener un consenso sobre los indicadores. Los cuestionarios se han remitido a un total de 1550 jefes de servicio del área médica, y a 930 del área quirúrgica pertenecientes a hospitales públicos españoles de más de 200 camas.

Área de calidad se ha dividido en 4 grupos de indicadores:

Servicios Médicos: (I.e.: lista de espera)

Orientación al paciente: % horas de consultas con programación para 3 meses; Índice de entradas/salidas i.e. consultas; Pacientes en I.e. consultas > 30 días; Espera media en I.e. consultas; Pacientes en I.e. por exploración; Espera media en I.e. por exploración; N° quejas-reclamaciones/consultas; N° quejas-reclamaciones/ingresos; N° quejas-reclamaciones/exploraciones; N° quejas-reclamaciones con respuesta en < 30 días; N° consultas 1º con informe elaborado; N° pacientes unidos/total pacientes.

Optimización de recursos: Estancia media; Índice de ocupación (%); Índice rotación enfermo/cama; Índice ocupación hospital de día (%); Índice de rotación enfermo/cama en hospital de día; Rendimiento consulta; % descitaciones consultas.

Investigación y docencia: N° sesiones clínicas; N° ensayos clínicos; N° becas o proyectos; N° becas; N° publicaciones; N° ponencias y comunicaciones; N° horas cursos recibidos; N° horas cursos impartidos.

Áreas de mejora e indicadores de CMBD; N° protocolos o guías de práctica clínica evaluados/año; N° protocolos o guías de práctica clínica consensuados con APS; N° casos GDR 470/total GDR; N° necropsias/total de exitus; Tasa de infección hospitalaria; Tasa de ingresos urgentes por igual GDR; GDR con estancia 0; N° estancias potencialmente ambulatorias/total de estancias.

Servicios Quirúrgicos: Se incluye, además de los indicadores de servicios médicos, los siguientes específicos: entradas/salidas de I.e. quirúrgica; Pacientes en I.e. quirúrgica > 180 días; Espera media en I.e. quirúrgica; Rendimiento quirúrgico; %; desprogramaciones quirúrgicas; Estancias quirúrgicas/paciente.

Resultados: Del consenso de los cuestionarios se han definido dos modelos:

Tasa de respuestas	Nº cuestionarios enviados	Primera ola N (%)	Segunda ola N (%)
Sº Médicos	1550	68 (4,39%)	66 (4,26%)
Sº Quirúrgicos	930	50 (5,38%)	40 (4,30%)
Área de Calidad	Nº indicadores enviados	Nº indicadores seleccionados en 1ª ola	Nº indicadores seleccionados en 2ª ola
Sº Médicos	35	19	19
Sº Quirúrgico	40	22	22+1=23

Conclusiones: A pesar de la baja tasa de respuesta obtenida, estos modelos constituyen un punto de partida para seguir mejorando en la selección de indicadores y mejora de los sistemas de información para la toma de decisiones.

LA LIBRE ELECCIÓN Y FINANCIACIÓN CAPITATIVA DE HOSPITALES. REFERENCIA A LA PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, M.A. Padial Ortiz, P. González de la Flor y A. Ortega Monfulleda
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

C-103

Palabra clave: Financiación, Libre Elección.

Objetivos: Partiendo de que una de las características deseables de un sistema de financiación es la robustez, es decir, que el sistema de financiación sea resistente a las interferencias políticas, el objetivo de este trabajo es el estudio de las implicaciones de la libre elección de hospital sobre un modelo de financiación capitativo para un proveedor sanitario.

Métodos: El ámbito geográfico del estudio comprende el área sanitaria Granada-Norte, que comprende una población total de 321.475 habitantes. El ámbito funcional es el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. El ámbito temporal es el año 2001. La fuente de datos utilizada ha sido el CMBD del hospital durante el período señalado y su agrupación por GRDs. El objeto de estudio son los GRDs 209, 210, 211, 212 y 230. El análisis realizado se basa en la distribución geográfica de la demanda para estos GRDs, el coste medio de la intervención y el número de procesos procedentes de otras áreas hospitalarias que son atendidas por el servicio estudiado.

Resultados: La actividad del servicio de traumatología para el año 2001, es de 10.203 puntos GRD, con un peso medio de 1,7884 puntos. En términos de coste esto es 15.341.137,11 euros. La complejidad media de los GRD estudiados es de 2,5 puntos. El efecto de los casos atendidos de otras áreas sanitarias sobre la actividad del servicio supone un 6,36% de la actividad total. En cuanto al efecto sobre el coste del servicio y el hospital supone 976.610 euros.

Conclusiones: Además de los tradicionales factores de ajuste utilizados en los sistemas de financiación capitativa se debería incorporar como un nuevo elemento corrector la libre elección de hospital por parte de los pacientes, pues esta variable introduce un gap entre la financiación asignada al hospital y la población atendida por este.

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE CUADRO DE MANDOS INTEGRAL EN UN HOSPITAL GESTIONADO POR PROCESOS

A. Segura Vinuesa, A. Moro Hidalgo, B. Jiménez Ojeda, V. Santana López, J. Gómez Barbadillo y J. Huerta Almendro
E.P. Hospital Alto Guadalquivir.

C-102

Palabra clave: Calidad, Coste, Actividad.

Introducción: La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir se configura como un centro de alta resolución gestionado en base a procesos. Este modelo organizacional requiere de unos sistemas de información flexibles y capaces de facilitar información veraz, pertinente y adecuada para la gestión de los servicios asistenciales. Nuestro hospital ha optado por la implantación de un modelo de Cuadro de Mandos Integral que unique en un solo sistema los que consideramos tres elementos clave de la gestión; Calidad, Actividad y Coste. El sistema incorpora asimismo información intangible relacionada con desarrollo de las competencias de los profesionales.

Metodología: El modelo presenta en un solo informe un resumen de los procesos asistenciales llevados a cabo en nuestro centro, medidos en términos de calidad, actividad y coste. Este modelo facilita información relativa a todos los centros de responsabilidad asistenciales de nuestro hospital, tanto finales como intermedios. Los datos de actividad y calidad se obtienen de un sistema de información integrado en el hospital. El sistema se nutre tanto de datos agregados de actividad como de datos de calidad. En cuanto a los datos relativos al consumo de recursos realizado el hospital ha seguido un modelo de imputación de costes completos (Full Cost), mediante el cual se imputan todos los recursos consumidos. Este modelo de imputación distingue entre Costes Directos (asignados directamente a los centros consumidores) y Costes Indirectos (asignados mediante criterios de imputación). Se incorporan indicadores de la mejora en las competencias de nuestros profesionales.

Resultados: Se obtienen cuadros de mandos para todos y cada uno de los centros de responsabilidad. En ellos se muestra a los distintos responsables información útil para la gestión de su línea de procesos asistencial. Esta información se entrega con carácter mensual y es utilizada para realizar un seguimiento referido a los tres elementos claves mencionados: Calidad, Actividad y Coste. La incorporación de información sobre el incremento en las competencias de nuestros profesionales se configura como una garantía de continuidad y mejora de los resultados de nuestro centro.

Conclusiones: La herramienta es útil para la gestión eficiente de procesos asistenciales de nuestro hospital, dado su carácter integrado y flexible.

DISEÑO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA (S.I.R.F)

A.B. Acedo Ruiz-Roso, S. García Medina, C. Prados Cabiedas, M.A. Rubio García del Castillo, A. Solera Gómez y L.A. Torres Fonseca
Hospital La Fuenfria.

C-104

Palabra clave: Información, Gestión, Fisioterapia. Calidad, Costes.

Objetivo: Mejorar la información procesada en la Unidad de Fisioterapia mediante la recogida y explotación informatizada de datos que facilite la gestión de pacientes y el análisis cuantitativo y cualitativo de la actividad realizada.

Metodología: Los medios utilizados fueron: materiales (red informática, hardware y software del hospital), de formación (cursos de microinformática) y humanos (trabajo interdisciplinar de diversos profesionales).

Las fases del proceso de elaboración del S.I.R.F fueron: 1) Identificación de déficits de partida (ausencia de informatización, acumulación de registros manuales, precarios análisis de actividad, etc), 2) Estandarización de cartera de actividad (siguiendo la CIE-9, se establece un consenso sobre patologías tratadas en la Unidad y técnicas más comúnmente empleadas), 3) Valoración del Coste de cada procedimiento (ponderación del coste de cada técnica según el tiempo y materiales empleados por cada profesional). 4) Planilla de trabajo automatizada (se diseñó una hoja Excel® para registrar el trabajo realizado diariamente anotando las técnicas correspondientes por cada fisioterapeuta), 5) Construcción de la base de datos central de pacientes (se diseñó una aplicación Unis® residente en el servidor central para recoger datos necesarios para filiación del paciente, gestión del gimnasio y control de la actividad realizada), 6) Diseño de la explotación de datos (mediante una aplicación Access® diseñada al efecto, la base S.I.R.F es gestionada, generando los análisis necesarios para la gestión de gimnasio y control de actividad. Los resultados se presentan en tablas y gráficos desde Excel®).

Resultados: En Gestión de gimnasio se obtienen listados de pacientes, órdenes de bajada a gimnasio dirigidas a las unidades de hospitalización, tablas para distribución de cargas de trabajo e informes de alta automatizados. En Gestión de demoras, permite organizar y controlar las listas de espera. En Gestión de actividad realizada obtiene cuadros de mando sobre técnicas aplicadas, número de sesiones, estancias en gimnasio, etc estratificadas por fisioterapeuta, patologías, tiempo, edad, sexo o cualquier otra variable de la base. Permite una labor investigadora al conocer detalladamente la actividad realizada.

Conclusión: El sistema de información diseñado ha mejorado la calidad del trabajo realizado en cuanto a gestión de la Unidad de Fisioterapia y conocimiento detallado de la asistencia prestada.

TIRES REACTIVAS DE GLUCOSA. DEFINICIÓN DE UN CRITERIO DE DISTRIBUCIÓN ENTRE EAP DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A UNA GERENCIA

C. Carrera Machado, F.J. Pérez Rivas, M.J. Gil de Pareja Palmero, I. Novellón Martínez, S. Gonzalo San Martín y D. Verdegay Romero

C-105

Palabra clave: Tiras reactivas de Glucosa, Automonitorización, Costes, Criterio de distribución de presupuesto.

Objetivo: Definir el criterio de distribución entre Equipos de Atención Primaria (EAP) del presupuesto asignado para tiras reactivas de glucosa en un Área de Atención Primaria.

Metodología: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Tiempo de estudio:* Período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2001. *Emplazamiento:* Área 11 de Atención Primaria de Madrid. *Sujetos de Estudio:* Pacientes diabéticos incluidos en el Programa de Automonitorización de la glucosa sanguínea (AMGS), pertenecientes a los 43 EAP del Área. *Fuente de Información:* Ficha individual de distribución y control de tiras reactivas de glucosa. *Variables de estudio:* Tipo de tratamiento: Con Insulina (Con Ins) o Sin Insulina (Sin Ins). Seguimiento: Nivel de Atención donde se realiza la prescripción de la AMGS y el seguimiento del paciente: Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE) y Colaboradora/Desplazado (Col/Des) + Número de tiras reactivas entregadas por paciente (media mensual). Gasto estimado anual general y en cada nivel (tipo de tratamiento y seguimiento).

Resultados: El total de pacientes diabéticos incluidos en el Programa AMGS es de 15.615, lo que supone un 51,21% del total de pacientes diabéticos del Área. De los usuarios de AMGS, el 45,1% están en tratamiento con insulina y el 54,9% sin insulina. El 77,4% de los pacientes en AMGS son seguidos por Atención Primaria, el 20% por Atención Especializada y el 2,5% por parte de Colaboradoras/Desplazados. La media mensual de tiras reactivas entregadas a cada paciente en cada nivel (según tipo de tratamiento y seguimiento) es la siguiente:

- Pacientes Con Insulina:
En AP: 31, En AE: 47, En Col/Des: 40
- Pacientes Sin Insulina:
En AP: 17, En AE: 24, En Col/Des: 25

El gasto anual medio por paciente en el Programa AMGS es de 15.192 pts.

El gasto anual (en pts.) en tiras reactivas por paciente en cada nivel es el siguiente:

- Pacientes Con Insulina:
En AP: 16562, En AE: 25207, En Col/Des: 21457
- Pacientes Sin Insulina:
En AP: 8898, En AE: 12822, En Col/Des: 13615.

Conclusiones: El consumo de tiras reactivas de glucosa en cada EAP viene determinado por el número y tipo de pacientes que tenga (según tipo de tratamiento y quién realice el seguimiento). El nuevo criterio de distribución entre EAP del presupuesto de tiras reactivas incorpora además del gasto histórico estas variables: (Gasto año anterior del EAP en tiras reactivas x 0,5)+(Nºpac AMGS AP Con Ins x Gasto medio Pac AMGS AP Con Ins) + (Nºpac AMGS AP Sin Ins x Gasto medio Pac AMGS AE Con Ins) + (Nºpac AMGS AE Sin Ins x Gasto medio Pac AMGS AE Sin Ins) + (Nºpac AMGS Col/Des Con Ins x Gasto medio Pac AMGS Col/Des Con Ins) + (Nºpac AMGS Col/Des Sin Ins x Gasto medio Pac AMGS Col/Des Sin Ins)x 0,50.

ADAPTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LOS GRUPOS CLÍNICOS AJUSTADOS (ACGS)

R. Navarro Artieda, A. Sicras Mainar, A. Galobart Roca y J.A. González Ares

C-106

Palabras clave: casuística, clasificación de pacientes, iso-consumo.

Introducción: El aumento en la utilización de los recursos sanitarios se debe a los cambios demográficos, las innovaciones tecnológicas y al crecimiento de las expectativas de los usuarios. En este escenario, los sistemas de clasificación de pacientes por iso-consumo de recursos, se muestran potencialmente útiles para el ajuste de la financiación de los centros, la medida de las cargas de morbilidad y la evaluación de la eficiencia de los equipos. El objetivo del estudio es valorar la adecuación de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP) para la obtención de los Grupos Clínicos Ajustados en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo cuya unidad fue el paciente a partir de los motivos de consulta/episodios generados por el equipo de Atención Primaria que atiende a una población urbana de 19.720 habitantes durante el año 2000. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, las visitas realizadas y los diagnósticos. Se obtuvo la codificación de los diagnósticos a partir de la CIAP, el método de obtención de los ACGs sigue las siguientes etapas:

1. De CIAP a CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades)
2. De CIE-9-MC a 34 ADGs (Ambulatory Diagnostic Groups)
3. De 34 ADGs a 12 CADGs (Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups)
4. De 12 CADGs a 25 MACs (Major Ambulatory Categories)
5. De 25 MACs a 51 ACGs (Ambulatory Care Groups)

Los criterios seguidos en la primera etapa de CIAP a CIE-9-MC fueron diferentes según se estableciera una relación de uno a ninguno, de uno a uno o de uno a varios. En este último caso, se definieron varios criterios a partir de los ADGs registrados, estableciéndose un grado de consenso entre los autores como eslabón final (CIAP-CIE-ADGs).

Resultados: El número de motivos de consulta/episodios de atención fue de 80.348 (4,9 episodios por paciente), con 128.068 visitas (7,9 visitas por paciente; 0,6 episodios). El número de epígrafes CIAP analizado fue de 700, la conversión de CIAP a CIE-9 se estableció de uno a ninguno en 147 epígrafes, de uno a uno en 221 y de uno a varios en 332. Se presentan los resultados según cada uno de estos criterios y se establece una relación de frecuencias y visitas promedio para cada uno de los 51 grupos de ACG analizados.

Conclusiones: 1) La CIAP es una clasificación útil para la atención primaria, a pesar de que presenta limitaciones en cuanto a la poca exhaustividad de algunos de sus códigos. 2) Será necesario establecer nuevos estudios para conseguir una relación directa con los ADGs o con los descriptores de cada código CIAP. 3) La explotación de los ACGs se muestra potencialmente interesante en el conjunto de los pacientes atendidos en un centro de salud.

PROYECTO DELTA 069: GESTIÓN INTEGRAL DE LA HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA

X. Jolí Sabatés, C. Ibáñez Español, J.R. Llopert López, M. Pons Serra, I. Salvador Vilà y A. Galobart Roca

C-107

Palabra clave: Informática. HH.CC. Base de datos.

Introducción: Las aplicaciones informáticas suponen un progreso en cuanto a optimización de la eficiencia en los procesos clave de la asistencia sanitaria. Una de las aplicaciones que más impacto está causando es un paquete que permite la gestión integrada e interrelacionada de la historia clínica (HH.CC.). Se presenta el proyecto Delta 069 de implantación del paquete Gestión Documental de la Historia Clínica (GesDoHc).

Metodología: Durante el año 2000 se inició el proyecto de dotar de un puesto clínico de GesDoHc a cada médico del hospital. El proyecto se inició en el servicio de urgencias como centro piloto, y fue extendiéndose por servicios a lo largo del 2001. En este año la informática y esta aplicación se convirtió en un proceso crítico. En el año 2002 se está consolidando la expansión del proyecto, disponiendo cada profesional sanitario (médicos y enfermería) de su puesto clínico. Las diversas versiones de GesDoHc han permitido la optimización y adecuación del producto.

Resultados: En dos años se ha pasado de 15 a 145 puestos clínicos con las mismas prestaciones globales pero que son filtradas en función del profesional que lo utiliza.

Las características del paquete permiten la realización de la HH.CC., en sus apartados de anamnesis, exploración (texto, gráficos, imágenes, video y sonido), curso clínico e informe de alta. Solicitudes e informes on-line de exploraciones y pruebas complementarias. Explotación de los datos y la información y almacenamiento y archivado de la HH.CC.

Conclusiones: El proyecto de informatización de la HH.CC. ha mejorado la eficiencia de la gestión integrada de la misma.

Permite una ampliación continuada en función de las nuevas tecnologías de imagen y sonido futuras.

Permite aplicar la reserva de la intimidad de la información archivada de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). Optimiza los circuitos de archivo y explotación de la información. Facilita la gestión general al hacer más asequible la información.

FACTORES ASOCIADOS CON DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

G. Carrasco Gómez, R. Cid Pañella, C. Puig Rosell, C. Vila Cerén, M. García del Estal y J. Martí Águila
Hospital de Barcelona, Comisión de Calidad.

C-108

Palabras clave: Estancias inadecuadas, Costes de la no calidad, AEP.

Resumen: La identificación de los factores asociados a estancias inadecuadas es un elemento esencial para prevenir las con el fin de mejorar la utilización de los recursos hospitalarios.

Objetivo: Identificar las variables predictoras de estancias inadecuadas en pacientes de edad avanzada ingresados en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Pacientes y métodos: Diseño: Revisión de tres cortes de prevalencia de 24 horas de estancias inadecuadas generadas por pacientes de > 65 años en un hospital privado. Intervenciones: ninguna.

Instrumentos: Evaluación de la adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol [AEP-Gertm y Restuccial] de 2.308 días correspondientes a 754 pacientes ingresados en el Hospital de Barcelona. Variables: Tipo de ingreso, características de los días implicados (vacaciones, festivos, laborables...), GRD primarios, edad, sexo, comorbilidad (Charlson Index Comorbidity Score) y requerimientos de tratamiento (Van Ruiswyk). Tamaño de la muestra: Estimación de Fleiss. Análisis estadístico: Modelo uni y multivariante, coeficientes del modelo de regresión logística y odds ratio (OR).

Resultados: El 7,2% (54/754) de los ingresos y el 9,9% (228/2.308) de los días de estancia fueron inadecuados. Las estancias inadecuadas fueron más frecuentes entre los pacientes con ingreso inadecuado (OR 5,2, IC 95% 3,7-8,8) y entre los pacientes de edad más avanzada (> 80 años OR 3,2 IC 95%: 2,1-6,3 respecto a <50 años). En el análisis de regresión logística las variables asociadas a estancia inadecuada fueron edad superior a 79 años, cardiopatía aguda, insuficiencia respiratoria y fractura de grandes articulaciones como diagnósticos de ingreso. En el 43,6% de los días de hospitalización inadecuada fueron motivados por falta de convencimiento del médico para dar el alta y el 20,3% por espera de exploraciones complementarias o consulta a especialistas.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 80 años, con cardiopatía, insuficiencia respiratoria o grandes fracturas tienen mayor riesgo de permanecer inadecuadamente hospitalizados. La mayoría de estas estancias inadecuadas se deben a la falta de convencimiento del médico para dar el alta por lo que este aspecto debe ser el principal objetivo de intervención de cara a mejorar la eficiencia hospitalaria.

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA SOBRE LA LEY CATALANA QUE REGULA LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

M. Subirana Casacuberta, J.A. García García, M. Gasull Vilella,
M.V. Pacheco Galván, A.I. Ramón Herrera, J.M. Sánchez Segura y F. Vilanova Cardenal

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

C-109

Palabra clave: Guía, Ley de voluntades anticipadas, información al paciente.

Objetivos: EL 29 de diciembre del 2000, el Parlamento de Cataluña aprobó la Ley 21/2000 sobre el dret d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

La entrada en vigor de la Ley comporta una serie de cambios en la práctica clínica diaria, siendo uno de los más destacados el desplazamiento de la familia a favor del paciente como centro receptor de la información y la regularización del uso de documentos de Voluntades Anticipadas.

Por este motivo se elabora una Guía práctica sobre la Ley 21/2000, dirigida a los profesionales del Hospital, para favorecer la difusión y facilitar la aplicación de la Ley, y garantizar los derechos de los pacientes.

Metodología: Desde la Comisión de Documentación e Información del Programa de Promoción y Evaluación de la Calidad Asistencial (ProAQUA), se constituyó un grupo de trabajo con miembros de diferentes estamentos profesionales. A partir del texto de la Ley y mediante la técnica del brainstorming se plantearon los objetivos y el borrador del contenido de la Guía. A partir del guion se realizaba trabajo individual, se agrupaban las aportaciones individuales y se distribuían al grupo de trabajo. En las reuniones de grupo se consensuaba y aprobaba el contenido de la Guía. Se llevaron a cabo 17 reuniones durante un período de 10 meses.

Resultados: El resultado de este trabajo ha sido la Guía práctica sobre la Informació i la Documentació a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La Guía dividida en 9 capítulos incluye diagramas de flujo con la finalidad de dar respuesta rápida a las incertidumbres que puede generar la aplicación práctica de la Ley. Destacar que uno de los anexos es un tríptico informativo sobre las Voluntades Anticipadas dirigido al paciente. La Guía está disponible en formato electrónico en la intranet del Hospital y en formato papel en las distintas unidades, servicios, salas y dispensarios.

Conclusiones: Pensamos que la Guía va a ser una herramienta útil en la práctica diaria ya que da respuesta a las incertidumbres más frecuentes que puede generar la aplicación de la Ley. De todas formas esta utilidad podrá objetivarse en un futuro mediante la monitorización de los indicadores de calidad incluidos en la misma.

MESA 15**PROTOCOLOS, GUÍAS Y VÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Sala Ulzama
Jueves 10, 12:00-14:00

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS SEGÚN LA ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN**C-110**

A. Collado Cucó, L. Ríos Vallés, M. Mallafré Moya, R. González-Hidalgo de Martí, Ll. Colomés Figuera y Ll. Nualart Berbel SAGESSA

Palabras clave: Guías de práctica clínica, Implantación, Profesionales sanitarios.

Objetivo: Comparar la mejora de la prescripción en dos centros de Atención Primaria tras la implantación, utilizando dos estrategias diferentes, de una Guía de Práctica Clínica (GPC) de Otitis Media Aguda (OMA).

Metodología: Estudio casi-experimental, realizado en dos Áreas Básicas de Salud semiurbanas, de todos los usuarios diagnosticados clínicamente de OMA, atendidos entre el 1/01/2000 y el 31/03/2000 y entre el 01/01/2001 y el 31/03/2001. N = 359.

Variables analizadas: procedencia del usuario, fármaco prescrito diferenciando tres grupos (Amoxicilina sola, Amoxicilina + Ac Clavulánico y Otros), y período de prescripción. Se controlan los factores formación de los profesionales y hábitos de prescripción previa.

Durante el segundo trimestre del 2000 se implanta una GPC de OMA que recomienda como primera elección terapéutica la Amoxicilina.

Centro A: la implantación se realiza solo mediante la presentación del documento a los profesionales.

Centro B: se realiza la presentación del documento, se nombra un profesional responsable de la guía que monitoriza su utilización y se hacen 3 recordatorios anuales del contenido de la misma.

Los datos son recogidos y tabulados mediante Microsoft Access. Análisis estadístico: comparación de proporciones (χ^2) (Paquete SPSS).

Resultados: En el Centro A, el incremento de prescripción de Amoxicilina fue del 10,6%, el descenso de Amoxicilina - Clavulánico del 5,2% y los otros antibióticos aumentaron un 1%. ($p > 0,05$).

En el centro B, el incremento de Amoxicilina fue del 39,2% mientras que el descenso de Amoxicilina-Clavulánico fue del 11,2% y el de otros antibióticos de 25,2% (diferencias intragrupo estadísticamente significativas $p = 0,001$).

El análisis intergrupos de la modificación de la prescripción muestra diferencias estadísticamente significativas. ($p < 0,001$).

Conclusiones: La implantación de GPC resulta más efectiva si existe un profesional responsable de su seguimiento y monitorización. En nuestro estudio, esta estrategia ha demostrado efectividad en la mejora cualitativa de la prescripción.

ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN GERIÁTRICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA

J. Galí López, C. Puig Rossell, A. Vilà Santasuana, X. Hernández Remón, G. Carrasco Gómez y G. Rosell Salvadó
Hospital de Barcelona.

Palabras clave: Fracturas de la cadera. Geriatría. Coste-efectividad.

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población en el mundo occidental conlleva un aumento del número de ingresos hospitalarios de los pacientes de edad avanzada, obligando al diseño de estrategias.

Objetivos: Determinar la efectividad y la eficiencia de un programa de atención geriátrica integral en el tratamiento estandarizado de las fracturas de cadera, comparando dos métodos de asistencia con y sin intervención geriátrica.

Material y métodos: Diseño prospectivo, controlado y aleatorio. Criterios de inclusión: edad > 64 años, ingreso por fractura de cadera, consentimiento informado. Criterios de exclusión: negativa al tratamiento, fallecimiento previo. Tamaño muestral: nomograma de Altman 100 pacientes para cada grupo. Cálculo de costes: sistema de contabilidad analítica del hospital. Análisis estadístico mediante tests de: Kolmogorov, exacto de Fisher, Wilcoxon, Cox "proportional-hazards". Los valores se expresaron en media ± desviación estándar o como porcentaje. Nivel de significación estadística $p < 0,05$. La intervención geriátrica consistió en: análisis de variables clínicas y personales, escalas de valoración geriátrica, síndromes geriátricos, registro de la morbilidad hospitalaria, registro de variables evaluadas al alta hospitalaria a los 6 y a los 12 meses.

Resultados: No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a edad, género, comorbilidad, diagnósticos, tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, complicaciones y toda otra serie de variables analizadas. Se consiguió disminuir el número de pacientes que precisaron de la intervención de un interconsultor médico ($p = 0,00014$) así como el número de interconsultas médicas realizadas ($p = 0,01$). Los costes hospitalarios fueron menores en el grupo estudio. La estancia media hospitalaria pasó de 7,2 a 6,5 días ($p = 0,02$). Hubo una disminución porcentual marcada de la mortalidad total al año del traumatismo, pasando del 24% en el grupo control al 19% en el grupo estudio. Se constataron toda una serie de mejoras, derivadas de los principios de actuación geriátricos, de los que no se pudieron establecer valoraciones comparativas.

Conclusiones: La actuación geriátrica se incluiría dentro de la mejora continua de la actuación en un proceso quirúrgico. En las condiciones del estudio consiguió una mejora en la evolución clínica de los pacientes disminuyendo, la variabilidad de la actuación, la estancia media hospitalaria y los costes sanitarios.

C-111

UTILIZACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

L. Rios Vallés, A. Collado Cucó, O. Doblado López, Ll. Colomes Figuera y Ll. Nualart Berbel
SAGESSA

Palabras clave: Guías de práctica clínica, Informática, Profesionales sanitarios.

Objetivo: Conocer la utilización de una herramienta informática diseñada para facilitar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Conocer que grupos de profesionales las utilizan i que GPC son las más utilizadas.

Metodología: Estudio observacional transversal, realizado en 4 Áreas Básicas de Salut, que atienden una población de 51.106 habitantes (proporción rural/urbana 1/4). Se analizan la totalidad de pacientes atendidos en los 4 centros durante el primer mes de implantación del aplicativo informático, por alguna de las patologías contempladas en las GPC con soporte informático: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Dolor Lumbar, Infección de vías urinarias (IVU), Otitis Media Aguda (OMA) y Gastroenteritis Aguda (GEA). N 5.066 (31% de enfermos atendidos y el 17% de actividades asistenciales realizadas). A partir de los registros informatizados (OMI_AP) se recogen datos relativos al paciente, profesional que le atiende, patología por la que es atendido y herramientas informáticas utilizadas. Los datos son agrupados por patologías y profesionales. Se calculan los porcentajes de visitas en los que se ha utilizado la herramienta informática.

Resultados: En el 51% de las visitas se ha utilizado el soporte informático (61% en crónicos y 3,7% en agudos). Por profesionales, enfermería la ha utilizado en un 65,9% y los médicos de familia en un 64,3%, de los pacientes con patología crónica. Por patologías, en la HTA se ha utilizado un 66,4%, en la DM un 65% i en la EPOC un 45,8%.

Conclusiones: La introducción de un aplicativo informático para facilitar el cumplimiento de las GPC ha sido mayoritariamente utilizado en las visitas realizadas a pacientes crónicos, pero ha tenido un escaso impacto en la atención a patologías agudas. Los dos grupos de profesionales mas afectados por el seguimiento de la patología crónica (enfermeras y médicos de familia) han hecho un uso similar de esta herramienta.

C-112

EVALUACIÓN DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO

A. Mesas Idañez, M.V. Ribera Canudas, A. Vallano Ferraz, P. Martínez Ripol, D. Botella Samaranach y J. Martí Valls
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Área Traumatología.

Palabra clave: Dolor, calidad, paliación.

Antecedentes: En el área de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Universitario Vall d'Hebron, fundamentalmente quirúrgico y monográfico (COT, C. Plástica y Neurocirugía no existía uniformidad en pautas analgésicas para pacientes post-operados.

Objetivos: Elaborar un protocolo que proporcionara control del dolor postoperatorio, pautado por el cirujano responsable, dejando técnicas más sofisticadas para una segunda fase.

Métodos: Se utilizaron fármacos disponibles en nuestro hospital. El protocolo consistía en pautar sistemáticamente por vía parenteral dos fármacos, metamizol ev + propacetamol ev. Como fármacos de rescate: diclofenac im. y PCA morfina ev. Se distribuyó de forma personalizada al staff y MIR. Se realizaron sesiones de formación a los MIR de las diferentes especialidades y enfermería sobre la importancia de este tratamiento. Variables recogidas en enfermos de cirugía programada las primeras 24 h del postoperatorio en planta: cumplimiento del protocolo en la prescripción y administración de fármacos y registro del dolor por enfermería (revisión HC), y encuesta para valoración del dolor por el paciente.

Resultados: Al 81,5% de pacientes se les prescribió analgesia correcta. De los fármacos pautados el metamizol fue bien administrado en 74% y el propacetamol en 49,5%. Diclofenaco prescrito en un 54%, se administró al 18%. La bomba de morfina de PCA se utilizó en el 9%.

Frecuencia del dolor: El 54% no presentaron dolor nunca u ocasionalmente, frecuentemente: 22%, muy frecuentemente o continuo: 7%.

Máximo dolor: Aunque fuera de forma puntual fue insoportable en 17%, intenso 38%, molesto 21%, ligero 17%, nulo 7%.

Dolor más frecuente: Molesto 36%, ligero 35%, nulo 20%, intenso e insoportable 9%. El 77% relacionaron incremento del dolor con movimiento. Respecto al descanso nocturno, 83% pasaron buena noche (nunca les despertó el dolor o solo ocasionalmente), 17% pasaron mala noche por dolor. La valoración del paciente del control de su dolor fue: excelente ó buena 60%, regular 28% y mala 13%.

Conclusión: Igual que en otros centros el dolor postoperatorio no está suficientemente controlado, debe mejorarse. Como medidas iniciales: Serían conseguir mayor cumplimiento de pautas analgésicas ev. mediante formación continuada, y posteriormente añadir técnicas que permitan reducir el dolor relacionado con el movimiento.

C-113

ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES MEDIANTE TRAYECTORIAS CLÍNICAS. EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO POST-IMPLEMENTACIÓN

R. Rosique Jové, M.D. Pintado Ferreño y J. Vilarasau Farré

C-114

Palabras clave: Trayectoria clínica, Estandarización.

Objetivo: Evaluar el seguimiento de un proyecto de mejora de la calidad asistencial mediante la estandarización de diversos procedimientos asistenciales a través de la elaboración e implementación de Trayectorias Clínicas (TC).

Metodología: El proyecto se desarrolla en abril de 2000 a partir de la beca FISS 99/0966. Actualmente 11 procedimientos asistenciales médicos y quirúrgicos disponen ya de TC. El proceso de elaboración de las TC comprende las siguientes etapas: revisión de los planes de cuidados estandarizados y protocolos médicos, creación de grupos interdisciplinarios, reuniones de trabajo interdisciplinario, presentación y consenso con los diferentes equipos asistenciales, e implantación con la correspondiente nueva documentación de registro: hoja de validación, hoja de variaciones y hoja de curso clínico común. Posteriormente a su implantación (iniciada en septiembre 2000), hemos evaluado el seguimiento inicial post-implementación de las siguientes TC: colecistectomía laparoscópica, parto vaginal y quimioterapia con ingreso durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2000, y de la prótesis total de cadera entre abril y octubre de 2001.

Resultados: Hemos revisado un total de 147 casos, observando una cumplimentación de la nueva hoja de validación del 100% en casi todos los procedimientos analizados. El promedio de variaciones reales registradas va desde 0,49 (0-2) en el parto (Obstetricia) hasta 5,3 (0-12) en la prótesis total de cadera. El análisis de las variaciones muestra que la mayoría son debidas a orden médica o al estado del paciente y quedan encuadradas en la categoría de exploraciones y controles o actividades. Asimismo se observa un seguimiento de la estancia prevista entre un 60% (colecistectomía laparoscópica, EM real: $2,8 \pm 1,3$ d, prevista: 2 d) y un 97,7% (parto, EM real: $3,1 \pm 0,6$ d, prevista: 3-4 d).

Conclusiones: Ha permitido introducir una nueva metodología de trabajo interdisciplinario para la mejora de la calidad asistencial, potenciando el trabajo en equipo multidisciplinario y reduciendo la variabilidad de la práctica clínica, con la consiguiente mejora en la eficiencia de los procedimientos estandarizados. El análisis de las variaciones sugirió revisar la metodología de cumplimentación de los registros y los motivos de no cumplimiento de la estancia prevista.

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

J.M. Cucullo López, N. Flaquer Terrasa, I. Guajardo Sinusía, A. Campos Sanz y M. Navarro Cirugeda

C-115

Palabra clave: anciano, rehabilitación, hospital de día geriátrico, coordinación entre niveles.

Objetivo: diseñar un plan de actuación en pacientes que sean candidatos a ser atendidos en la Unidad de Recuperación Funcional (URF), ubicada en el Hospital de Día Geriátrico (HDG), con el fin de unificar criterios de actuación y lograr una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del hospital. Análisis de resultados tras un año de inicio de la vía clínica RF.

Metodología: la documentación de la vía incluye la matriz temporal, la hoja de verificación, la hoja de información a enfermos/familiares y la encuesta de satisfacción. Se establece un cronograma de la vía: primera quincena de agosto de 1999 para constitución del grupo de trabajo, 30-10-99 finalizan las reuniones de trabajo y se llega a un consenso en la documentación, 1-11-99 inicio del ensayo piloto, diciembre 1999 evaluación inicial y análisis de fallos, mayo 2000 implantación definitiva. **Resultados:** pacientes en URF 164 (en vía RF 17, 10,4%); edad media 82,2 años; 5 hombres y 12 mujeres; estancia hospitalaria 15 días. Porcentaje de cumplimiento de la matriz temporal: médicos (día 0 85%, día 1 69%, sucesivos 46%, alta 34%), enfermería (día 0 100%, día 1 48%, sucesivos 23%, alta 23%), URF (día 0 100%, día 1 100%, sucesivos 76%, alta 80%).

Conclusiones: NEGATIVAS: desinterés general a su puesta en marcha, colaboración escasa y muy laboriosa, excesiva burocracia. POSITIVAS: formación de un grupo de trabajo y desarrollo de su labor a pesar de las dificultades, normalización documental así como de la sistématica de actuación de la vía RF y URF, mejora de la comunicación entre niveles asistenciales y buena aceptación del procedimiento por parte de los usuarios y familiares.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA VÍA CLÍNICA DE RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) VESICAL

M. Robles García, P. Rodríguez Cundín, T. Dierssen Sotos, P. Herrera Carral, S. Cabrero Puente y A. Asensio Lahoz
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

C-116

Palabras clave: Vía clínica. RTU vesical. Evaluación preliminar.

Objetivos: Evaluar la efectividad y satisfacción de la vía clínica de RTU vesical. Analizar las variaciones encontradas.

Métodos: Se realiza la primera evaluación de la vía clínica de la RTU vesical desde su puesta en marcha. El periodo de estudio comprende 10 meses (Enero-Octubre de 2001). A través de la explotación de la base de datos diseñada al efecto se procede al cálculo de indicadores específicos de efectividad, grado de satisfacción, y valoración de las variaciones ocurridas.

Resultados: La vía se ha llevado a cabo en 95 pacientes. La cobertura alcanzada en dicho periodo ha sido del 76%. La estancia presenta una media de 5,94 días (DE 2,70) con rango de 2 a 18 días. La mediana y la moda han sido 5 días. 48 pacientes (84,21%) tuvieron estancia adecuada. En relación a la efectividad 56 pacientes cumplen criterios de adecuación (59%). Respecto a las causas de no cumplimiento destaca como principal el retraso del alta en 20 casos (51,3%), 19 pacientes (48,7%) esperaban evolución de incidencias ocurridas a lo largo de la estancia. El 27,4% de los pacientes desarrollaron alguna incidencia a lo largo de la vía. Respecto a las variaciones analizadas el 43,2% fueron debidas a hematuria, y 16,2% a fiebre. 10 pacientes presentaron dos incidencias y 1 tres. En relación a la satisfacción el 95% de los pacientes recomendarían a un familiar los servicios del Hospital. El 90% de los casos conocen el nombre del médico que le atendió y 70% el de la enfermera. El 85% de los pacientes afirman haber obtenido explicación de la hoja gráfica de la vía.

Conclusiones: Toda la información obtenida en esta revisión será utilizada para redefinir algunos aspectos y detectar oportunidades de mejora. Todas las variaciones evaluadas resultaron ser debidas a la situación clínica del enfermo. A pesar de los buenos resultados obtenidos en relación a la satisfacción de los pacientes es preciso tener en cuenta el sesgo que puede provocar el bajo porcentaje de respuesta registrado.

VÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA GÁSTRICO, ELABORADA A PARTIR DEL ANÁLISIS DEL PROCESO

J. Alcalde-Escribano, C. Valiño, A. Serrano, A. Abad-Barahona y P. Ruiz-López

C-117

Palabra clave: cáncer gástrico, vía clínica, mejora de procesos asistenciales.

Objetivos: General: Evaluación y mejora del proceso "Gastrectomía por Cáncer Gástrico". Específicos: 1/Definición y análisis del proceso. 2/Elaboración de una Vía Clínica como herramienta para la sistematización y mejora del proceso.

Metodología: Definición del proceso, establecimiento de sus límites y la elaboración del diagrama de flujo. Estudio transversal, observacional y retrospectivo, de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: intervenidos con intención curativa y con riesgo anestésico ASA (III, durante los años 1997-2000, en la sección 3 del Servicio de Cirugía General A. Mediante consenso se identificaron los puntos fuertes, puntos débiles e indicadores de calidad del proceso. Finalmente se diseñó una Vía Clínica (VC) con la intención de servir como herramienta para la sistematización, mejora y evaluación periódica del proceso.

Resultados: Análisis del proceso: Se revisaron 56 historias clínicas correspondientes a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. *Puntos fuertes:* baja tasa de complicaciones mayores y de mortalidad perioperatoria, correcta calidad científico-técnica. *Áreas susceptibles de mejora y estándares (S):* estancia media preoperatoria de 24 h (S > 70%), estancia postoperatoria de ≤ 10 días (S > 70%), consulta preanestésica ambulatoria (S < 90%), aplicación del consentimiento informado (S: 100%), cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica (S > 90%) y de la enfermedad tromboembólica (S > 90%), disminución del uso de la nutrición parenteral (S < 30%), análisis de satisfacción y de calidad de vida a los pacientes tratados (S: 60%).

Vía Clínica: Diseñada mediante la información obtenida tras el análisis del proceso por lo que ha tenido buena aceptación entre los profesionales implicados. Se describen los documentos de la vía clínica: criterios de inclusión, exclusión y alta, matriz temporal, documento de verificación médica, hoja de indicadores, hoja de variaciones, documento de información al paciente y familiares, encuesta de satisfacción y calidad de vida.

Conclusiones: 1) El análisis previo del proceso ha permitido identificar las oportunidades de mejora. 2) La Vía Clínica diseñada mediante la información obtenida tras el análisis del proceso se adapta fácilmente al lugar y momento en que se va a implantar. 3) La vía clínica constituye una herramienta excelente para la sistematización y mejora del proceso.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA VÍA CLÍNICA DE PRÓTESIS DE CADERA

P. Rodríguez Cundín, M. Robles García, T. Dierssen Sotos, P. Herrera Carral, A. Román Basanta y B. Nuñez López
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

C-118

Palabras clave: Vía clínica. Prótesis de cadera. Evaluación preliminar.

Objetivos: Evaluar la efectividad y satisfacción de la vía clínica de Prótesis de cadera. Analizar las variaciones encontradas.

Métodos: Se realiza la primera evaluación de la vía clínica de prótesis de cadera desde su puesta en marcha. El periodo de estudio comprende seis meses (Noviembre 2001-Abril 2002). A través de la explotación de la base de datos diseñada al efecto se procede al cálculo de indicadores específicos de efectividad, grado de satisfacción, y valoración de las variaciones ocurridas.

Resultados: La vía se ha llevado a cabo en 34 pacientes. La cobertura alcanzada en dicho periodo ha sido del 35%. La estancia presentan una media de 8,79 días (DE 1,04) con rango de 4 a 11 días. La mediana y la moda han sido 9 días. 31 pacientes (91,2%) tuvieron estancia adecuada. En relación a la efectividad 28 pacientes cumplen criterios de adecuación (82,4%). Respecto a las causas de no cumplimiento en 3 casos (50%) fue por retraso del alta y en los 3 restantes no pudo determinarse el motivo de inadecuación. El 70,6% de los pacientes desarrollaron alguna incidencia a lo largo de la vía. Las variaciones analizadas resultaron ser en el 44,1% de las ocasiones debidas a transfusiones, 17,7% a fiebre y 14,7 a hipotensión. 9 pacientes presentaron dos incidencias y 1 tres. En relación a la satisfacción de los pacientes el 84,6% recomendarían a un familiar los servicios del Hospital. El 92,3% de los casos conocen el nombre del médico que le atendió. El 84,6% de los pacientes afirman haber obtenido explicación de la hoja gráfica de la vía.

Conclusiones: Toda la información obtenida será utilizada para ajustar y revisar la vía. La baja cobertura plantea la necesidad de revisar criterios de inclusión. A pesar de los buenos resultados obtenidos en relación a la satisfacción de los pacientes es preciso tener en cuenta el sesgo que puede provocar el bajo porcentaje de respuesta registrado.

AVANZANDO EN LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD DEL CUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO

R. Escrivá Ferrairó, M.L. Alvaro Quiroga, H. Moreno Martos, A. Pérez Diez y M.A. Sánchez Corral

C-119

Palabras clave: Diabetes, Atención Primaria, Calidad.

Objetivos: Conocer el grado de mejora alcanzado tras dos años de implantación del programa de mejora continua de calidad del cuidado del paciente diabético en atención primaria, del Grupo de Estudio de la diabetes a la Atención Primaria de la Salud (GEDAPS).

Metodología: Diseño: estudio antes-después, dentro del ciclo de mejora de calidad. Ámbito de estudio: Centro de Salud. Período de estudio: 1998 y 2000. Sujetos: > 14 años de ambos sexos de tres consultas de medicina general con código de diabetes en SICAP, año 1998 = 236, año 2000 = 263. Tamaño muestral: Cálculo para proporciones en poblaciones finitas (50%, precisión 4, nivel de confianza 95%): 150. Muestra: aleatoria de 50 diabéticos por consulta y por periodo de estudio. Intervenciones: a) Devolución de la evaluación del 98 desglosada por consultas, b) Devolución del curso del GEDAPS a los miembros del equipo. Instrumento de medida: Cuestionario de GEDAPS, comparación de proporciones. Fuentes de información: Historias Clínicas.

Resultados: Cumplieron criterios de inclusión para el período del 98: 105 diabéticos y en el 00: 113.

	% Mejoría Absoluta	% Mejoría Relativa
--	--------------------	--------------------

Indicadores mínimo de procesos

1. 3 intervenciones educativas registradas	9	24
2. Toma de tres pesos	14	42
3. Dos determinaciones de HbA1	7	9
4. Fondo de ojos	12	15
5. Revisión pies	27	55
6. Microalbuminuria realizada	47	60

Indicadores mínimos de resultados

1. Control HbA1c <8	13	28
2. HbA1c >10	-2	-2
3. Tensión Arterial	< 140/90	16
4. Ingresos	1	1

Conclusiones: Se han alcanzado mejorías importantes a nivel del control de peso, revisión de pies, realización de microalbuminurias y disminución de HbA1c > 10. No obstante, tendremos que buscar nuevas estrategias para mejorar el resto de indicadores mínimos de procesos, así como para mejorar los indicadores de resultados.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE UNA GUÍA DE USO APROPIADO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

C. Ribó Bonet, R. Delgado Vila, C. Solduga Forcad, J.M. Brunetti Novella e I. Orce Satrústegui

C-121

Palabra clave: guías de práctica clínica, resonancia magnética, evaluación.

Introducción: Al menos una tercera parte de las solicitudes de RM que se emiten en las consultas privadas de los médicos de nuestra compañía podrían no cumplir criterios de indicación, según los resultados de un estudio descriptivo realizado en 1999. Debido a ello se edita una guía de uso apropiado que se distribuye a todos nuestros médicos.

Objetivos: Evaluar el impacto de la introducción de la guía y recoger datos para una segunda edición revisada.

Metodología: Tras la difusión de la guía se seleccionan durante tres meses consecutivos, una muestra de exploraciones realizadas por cada uno de los centros proveedores, en las que se analizan las peticiones que según el protocolo no estarían indicadas y en las que no consta ningún motivo en la petición. Se enviaron cartas recordatorias a los médicos peticionarios en los que se detectaban grandes discrepancias con la guía.

Se recogen además, todos los motivos de petición que no aparecen en el protocolo y que se van detectando durante su uso diario. Un año después se realiza un nuevo estudio trasversal para monitorizar el impacto de la introducción del protocolo.

Resultados: Se analizan 1.200 peticiones de RM realizadas en febrero de 2001. No existen diferencias significativas en las variables sociodemográficas de los pacientes atendidos en los dos años estudiados. Observamos disminución de las peticiones sin justificación (en blanco) del 9,2% al 7,3% ($p < 0,05$), se mantiene el porcentaje de patología traumatólogía crónica alrededor del 18% del total y baja significativamente la repetición de exploraciones de igual localización (TC y/o RM) del 22% al 14% ($p < 0,01$).

Se han detectado varios procesos patológicos comunes no referenciados en la guía.

Conclusiones: 1) Ha habido una discreta modificación en la práctica clínica de los facultativos. 2) Es necesaria mayor participación de los clínicos en la reedición de la guía, para dar un enfoque más práctico y adaptado a nuestro medio que además facilitará la adhesión a la misma.

ANÁLISIS DEL CONTENIDO FORMAL DE LAS GUÍAS CLÍNICAS ELABORADAS EN UN CENTRO DE SALUD

M.D. Martínez Mazo, J. Gil Serrano, B. Ochoa de Olza Tainta, M. Artieda Lanas, S. Miranda Alcoz y C. García Erviti

Centro de Salud Rochapea.

C-120

Palabras clave: Guías de práctica clínica, Control de calidad, Atención primaria.

Objetivo: La elaboración de guías clínicas en los Centros de Salud es una actividad a realizar por los profesionales de los citados centros contemplada en la Cartera de Servicios. El objetivo del presente trabajo es hacer un análisis descriptivo a la mínima de los criterios formales de elaboración de las guías clínicas en las guías existentes en el centro, realizadas por los profesionales del mismo y para su uso interno.

Metodología: Revisión de las guías existentes en la actualidad en el directorio H del servidor del Centro de Salud, en el archivo protocolos.

Resultados: De un total de 28 guías, la definición de caso (aplicabilidad) aparece en 11 (39,29%). Las excepciones y preferencias del paciente (relacionadas con la flexibilidad) se cumplen en 3 (10,71%) y 5 (17,86%) guías respectivamente. De los tres criterios relacionados con la fiabilidad, solamente se describe el método empleado en la revisión de las evidencias científicas en 1 guía (3,57%). De los criterios relacionados con la validez, 3 de ellos (la fuerza de las evidencias científicas, y las informaciones cuantitativas referentes a riesgos y a los beneficios posibles) no se cumplen en ningún caso; la información cuantitativa sobre costes en 4 (14,29%); la información cualitativa de riesgos potenciales en 6 (21,43%); la información cuantitativa de los beneficios en 9 (32,14%), y las referencias bibliográficas en 12 (46,43%). De los relacionados con la claridad-manejabilidad, la legibilidad es del 100%; 1 (3,57%) especifica el sistema de registro de casos; 7 (25%) tienen las páginas numeradas; 10 (35,71%) contienen diagramas de flujo o algoritmos; ninguna tiene índice paginado. Respecto a la revisión planificada, la fecha consta en 22 (82,14%) de las guías, pero ninguna prevé la fecha de su revisión. Tampoco figura que se haya tenido en cuenta la opinión de los profesionales que van a aplicar el protocolo, ni la de otras unidades que puedan verse afectadas, ni la opinión de los usuarios.

Conclusiones: Las guías elaboradas en nuestro centro de salud adolecen de forma grave en cuanto a la aplicabilidad, flexibilidad, fiabilidad, validez, revisión planificada, claridad, y opinión de personas afectadas por la guía, tanto profesionales como usuarios.

MESA 16

CALIDAD EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sala Roncal
Jueves 10, 12:00-14:00

C-123

CALIDAD DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA

M.A. Nuin Villanueva, N. Yurss Arruga, P. Arroyo Aniés, K. Calvo Herrador, A. Granado Hualde y F. Elía Pitillas

Palabra clave: Tratamiento Anticoagulante Oral, Calidad de Cuidados, Atención Primaria.
Objetivos: Evaluar y comparar el programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) desde Hematología a los Equipos de Atención Primaria (EAP) en los seis primeros meses de implantación (1/04/01 a 30/9/01) y en los seis posteriores (1/10/01 al 31/03/02) en 8 EAP (5 urbanos y 3 rurales)

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyen todos/as los/as pacientes mayores de 14 años en TAO en EAP. Para cada periodo se han evaluado los siguientes indicadores:

1. Control clínico: prevalencia de INR en control (INR = 2-3 o INR = 2,5-3,5 según indicación), INR adecuado clínicamente (INR en control 0,2) e INR en control 0,5 en determinadas fechas de corte.
2. Incidencia acumulada de hemorragias
3. Tiras reactivas por visita

Procedencia datos: programa informático y consumo de tiras de almacén. Se han analizado con Access 97 y SPSS 10.0

Resultados:

1. Comparación de INR entre ambos períodos

Pilotaje: muestra de 1885 determinaciones de las 2608 correspondientes a 540 personas.

Siguiente periodo: 640 determinaciones de las 3617 correspondientes a 640 personas.

	Pilotaje (N=1885) %	A los 6 meses (N=640) %	x2	p
INR en control				
Dentro	59,2	63,9	4,42	*
Debajo	20,5	24,5	4,65	*
Encima	20,5	11,6	25,5	***
INR en control ± 0,2				
Dentro	72,8	78,8	8,9	**
Debajo	12,2	13,4	0,67	NS
Encima	15	7,8	21,6	***
INR en control ± 0,5				
Dentro	86,6	91,4	10,4	***
Debajo	4,2	3,9	0,1	NS
Encima	9,1	4,7	12,8	***

NS: No significativo; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

2. Incidencia acumulada de episodios de hemorragias en 6 meses

Pilotaje: 1,1% (0,7% mayores y 0,4% menores) Período posterior: 3,4% (0,5% mayores y 3% menores)

3. Tiras por visita utilizadas

1,56 tiras/visita durante el pilotaje frente a 1,3 en el periodo posterior.

Discusión: La descentralización del control del TAO con recursos adecuados de apoyo supone un avance en la accesibilidad del paciente. El control del INR es aceptable y ha mejorado significativamente en el segundo periodo. Se detecta un área de mejora en el aumento de INR por debajo de rango para el INR en control. Ha aumentado la incidencia de hemorragias menores, probablemente por un mejor registro.

CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.A. Lobo Álvarez, H. Ortiz Marrón, M.J. Calvo Alcántara, F. Huguet Vivas, R. Gómez Quiroga y F. Arrieta Blanco

C-122

Palabra clave: Control metabólico, Hemoglobina Glicosilada, Atención Primaria, Auditoria Externa.

Objetivo: El adecuado control metabólico del paciente diabético es fundamental para disminuir las complicaciones y la morbilidad ligadas a la misma. El parámetro que mejor refleja el grado de este control es la hemoglobina glicosilada (HG). El objetivo del estudio fue conocer el porcentaje de control metabólico en pacientes diabéticos adultos atendidos en los equipos de atención primaria (EAP) de un Área Sanitaria de 520.000 habitantes.

Metodología: Auditoria externa con criterios explícitos y normativos; dimensión estudiada: calidad científica técnica; unidades de estudio: pacientes diabéticos captados mayores de 14 años. Fuente de datos: historias clínicas (HC). De los 14.630 diabéticos captados, fueron seleccionadas, a través de muestreo sistemático, HC de los 28 EAP del Área (precisión 10%, nivel de confianza 95%). Se consideró control metabólico adecuado cuando la última cifra de HG registrada en los últimos meses era inferior a 7,5%. Si no existía registro de HG en los últimos 6 meses se entendía como mal control.

Resultados: Se evaluaron 1997 HC, de las cuales el 54,1% correspondían a mujeres y el 66,8% a mayores de 64 años. El 31,8% (29,7-33,8 IC95%) de pacientes presentaron un control adecuado. Por equipos, existió gran variabilidad en el grado de control, con un mínimo de 13,2% y un máximo de 52,7%. El grupo de edad entre 65 y 79 años presentó la mayor frecuencia de control ($p < 0,05$). No hubo diferencias respecto al sexo. El 44,6% de los pacientes tenían una determinación de HG en los últimos 6 meses; el 71,7% de estos tenían un control adecuado.

Conclusiones: No está suficientemente extendido en los EAP el uso sistemático de la determinación de HG. El grado de control metabólico entre los pacientes a los que se solicita regularmente HG es aceptable. El programa de mejora de calidad del Área incluye el parámetro aquí analizado en la monitorización del control de los pacientes diabéticos. Según esta evaluación, actualmente son necesarias medidas de formación continuada de los profesionales implicados para que tomen conciencia de la utilidad de la HG como parámetro de control y ajuste del tratamiento en los pacientes diabéticos.

C-124

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD

J. Coll Verd y B. Puig Valls

Palabra clave: Calidad. Cirugía menor. Atención Primaria.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en cirugía menor.

Metodología: Se evaluaron todas las intervenciones de cirugía menor en las que se realizó estudio anatomo-patológico, entre enero de 1999 y diciembre de 2001 en el Centro de Salud "Coll d'en Rabassa".

Se evaluó el cumplimiento de los siguientes criterios de calidad consensuados por el propio equipo: 1- registro del diagnóstico, alergias a anestésicos, alteraciones de la coagulación; 2- existencia de consentimiento informado; 3- concordancia entre diagnóstico clínico y anatomo-patológico.

Se comunicaron los resultados al equipo, proponiéndose actividades de mejora (sensibilización sobre la importancia del consentimiento informado, anamnesis sistemática y registro de posibles alteraciones de coagulación, interconsultas con el Servicio de Dermatología).

Resultados:

Nº de intervenciones: 197

Registro del diagnóstico: 100%

Registro de alergias: 100%

Registro de alteraciones de coagulación: 73,3%

Consentimiento informado: 64,7 %

Concordancia: 80,2 %

Conclusiones: Se eligieron aquellos criterios más relevantes para evaluar la calidad de la prestación de cirugía menor. Es mejorable el registro de alteraciones de coagulación y la existencia de consentimiento informado, por lo que se han implementado actividades de mejora. La correlación clínico-anatomo-patológica es aceptable si se compara con otros estudios, aunque podría mejorar realizando interconsultas con el Servicio de Dermatología. En futuras evaluaciones comprobaremos la efectividad de estas actividades.

**FRECUENTACIÓN DIAGNÓSTICA, CORRELACIÓN
DIAGNÓSTICO-TERAPEUTICA, CALIDAD DE INFORMACIÓN
DE CUIDADOS. SEIS CATEGORÍAS DE PACIENTES, ATENCIÓN
PRIMARIA**

Grupo de diagnósticos de enfermería. Atención Primaria. P. Pérez Company. Instituto Catalán de la Salud (ICS) Hospital Vall d'Hebron, Pabellón Docente (1^a Plta.)

Palabra clave: diagnósticos, atención primaria.

Objeto: Conocer el grado de implantación y manejo de los diagnósticos, sus tratamientos, la calidad de la información que se recoge en la historia del paciente y los resultados que se obtienen.

Metodología: Se han auditado 65 historias clínicas, cerradas, seleccionadas al azar, correspondientes a las categorías de pacientes, "Anciano frágil, atención domiciliaria", "Paciente terminal, atención domiciliaria", "Atención al niño y adolescente", "Paciente crónico, atención en el centro de salud", "Paciente crónico, atención domiciliaria", "Atención al cuidador". Se ha revisado la información que contienen desde el inicio de un diagnóstico hasta la finalización del mismo, mediante un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo.

Para la recogida de datos se ha elaborado una ficha que consta de variables identificativas, variables de cantidad de información, variables de la calidad del proceso y frecuentación.

Resultados: De los 75 diagnósticos obtenidos de las categorías mencionadas los de más frecuentación son: Duelo - Duelo disfuncional, Alteración de la nutrición por defecto o por exceso, Riesgo de Lesión, Estreñimiento, Deterioro de la integridad cutánea, Trastornos de la movilidad, siendo el 45,31% del total. La cantidad de información en la historia es del 95,97%, siendo la categoría con menos información "Atención al niño y adolescente" 84,43% y los ítems, Identificación de la dependencia, que cuando coincide con la categoría mencionada es del 45,43% y referido al total 87,57% y el Tratamiento con un 93,33%. La correspondencia del diagnóstico, su correlación con el resultado esperado y tratamiento es del 93,34%, 92,67%, 91,34% respectivamente. Siendo los diagnósticos con mas dificultades "Alteración del desarrollo, Riesgo de la lactancia materna ineficaz, Riesgo de infección urinaria, Hidratación inadecuada y Aislamiento social". Los pacientes que al alta cumplen con el perfil de criterios estándares requeridos como resultados, encontramos que están en un 65,40%, viendo como la categoría "Paciente crónico. Paciente terminal atención domiciliaria son las más deficitarias.

Conclusiones: Con este estudio se puede ver como un planteamiento estratégico y una buena preparación de enfermería en cuanto a la puesta en marcha de su función de cuidar puede dar resultados de salud en la población en lo que respecta a su autonomía y ausencia de riesgos.

C-125

**INTRODUCCIÓN DE LA MEJORA DE CALIDAD EN UN CENTRO
DE SALUD MEDIANTE UN CASO CLÍNICO**

J. Palacio Lapuente, P. Escolano Colás, M. T. Gracia Gracia, O. Navarro Vitalla, G. Olóriz Pérez y L. Portero Uriel Centro de Salud Muñoz Fernández-Ruiseñores.

Palabra clave: Caso clínico, mejora de calidad, formación continuada, atención primaria, coordinación de atención primaria con el nivel de especializada.

Objetivos: 1) Introducir las actividades de mejora de calidad en el equipo. 2) Iniciar la exposición de casos clínicos. 3) Adquirir experiencia de trabajo en equipo en mejora de calidad orientada al cliente interno y externo. 4) Iniciar contactos para hacer más fluidas las relaciones con el nivel de especializada.

Metodología. Se decidió partir de algo ya conocido como los casos clínicos pero dándole un nuevo enfoque complementario: el análisis del tránsito del paciente por el sistema, lo que permitía ver como equipo el caso y tener en consideración la influencia de la actividad de unos profesionales en el trabajo de los otros, y de todos en la atención recibida por el usuario. A tal efecto se presentó un caso de un paciente con lumbalgia y se estudiaron todos sus pasos: desde su alta en el centro hasta su derivación a Reumatología.

Resultados: En el proceso de preparación y tratamiento del caso se constituyó y comenzó a funcionar el equipo de mejora. En la reunión de los médicos con el radiólogo se practicó la formación continuada mediante el aprendizaje basado en la resolución de problemas. El médico de familia que presentó el caso y el radiólogo documentaron el diagnóstico diferencial y el seguimiento de las espondilitis anquilopoyéticas. Además se trataron aspectos concretos de formas de llenar los volantes de solicitud y de hacer los informes de manera que ambos niveles se faciliten mutuamente el trabajo y se disminuyan tiempos de espera evitables. En la reunión de médicos, DUE y fisioterapeutas del centro con los reumatólogos se presentó el nuevo protocolo de derivación de primaria a reumatología. También se buscaron medios de contacto más ágiles entre niveles, según las necesidades de los pacientes. En la reunión del equipo de salud se detectaron oportunidades de mejora, como la solicitud de las historias clínicas al centro de origen desde el mismo servicio de admisión.

Conclusiones. Este caso, con sus limitaciones de alcance y desarrollo, ha servido para comenzar la implantación en el centro de la mejora de calidad, tanto a nivel de método como organizativo. De él hemos salido con ideas, en general, un poco más claras y operativas sobre mejora de calidad, con un grupo de mejora en funcionamiento y con una primera experiencia de comunicación para el trabajo coordinado con el nivel especializado de referencia.

C-126

**CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CENTROS DE
ATENCIÓN PRIMARIA**

H. Ortiz Marrón, M.A. Lobo Álvarez, P. Pumar Sainz, M.A. Rodríguez Martínez, M. Villamor Borrego y F. González Sanz

C-127

Palabra clave: Control hipertensión arterial, atención primaria, Auditoría Externa.

Introducción: El adecuado control de la tensión arterial tiene gran importancia para prevenir los eventos cardiovasculares.

Objetivo: Conocer el porcentaje de control óptimo de la tensión arterial (TA) en pacientes hipertensos adultos atendidos en los equipos de atención primaria (EAP) de un Área de Salud de 520.000 habitantes.

Metodología: Auditoría externa con criterios explícitos y normativos; dimensión estudiada: calidad científico-técnica; unidades de estudio: pacientes hipertensos captados mayores de 14 años. Fuente de datos: historias clínicas (HCs). Se consideró control óptimo de tensión arterial cuando las últimas cifras de TA registradas en los últimos seis meses eran inferiores a 140-90 mmHg. Si no existía registro en los últimos 6 meses se entendía como mal control. De los 46.750 hipertensos captados a nivel de Área, fueron seleccionadas, a través de muestreo sistemático, HCs de los 28 equipos del Área (precisión 10%, nivel de confianza 95%).

Resultados: Se evaluaron 2.315 HCs de pacientes hipertensos, de los cuales el 64% eran mujeres, el 66% tenían más de 64 años y el 18% eran también diabéticos. El 45% (43-47 IC95%) de los pacientes tenían un control óptimo de la tensión arterial. Por EAPs existió gran variabilidad en el grado de control, con un mínimo de 31% y un máximo de 61% de control óptimo. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de control respecto a la edad o el sexo. Teniendo en cuenta las últimas recomendaciones (< 130-85 mmHg), los pacientes que también eran diabéticos mostraron un menor control (16,5%) que los no diabéticos (22%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: El grado de control de los pacientes hipertensos estudiados es aceptable. El programa de mejora de calidad del Área incluye actualmente el parámetro aquí analizado en la monitorización, el cual está demostrando su utilidad en la toma de decisiones en los EAPs en relación con la atención a los pacientes hipertensos. Es necesario aumentar el control de la TA mediante la formación adecuada de los médicos para que sigan estrategias de tratamiento y seguimiento en consonancia con las guías de actuación reconocidas internacionalmente.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON LUMBALGIA
EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M.C. Hidalgo García, R. Pérez Periago e I. Anza Aguirrezzabalá C.S. Aguilas Norte.

C-128

Palabra clave: Fisioterapia, Atención primaria, Calidad asistencial, Dolor lumbar.

Introducción: Se ha detectado mucha variabilidad en el registro de información clínica en la Unidad de Fisioterapia (UF) de Aguilas. Se ha seleccionado un problema de salud de derivación frecuente, los pacientes con dolor lumbar, del que se dispone de un protocolo de atención, para valorar la calidad actual de los registros clínicos y la mejora tras establecer medidas correctoras.

Objetivos: Evaluar y mejorar la calidad de la información clínica registrada en las H.C. de pacientes con dolor lumbar de la U. F. de Aguilas.

Metodología: Se analiza el problema mediante un diagrama de causa efecto y se definen cinco criterios de calidad, "c1" antecedentes, "c2" anamnesis, "c3" exploración, "c4" plan y "c5" resultado, especificando aclaraciones y excepciones para cada uno. La fuente de datos ha sido el registro de HC de la U.F. de Aguilas y el marco muestral los pacientes derivados por dolor lumbar durante el año 2001. Se han seleccionado todos los casos (50). La dimensión estudiada es científico-técnica y la evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

Resultados: En la evaluación inicial los cumplimientos han sido del 2% para "c1", 6% para "c2", 6% para "c3", 2% para "c4" y 80% para "c5". Los incumplimientos han sido de 49 para "c1", 49 para "c4", 47 para "c2", 47 para "c3" y 2 para "c5". Los criterios 1, 2, 3 y 4 acumulan el 99% de los incumplimientos. Medidas correctoras: Organización del tiempo asistencial para la atención de nuevos pacientes y altas. Modelo de registro sistemático. En la reevaluación sobre 9 pacientes los cumplimientos han sido del 88,89% en los cuatro primeros criterios. "c5" no ha sido incluido en la 2^a evaluación. Los incumplimientos (ponderados) han sido de 5,5 para los cuatro criterios evaluados ($p < 0,01$) lo que representa una mejora del 89%.

Conclusiones: Pese al poco tiempo transcurrido para la segunda evaluación la mejoría de porcentajes señala la eficacia de las medidas correctoras.

CALIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Rondán García, E. Rondán Márquez, A. Sandoval Adán, H. Hormigo Julio, R. Pérez Periago e I. Anza Aguirreabala
Centro de Salud de Aguilas Sur.

Palabra clave: Atención Primaria, Centro de Salud, Calidad de sistemas de información, Actividades Preventivas.

Introducción: Tras la implantación del programa informático OMIAP en el Centro de Salud de Aguiles Sur coexisten dos registros de información clínica con variabilidad en la forma de registrar la información clínica de los programas de Salud. La medición de producto sanitario ha requerido revisar los dos soportes de información. La mayor parte de la información deferente a las actividades de Prevención de Cáncer en las Mujeres (PCM) está en historias clínicas (CH) con soporte papel.

Objetivos: Evaluar y mejorar la calidad del registro informático de las actividades de PCM.

Metodología: Se analiza el problema mediante un diagrama de causa efecto y se definen tres criterios de calidad, "c1" consta en HC Informática "resultado de citología", "c2" consta "Resultado de mamografía" y "c3" consta "anamnesis de sangrado vaginal", especificando aclaraciones y excepciones para cada uno. La fuente de datos ha sido el registro de H.C. informático del C.S. Aguiles Sur y el marco muestral las mujeres de tres cupos médicos incluidas en el programa de prevención de cáncer durante el año 2001. Mediante las funciones de la aplicación informática se han identificado y evaluado todos los casos. La dimensión estudiada es científico-técnica y la evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

Resultados: Los cumplimientos han sido 1,58% para "c1", 15,14% para "c2" y 4,17% para "c3". Los incumplimientos han sido de 1605 para "c1", 1384 para "c2" y 1563 para "c3". El criterio 1 acumula el 35,26% de los incumplimientos, y los criterios 1 y 3 el 69,6%. Las medidas correctoras han ido dirigidas a incrementar la información y captación de mujeres susceptibles de recibir los servicios, y a registrar sistemáticamente en OMIAP los resultados de las exploraciones. En la reevaluación se valoran los resultados desde 1 de enero 2002 a 31 de mayo. Los cumplimientos han sido 23,95% para "c1" ($p_{dif} < 0,01$), 20,67% para "c2" ($p_{dif} < 0,05$) y 32,13% para "c3" ($p_{dif} < 0,01$). Los incumplimientos han sido 1.240 para "c1", 1.294 para "c2" y 1.107 para "c3". Los incumplimientos se han reducido en un 20%.

Conclusiones: La mejoría del 20% en seis meses demuestra la eficacia de las medidas correctoras. Se monitorizarán las actividades preventivas mediante la medición anual de producto.

C-129

CONSULTA A DEMANDA: EJE DE UNA ATENCIÓN ENFERMERA PERSONALIZADA Y ACCESIBLE. ANÁLISIS DE RESULTADOS

S. del Río Urenda, F.J. Puertas Díaz y F.J. Martín Santos

C-131

Palabra clave: Consulta de Enfermería a demanda; gestión de cuidados orientada a resultados; enfermera de referencia; continuidad de cuidados; calidad percibida.

Introducción: En el año 2001, el SAS introdujo en Contratos Programa la potenciación de las Consultas enfermeras a demanda bajo criterios de accesibilidad y personalización, promoviendo el cambio de organización por tareas a la asignación enfermera-paciente.

La consulta de enfermería a demanda es el servicio ofrecido por la enfermera a cada persona que acude a su consulta, sin previa programación, ya sea espontáneamente, o por indicación de otro profesional.

Objetivos: Proporcionar una atención sanitaria resolutiva, de alta calidad, y acorde a las necesidades y expectativas del usuario. Normalizar la práctica enfermera, disminuyendo la variabilidad. Definir los resultados del paciente influenciados por la práctica enfermera, concretando nuestra Cartera de servicios, y evaluando la efectividad de las intervenciones enfermeras.

Metodología:

- Formación de un grupo de mejora
- Revisión bibliográfica
- Panel de consenso
- Definición de población diana
- Elaboración del planes de cuidado basados en el modelo de Virginia Henderson, incluyendo valoración, detección de problemas, criterios de resultados e intervenciones.

Resultados: Organización orientada al usuario. La asignación enfermera-paciente fomenta la relación terapéutica, y la continuidad de cuidados. Aumento de la capacidad de resolución de las consultas de enfermería, a través de la elaboración de guías de actuación ante problemas independientes y de colaboración prevalentes en nuestra práctica. Oferta diaria personalizada de consultas, mejorando la accesibilidad al servicio. Mejora de la comunicación de nuestros servicios tanto hacia los clientes externos como internos. Todo lo anterior, ha repercutido en un aumento de satisfacción, responsabilidad profesional, nivel de salud y calidad percibida.

Conclusiones: La definición de resultados del paciente influenciados por la práctica enfermera, nos permite concretar nuestra Cartera de servicios, "haciendo visible lo invisible". El uso de la metodología enfermera, incluyendo sistemas de lenguaje estandarizados disminuye la variabilidad en la práctica asistencial. La consulta a demanda ofrece la posibilidad al paciente de asumir la iniciativa del cuidado de su salud.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A MAYORES DE 75 AÑOS, EN UN CENTRO DE SALUD

S. Ballestín Sorolla, L.J. Calvo Tello, B. Aladrén Pérez, A. Ruiz de la Cuesta Martín y J.A. Franco Hernández
CS Arabal

C-130

Palabra clave: Audit, Reevaluación, Atención Primaria, mayores de 75 años

Objetivo: 1) Evaluar la cartera de servicios en lo que se refiere al Servicio de atención a mayores de 75 años en un centro de salud 2) Valorar si se ha producido una mejora en la atención respecto a la evaluación del año anterior.

Metodología: Realización de un audit. Sobre la atención prestada en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2001. Se incluyen un total de 160 historias clínicas de pacientes mayores de 75 años extraídas por muestreo aleatorio simple entre los 8 cupos que tiene adscritos el Centro de Salud, con la valoración de las variables incluidas en el Servicio de atención a mayores de 75 años: incontinencia urinaria, antecedentes de caídas y causas, consumo de fármacos, agudeza visual y auditiva, ingresos hospitalarios, con quien vive, canal auditivo, higiene bucodental, alimentación, uso apropiado de medicamentos y prevención de accidentes domésticos.

Comparación de los resultados con los obtenidos en el año 2000. En este año este servicio fue sometido a evaluación por parte de la dirección e incentivado de acuerdo con los resultados obtenidos.

Resultados: Del conjunto de Historias Clínicas revisadas, se obtuvieron los siguientes datos registrados: registro de incontinencia urinaria 6%, caídas 5%, consumo de fármacos 30%, agudeza visual y auditiva así como higiene bucodental < 5% respectivamente, ingresos hospitalarios 12%, con quien vive 8%, alimentación 19%, uso apropiado de medicamentos 23% y prevención de accidentes domésticos 7%. En el conjunto de las Historias Clínicas revisadas, se registró una valoración funcional de los pacientes en el 6% de los casos y una valoración clínica en el 20%. Los índices obtenidos fueron significativamente mas bajos que en la evaluación previa.

Conclusiones: En la mayoría de los apartados valorados, se ha producido un descenso en el registro de los mismos respecto al estudio previo. Se ha producido un descenso de la calidad prestada en este servicio. El análisis de las posibles causas pasa por un : infraregistro del personal de enfermería, falta de motivación del mismo al no ser evaluado este servicio en el presente año... ¿Sirve la incentivación para mantener la motivación?. El papel de enfermería es clave para la correcta cumplimentación.

PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA: ¿BUENO BONITO Y BARATO?

A. Collado Cucò, N. Nieto, L. Ríos Valles, J.A. Bilbao Sustacha, J. Valero Sales y R. Tomás Cedó
CAP Hospitalet.

C-132

Palabra clave: Prescripción, Calidad, Gasto farmacéutico.

Objetivos: Establecer una relación entre gasto farmacéutico y calidad de la prescripción.

Diseño de la comunicación:

Material y métodos: A partir del conjunto de prescripciones generadas por 36 médicos de 5 Zonas Básicas de Salud (ZBS) a lo largo del 2001, se recogen datos de gasto farmacéutico total, número de recetas (total y por tres grupos terapéuticos: hipolipemiantes, antiinflamatorios y quinolonas) a su vez subdivididos en 2 (de primera y de segunda línea) basándose en las recomendaciones de uso de fármacos en Atención Primaria de la Región Sanitaria y de las Guías de Práctica Clínica aplicadas en las 5 ZBS. Se generan las variables: "precio por receta" y "primera línea respecto a total" (en cada uno de los tres grupos y para el conjunto de los tres). Posteriormente al análisis descriptivo de éstas variables se establece un punto de corte para las variables "precio por receta" (2.000 Pts.) y "Primera línea respecto al total" (en el conjunto de los tres grupos) (0.58) que corresponden a las medias de estas variables. Los datos son tabulados y depurados mediante Microsoft Access y procesados estadísticamente mediante el paquete SPSS. Se realiza análisis de regresión.

Resultados: Se analizaron un total de 758372 prescripciones, el 9% de las cuales correspondía a alguno de los tres grupos seleccionados.

El conjunto de indicadores cualitativos se correlaciona bien con el precio por receta ($R = 0,559$; $p = 0,008$)

Por separado: Antiinflamatorios: $R = 0,383$; hipolipemiantes: $R = 0,459$; quinolonas: $R = 0,049$ (este grupo solo representa el 0,5% de las prescripciones). El coeficiente de correlación es aun superior ($R = 0,762$, $p = 0,019$) en los profesionales con un precio por receta inferior a 2000 Pts. pero no en los profesionales con una indicador cualitativo superior a la media ($R = 0,495$, $p = 0,359$).

Conclusiones: En nuestro estudio, encontramos una relación significativa entre calidad de la prescripción y gasto farmacéutico. En el conjunto estudiado se dibujan dos subpoblaciones con un comportamiento diferente según se sitúen por encima o por debajo de la media del gasto farmacéutico. Estos resultados nos orientan hacia la creación de posibles indicadores que identifiquen el perfil prescriptor de los profesionales en Atención Primaria.

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO SOBRE DOS MECANISMOS DE RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS: EFECTO SOBRE RESULTADOS INTERMEDIOS

A. Aguilera Luna, V. Rodríguez Pappalardo, Y. Olivencia Pérez, L. Morón
Morón, J.M. Pérez Pinto e I. Fernández Fernández
Distrito Sanitario de Camas.

C-133

Objetivos: Comparar el efecto de dos mecanismos de recaptación sobre los resultados intermedios (control metabólico) en la mejora del Cuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus (DM)

- Mecanismo de recaptación centrado en el profesional sanitario.
- Mecanismo de recaptación centrado en el paciente.

Metodología: *Ámbito:* Atención primaria *Sujetos:* En cada unidad de atención familiar (UAF) se estudian todos los pacientes diagnosticados de DM: estudiamos 10 UAF que atienden un total de 1.123 pacientes con diabetes. *Diseño:* El TASS, aplicación informática de uso en las consultas de atención primaria de la comunidad autónoma andaluza se utiliza como soporte para el registro electrónico. Realizamos un ensayo clínico aleatorio, con asignación por bloques de las unidades de atención familiar (médico – enfermero) a los dos grupos de estudio.

Grupo 1 (G1): Entrega del listado a los profesionales médicos y enfermeros encargados del seguimiento del paciente con Guía informativa sobre los requerimientos de seguimiento periódico de la DM.

Grupo 2 (G2): Recaptación de forma centralizada enviando a los pacientes una Carta con Guía informativa sobre los requerimientos de seguimiento periódico de la DM, justificando su importancia e implicándolos en el proceso.

Mediciones: Analizamos frecuencia de cumplimiento de indicadores de resultado intermedio (control metabólico: HbA1c, Colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos).

Resultados: A partir del establecimiento de mecanismos de recaptación observamos mejora del control de las cifras de HbA1c respecto a la situación previa, sin diferencias según el mecanismo utilizado (HbA1c < 8%: 39% post vs 22% pre). Observamos un mayor porcentaje de control en las cifras de colesterol total, HDL-colesterol y triglicéridos a 12 meses en el grupo centrado en el paciente en comparación al grupo centrado en el profesional sanitario (CT: 32 vs 23%, HDL-col: 47 vs 35%, Triglicéridos: 66 vs 44%).

Conclusiones: El establecimiento de mecanismos de recaptación contribuyen a la mejora de resultados intermedios en un problema crónico como es la diabetes mellitus. La mejora del control metabólico es mayor en los parámetros lipídicos en el grupo centrado en el paciente.

MESA 17

Mejora de la calidad en los servicios clínicos

Sala Bardenas-Belagua
Jueves 10, 12:00-14:00

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA DE NAVARRA: LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA

C-134

M. Sánchez Echenique, M.A. Nuin Villanueva, E. Martínez Ochoa y J. Erviti López
Unidad de Programación y Docencia A. Primaria

Palabra clave: Antibióticos. Pediatría. Indicadores. Prescripción. Atención Primaria.

Justificación: El consumo de antibióticos ha aumentado considerablemente en Europa y los estudios efectuados destacan que las diferencias notables en la utilización de medicamentos entre los países no responden a variaciones de morbilidad. España consume tres veces más antibióticos que los países del entorno más desarrollados. Las resistencias parecen ligadas a la utilización inadecuada de estos, por lo que es necesario conocer la realidad en cada ámbito.

Objetivo: Estudiar el perfil de prescripción de antibióticos en pediatría de A. Primaria. Identificar áreas de mejora.

Metodología:

Estudio Descriptivo Transversal.

Criterios de Inclusión: Todos los profesionales (pediatras y médicos en Pediatría) que atienden a menores de 15 años en los Equipos de Atención Primaria. **Criterios de Exclusión:** Médicos de Urgencias Hospitalarias. Pediatras Hospitalarios. Médicos que atienden a una población conjunta de adultos y niños. **Muestra:** Los 93 facultativos de A. Primaria.

Variables dependientes: Recogemos tres indicadores aceptados: 1) DHD: N° de dosis diarias Definidas/1.000 niños/día (cuantitativo). 2) Cociente utilización antibióticos 1^a elección/Reserva; siendo 1^a elección: penicilinas, penicilinas + clavulánico y el Trimetroprim-Sulfametoazol. Reserva: Macrólidos, Cefalosporinas y Quinolonas. 3) Utilización de Cefalosporinas de 3^a generación, orales: N° dosis diaria definida/10.000 niños/día.

Recogida de datos: Servicio de Farmacia de A. Primaria
Análisis de los datos: Mediante SPSS.10.

Resultados: El indicador DHD muestra una distribución normal: Media: 15,40; Desviación Típica: 6,2, y Rango: 31,25 (1,57-32,82). El Cociente 1^a elección/reserva, no tiene una distribución normal. Media: 2,37; Mediana: 1,89; Desviación Típica: 1,8 y Rango: 9,57 (0,10-9,67). El indicador de Cefalosporinas de 3^a generación, orales, muestra: Media: 4,35; Mediana: 1,35; Desviación Típica: 8,50 y Rango: 59,4 (0,00-59,4).

Conclusiones: Las diferencias de los indicadores demuestran una gran variabilidad entre profesionales, sin detectarse factores externos que las justifiquen. En Pediatría el 80% de los antibióticos se utilizan en patología respiratoria y ORL. Nuestros datos hacen pensar que no se están utilizando idóneamente para la patología indicada. El análisis aconseja plantear un estudio de las causas, para identificar y atenuar los factores que impiden una correcta antibioterapia.

AUTOMEDICACIÓN EN EL HOSPITAL

C. Avendaño Solá, A. López García, B. Paredes Ros, I. Portero Larragueta, A. Sainz Rojo y A. Torralba Arranz
Hospital Puerta de Hierro, Dirección de Calidad.

C-135

Palabras clave: Automedicación, Errores de medicación.

Objetivos: Investigar la existencia de automedicación en los pacientes ingresados en nuestro hospital y describir el grado de conocimiento y control por parte del personal sanitario.

Metodología: Estudio descriptivo mediante encuesta específica y entrevista de los pacientes que ingresaron durante la semana del 25 de febrero de 2002 en los servicios de Medicina Interna, Traumatología, Cirugía General y Digestiva, Cardiología y Oftalmología del Hospital Universitario Puerta de Hierro. También se procedió a la revisión sistemática de la hoja de tratamiento y de la historia clínica.

Resultados: Durante la semana del estudio se produjeron 213 ingresos que generaron 189 entrevistas válidas. De los pacientes entrevistados, un 17% de los pacientes reconoció estar tomando durante su ingreso medicación que le era proporcionada por el entorno familiar en lugar de por el hospital. Adicionalmente, en los casos de suministro de medicación ajeno al hospital, la medicación no era guardada y administrada por el personal de enfermería en un 19% de las ocasiones, no estaba registrada en la historia de enfermería en un 23%, no constaba en la hoja de prescripción médica en un 36% y no constaba en la Historia Clínica en un 9% de los casos.

Conclusiones: Existe suministro indebido de medicamentos en el hospital, ajeno al Servicio de Farmacia. La mayoría de los medicamentos eran medicación crónica no disponible en el hospital. En estos casos, la conducta correcta sería prescribir el equivalente disponible en el hospital o hacer la solicitud formal de adquisición por el Servicio de Farmacia. Sin embargo, se opta a menudo por tolerar que el paciente siga con dicha medicación con suministro ajeno al hospital y con el consiguiente peligro de confusiones y de errores en la conservación del producto. Existe auto administración de medicamentos en el hospital, sin control por enfermería y sin registro en la historia de enfermería, la hoja de prescripción o la historia clínica. Ambos hechos constituyen una fuente potencial de errores de medicación.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PROGRESIVO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS

J.R. García Mata, J.R. Ara Callizo, J.J. Rivas Andrés, F. Martínez Lozano y P. Martínez Mongay
Hospital Miguel Servet Unidad de Calidad.

C-136

Palabra clave: gestión, calidad, mejora continua.

Un Plan de Gestión de Calidad (PGC) en los Servicios implica autoresponabilizarse de la prestación de una asistencia de calidad de un modo planificado. Los miembros de un Servicio diseñan su futuro de forma participativa y desarrollan procedimientos para alcanzarlo.

Objetivos: Promover la incorporación de los integrantes de Servicios y Unidades en la mejora de calidad. 1-Proporcionando formación metodológica al staff médico, de enfermería y no sanitarios en cada Servicio. 2-Configurando un grupo de mejora. 3- Poniendo en marcha un sistema de detección y priorización de situaciones mejorables adaptado al entorno, 4-Elaborando e implantando el PGC del Servicio.

Metodología: Durante 2000-01 se incluyó en el contrato de gestión del 35% de Servicios y Unidades del Hospital Miguel Servet el objetivo de esbozar líneas de un PGC y designar un responsable y grupo de mejora interdisciplinar. En los Servicios con mayor nivel de involucración, se procedió durante el 2001-02 a un proceso formativo en calidad, impartido por la Unidad de Calidad, sirviendo los trabajos en grupo -de mayor peso docente- de germen del futuro grupo de calidad y del primer borrador del PGP del Servicio; la formación estaba ligada al compromiso de trabajo en el área de calidad.

Resultados: Durante el 2001-2 se han incorporado 18 Servicios/Unidades. En todos los del 2001 (8), se ha puesto en funcionamiento un grupo de mejora y se ha elaborado un PGC que incluye líneas relacionadas con reducción de variabilidad y riesgo, gestión de procesos, mejora de eficiencia y satisfacción de pacientes; han diseñado indicadores para su monitorización y desarrollado procesos evaluativos. Su contrato hospitalario de gestión incluyó solamente dos objetivos: Elaboración del PGC y memoria de actividades del grupo de mejora. Los 10 Servicios del año 2002 acaban de concluir su periodo formativo y se encuentran poniendo en marcha los grupos de mejora. Los grupos formados en el 2001 participaron en el proceso formativo de sus compañeros del 2002. El Hospital reguló durante el 2002 los grupos de mejora y la figura del responsable de calidad del Servicio.

Conclusiones: El proceso formativo ha tenido un nivel de acogida muy superior a las otras ofertas formativas de Centro. La implicación en la formación de la Unidad de Calidad facilita su involucración y seguimiento en el desarrollo de los programas. Todos los Servicios han desarrollado líneas de mejora planificadas.

ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE CMA

M. Taibo, A. Gómez-Palacios, P. Gómez, J. Ortiz, J. Goicoechea, B. Barrios, J. Gómez, J. Méndez e I. Iturburu
Hospital Civil de Bilbao.

C-137

Introducción: Con el fin de disminuir costes sanitarios y mejorar la satisfacción del paciente, se han desarrollado las unidades de cirugía sin ingreso hospitalario (CMA). Dentro de los parámetros más fundamentales de control de calidad en la atención quirúrgica dentro del programa estarían: intervenciones suspendidas, ingresos imprevistos y la tasa de reingresos. El análisis de los mismos, nos permitirá establecer eventuales modificaciones que mejoren nuestro programa.

Objetivo: 1) Análisis de los ingresos no programados. 2) Estudio de las intervenciones suspendidas y de los reingresos.

Material y métodos: Desde el comienzo del programa en octubre de 2000 a marzo de 2002, se han intervenido 278 enfermos, en la unidad de CMA: 168 (60,4%) hombres y 110 (39,6%) mujeres. La edad media fue de 50,02 (rango 5-96). ASA I: 220 (79,1%); ASA II: 54 (19,4%); ASA III: 4 (1,4%). Las patologías intervenidas fueron: Cirugía de la pared abdominal: 160 (57,6%); venas varicosas: 28 (10%); miscelánea (tumores partes blandas, linfoadenectomías, patología mamaria, etc.): 90 (32,4%).

Resultados: Un total de 11 (3,9%) pacientes no pudieron ser dados de alta en el día de la intervención. Nueve hombres y dos mujeres. Edad media de 52,72 años. ASA I: 7 (63,6%) enfermos; ASA II: 4 (36,4%). Las patologías intervenidas fueron: 7 (63,6%) hernias inguinales; 1 (9%) hernia umbilical; 1 (9%) lipoma; 1 (9%) insuficiencia venosa superficial; 1 (9%) exploración quirúrgica de herniorrafia por dolor. Diez (91%) fueron intervenidos bajo anestesia regional y uno (9%) con general. Las causas del ingreso fueron: Indecisión a ir su casa, 3 (27,3%) casos; hipotensión, 3 (27,3%) casos; dolor de herida, 1 (9%) caso; hematoma, 1 (9%) caso; hemoperitoneo, 1 (9%) caso; falta de información de CMA, 1 (9%) caso; denegación de permiso laboral por intervención quirúrgica al familiar, 1 (9%) caso. Intervenciones suspendidas: 3 (1,07%) casos (dos por desaparición de la lesión, uno por desistir el enfermo). Tasa de reingresos: 1 (0,35%) enfermos (hematoma tras herniplastia R-R, en paciente de 66 años). La tasa de reingresos dentro de los siete primeros días de postoperatorio: 1 (0,35%) enfermos.

Conclusiones. 1) La cifra de ingresos no programados ha sido inferior al estándar (4%). 2) En 5 (45,4%) casos, las causas no eran de índole clínica, lo que hace factible su corrección en la fase de selección de pacientes, si esta tarea es encomendada a facultativos concretos. 3) La tasa de intervenciones suspendidas y de reingresos, entendemos que en nuestra experiencia se encuentran dentro de parámetros de calidad muy aceptables.

ELABORACIÓN DE PERFILES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

I. Escobar Rodríguez, M.J. Esteban Gómez, J.M. Ferrari Piquero, M.J. Vicario Zubizarreta y A. Herreros de Tejada
Hospital Doce de Octubre, Servicio de Farmacia.

C-138

Palabras clave: Adherencia. HIV.

Objetivo: Las recomendaciones actuales establecen que la evaluación periódica de la adherencia al TAR es imprescindible y debe tenerse en cuenta en la toma de decisiones terapéuticas en el tratamiento del paciente con infección VIH. El objetivo de este trabajo es describir la metodología empleada para la elaboración de perfiles de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) con objeto de que se disponga de un elemento de juicio, en cada paciente, a la hora de valorar la efectividad clínica de su tratamiento antirretroviral en un momento determinado de su evolución clínica.

Metodología: La Unidad de Infección VIH solicita al Servicio de Farmacia la elaboración de perfiles de adherencia al tratamiento antirretroviral para todos aquellos pacientes con fracaso virológico y en los que no existe constancia de ingreso hospitalario o suspensión del tratamiento antirretroviral. El Servicio de Farmacia elabora el perfil de adherencia utilizando un método indirecto basado en correlacionar la pauta posológica y el número de formas farmacéuticas dispensadas de cada medicamento de la combinación antirretroviral prescrita con las fechas de dispensación. El perfil se elabora mediante una aplicación informática, desarrollada por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que permite introducir los valores de carga viral y visualizar, de forma gráfica y simultánea, la relación entre el perfil de adherencia y la evolución de la carga viral. Dicho perfil se envía a la Unidad de Infección VIH por fax en un plazo máximo de 48-72 horas después del envío de la solicitud.

Resultados: Desde el comienzo de la actividad (enero de 2000) y hasta el momento actual (mayo de 2002), el Servicio de Farmacia ha elaborado un total de 434 perfiles de adherencia. Dichos perfiles han sido empleados en la toma de decisiones terapéuticas por los médicos de la Unidad de Infección VIH.

Conclusiones: La elaboración y aplicación de los perfiles de adherencia siguiendo la metodología descrita en este trabajo permite disponer de una estimación objetiva del cumplimiento del TAR de los pacientes, ayudando a los clínicos a la toma de decisiones e incrementando la calidad de la asistencia al mejorar los criterios de evaluación de la efectividad de dicho tratamiento.

INDICADORES CLÍNICOS EN EL CONTRATO PROGRAMA

A. Olaskoaga Arrate, J. Muñiz Saitua, M.J. Arrien Luzarraga, P. Ortueta Chamorro y J.L. Uriar Serrano

Dirección Territorial de Sanidad.

C-139

Palabra clave: Contrato-programa, indicadores, evaluación.

Objetivo: Con el fin de asegurar la calidad de la asistencia contratada, desde 2000 el contrato programa que firma la Dirección Territorial de Sanidad con los hospitales de Bizkaia incluye una serie de compromisos de calidad específicos para los procesos asistenciales cirugía de cataratas, artroplastia de cadera, asistencia al parto, asistencia oncológica. En 2001 se incorporó la diálisis crónica, y en 2002 la artroplastia de rodilla y atención al infarto de miocardio.

Método: Se creó un grupo de trabajo por cada proceso. Estos grupos están formados por uno o dos clínicos de cada hospital, expertos en calidad y directivos de los hospitales y directivos y técnicos de la Dirección Territorial. A partir de revisiones de la bibliografía se elaboró una parrilla de indicadores por cada proceso. Los grupos de trabajo discutieron cada uno de los indicadores, elaborando por consenso una propuesta definitiva (de 7 a 12 indicadores por proceso). Para fijar los objetivos, iguales para todos los hospitales, se tomaron referencias de la situación anterior si era medible; en el resto se fijaron objetivos razonables o simplemente se acordó su medición. Las fuentes de información son múltiples: CMBD, otros registros hospitalarios, encuestas a usuarios, revisión de historias clínicas.

Resultados: Los indicadores y su objetivo se incorporan al contrato en forma de compromisos cuyo cumplimiento reporta beneficios económicos a los hospitales. Una vez cumplido el ejercicio y evaluados los compromisos, los grupos se reúnen, revisan resultados e indicadores y discuten sus limitaciones, para posteriormente proponer el cuadro de indicadores y objetivos para el contrato sucesivo. El cumplimiento de objetivos en 2001 fue: cirugía de cadera 65%; cataratas 80%, asistencia oncológica 57%; parto 86%; diálisis: 53%.

Conclusiones: Los indicadores han sido útiles para detectar áreas de mejora. Se ha conseguido el acuerdo de los clínicos para la evaluación mediante criterios homogéneos. Se ha establecido una dinámica de colaboración y no de competencia entre los hospitales, y una mayor adherencia al contrato programa.

MEJORA DEL CONTROL DEL CIRCUITO DE MÓRFICOS EN LA UCI

A. Peiro, S. Abanades, R. Balaguer y J.F. Solsona

C-140

Palabras clave: Mórficos, UCI.

Introducción: A pesar del elevado potencial de abuso y de la posibilidad de desvío ilegal de opioides como la morfina, no suele existir un control estricto de los circuitos que siguen estas sustancias desde su almacenamiento hasta su administración al enfermo hospitalizado.

Objetivos: Estudiar la seguridad del circuito de morfina en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y evaluar la concordancia entre concentraciones prescritas y reales en las bombas de perfusión de morfina.

Material y método: Estudio descriptivo transversal, basado en la obtención de muestras de 1 mL ($n = 65$) de bombas de perfusión de morfina (50 mg de Cloruro Mórfico 1% en 50 ml de suero glucosado o fisiológico) conectadas a paciente, durante 2 meses en la UCI. De forma adicional se realizó un control de la prescripción, contrastando la coincidencia entre la prescripción médica y la administración al paciente.

Posteriormente se determinaron las concentraciones de morfina de las muestras por espectrofotometría. Para validar la sensibilidad del método ante sustracciones menores de mórficos, se tomaron muestras de forma ciega, de una serie de diluciones teóricas a las que se les había sustraído 1 o 2 ampollas de morfina.

Resultados: En el análisis de las muestras se obtuvo una concentración media (\pm DE) de 1,07 mg (\pm 0,12), a partir de una concentración teórica de 1,0 mg. Se validó el método para detectar posibles sustracciones menores de mórficos, al encontrar diferencias significativas entre las diluciones teóricas de morfina. No se encontraron discrepancias importantes entre la prescripción médica y la administración real al paciente.

Conclusiones: Mediante este estudio se demostró la integridad del circuito de morfina en la UCI. Los controles adicionales (comprobar la concentración en los sueros prescritos, comprobar la concordancia entre lo prescrito y lo administrado) incrementan la seguridad del circuito, constituyendo una medida efectiva con un óptimo cociente beneficio/riesgo.

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO TELEFÓNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNTOMA DISNEA EN EMERGENCIAS SANITARIAS

C. Martín Castro, P. Navarro Pérez, F.J. Nevado Poveda y E. Gil Piñero
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

C-141

Palabra clave: Disnea, diagnóstico diferencial, emergencias cuestionario, teléfono y validación.

Objetivo: Validar un protocolo telefónico para la identificación de patología emergente entre los pacientes demandantes de asistencia sanitaria por disnea a través del teléfono 061

Diseño: Estudio transversal de base extrahospitalaria.

Ámbito de estudio: El estudio se realizará en el área sanitaria de Granada en la empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

Sujetos de estudio: Pacientes demandantes de asistencia emergente a través del teléfono 061 de Granada. El servicio da cobertura a una población de 300000 personas. Una estimación razonable es que se producen al día 250 llamadas telefónicas en dicha provincia. El primer nivel de screening (teleoperador) permite identificar como llamadas asistenciales aproximadamente 200. A continuación el médico (que escucha la conversación) asigna como recurso la UVL móvil en aproximadamente 12 casos. La experiencia indica que la disnea aguda provocadas por diferentes cuadros patológicos (neumotórax a tensión, bronco espasmo, Edema agudo de Pulmón, tromboembolismo pulmonar, Obstrucción de la vía aérea, tamponamiento cardíaco, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Infarto Agudo de miocardio e Insuficiencia cardíaca izquierda) requiere de asistencia emergente. Estas patologías pueden suponer en torno al 15% de las llamadas asistenciales.

Instrumentalización: Se ha diseñado un cuestionario mediante un comité de expertos. Además de las preguntas habituales que realiza el médico, consta de nueve preguntas más, adaptadas a un contexto de demanda emergente telefónica. Se aplicará dicho cuestionario a todas las llamadas asistenciales cuyo motivo de demanda sea disnea. Posteriormente se realizará una identificación de casos que hubieran sido diagnosticados de patología emergente. Tras ello se ponderaran las preguntas y validará el cuestionario. El diagnóstico final del paciente será determinado mediante un seguimiento exhaustivo de cada paciente demandante.

Resultados: Según nuestros resultados los parámetros u ítems sobre los que hemos encontrado que existe un relación o una asociación estadísticamente significativa con la gravedad del cuadro han sido: el nivel de conciencia del paciente, tener antecedentes de asma, forma de comienzo del proceso disnea, posibilidad de hablar por el paciente, antecedentes de cardiopatía isquémica, el sexo (predominando sobre el sexo masculino) y el hecho de estar tomando medicación broncodilatadora.

Conclusiones: Según los resultados encontrados en nuestro trabajo creemos que se hace necesario implantar y actuar según el protocolo validado en todas las centrales de coordinación para disminuir tanto los falsos negativos como los falsos positivos.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA APLICADAS A LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS

L.R. Jiménez Guadarrama, E. Gil Piñero, C. Martín Castro, F.J. Gómez Jiménez, J. Fernández Domínguez y E. Roca Pugnaire
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

C-142

Palabra clave: Emergencias, catástrofes, coordinación.

Objetivos: 1) Conocer la frecuencia, índole, magnitud y los recursos empleados para la resolución de las emergencias colectivas de nuestro medio. 2) Evaluar los conocimientos que, en materia de asistencia a emergencias colectivas, poseen los trabajadores más implicados en la asistencia a las emergencias colectivas. 3) Comprobar la adecuación de las operativas, los medios utilizados y de la formación del personal interviniente en emergencias de la Provincia de Granada. 4) Programar la formación para las emergencias colectivas de todos los intervinientes en la provincia de Granada.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional y Cualitativo.

Diseño: Se aplicará metodología cuantitativa y cualitativa (grupos de discusión, grupos nominales y grupos focales). *Población de estudio:* Personal hospitalario, personal de emergencias (sanitarios, policía, bomberos, voluntarios) y víctimas de accidentes múltiples.

Resultados: Tras la celebración de los grupos podemos destacar como opiniones y/o puntos con necesidad de mejora: orientar la coordinación hacia el trabajo conjunto, tener la posibilidad de contar con un equipo 061 dentro de los parques de bomberos (integrado dentro del propio parque), fomentar los cursos de formación (que todos conozcan lo que tiene que hacer cada institución), información y coordinación conjunta (no coordinación simultánea), prácticas en común, planes de emergencia conjuntos y bien coordinados, especificar los planes de cada provincia, incrementar el material técnico y humano.

Conclusiones: 1) Fomentar el número único para evitar pérdidas de tiempo y que cada llamada sea recibida por los distintos efectivos simultáneamente. 2) Incorporación de los distintos estamentos al plan de actuación. 3) Interacción entre las distintas instituciones, para que cada efectivo conozca la problemática y sistema de trabajo de los otros para evitar problemas. 4) Reducir demoras de tiempo y trabajar eficazmente.

CALIDAD DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS FACULTATIVOS

F.J. Lucas Imbernón, M.L. Fagoaga Gimeno y J. García Guerrero

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Palabra clave: Calidad de facultativos, Servicios médicos y quirúrgicos, Servicio de urgencias.

Introducción: El Plan de Calidad en las Instituciones sanitarias tiene como objetivo obtener la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible. Los profesionales son los garantes de buen hacer.

Objetivo general: Análisis de la calidad de la actividad asistencial de los facultativos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Material y métodos: Los datos han sido recogidos del Servicio de Admisión y de la Unidad de Calidad. Se ha realizado análisis descriptivo de la actividad asistencial de los facultativos de CHUA durante el año 2001, utilizando 10 parámetros: 1. *Proceso de consentimiento informado*; 2. *La implantación de la receta en consultas externas y planta*; 3. *Implantación de las Guías de sociedades científicas*; 4. *Utilización de alta tecnología*: RMN, TAC, O₂ domiciliario; 5. El porcentaje de principios "C" utilizados; 6. *Calidad del informe de alta de la historia clínica*; 7. *Tasas de mortalidad*; 8. *Los Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor*; 9. *Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria*; 10. *Actividad en Urgencias*. Cada uno de los datos están conseguido a través de un indicador específico. El programa estadístico utilizado ha sido SPSS, nivel de significación p < 0,05.

Resultados: El CHUA, hospital de referencia del nivel 3, tiene 732 camas repartidas en dos hospitales. Los ingresos en el año 2001 fueron 31.138. Las Urgencias atendidas fueron 124.535. 1. *Proceso de consentimiento informado*: ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, se utiliza el documento de consentimiento informado (DCI) específico en el 94,65% de los casos; Los DCI se han adaptado a las características del hospital, y han sido aprobados por la comisión correspondiente (100%). En el DCI están reflejados los riesgos personalizados de la intervención o prueba diagnóstica (99,43%). 2. *La implantación de la receta en consultas externas fue del 100% y en la planta del 88,55%*; 3. El resultado global de la *Implantación de las Guías de sociedades científicas* se expresa en la tabla siguiente:

Protocolo	Numerador	Denominador	Cumplimentación
Cataratas	30	30	100
Amigdalectomía	41	41	100
HBP	24	30	80,00
Indicación Prótesis de rodilla	46	46	100
Cirugía Prótesis de rodilla	30	30	100
Indicación Prótesis de cadera	53	53	100
Cirugía Prótesis de cadera	28	30	93,33
Hallux valgus	31	33	93,93
GLOBAL	283	293	96,58

4. *Utilización de alta tecnología*: a. El 86,67% de RMN realizadas están de acuerdo al protocolo establecido; b. El 95,24% de las indicaciones de las pruebas de TAC están adecuadas al protocolo; c. El 97,4% de los pacientes tratados con Oxigenoterapia domiciliaria están de acuerdo a la circular 4/00 del INSALUD; 5. El porcentaje de principios "C" acumulado del año 2001 fue de 5,2%; 6. *Calidad del informe de alta*: a. El 88,69% de las historias clínicas (HC) tienen el informe de alta en < 15 días del alta; y el 96,5% en < 2 meses; b. 88,5% de los informes de alta cumplen el 100% de los criterios de adecuación del hospital; el 92,3% de los informes de exámenes están en < 2 meses en la HC. 7. *Tasas de mortalidad*: TM potencialmente evitable es 0%; TM neonatal 1,40/1000; TM perioperatoria 0,4117%; 8. *Los Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor* fue del 1,76% en < 3 días y del 5,53% en 30 días. 9. *Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria* fue del 8,59%. 10. *Actividad en Urgencias*: el 43,55% de los pacientes permanecen > 3 h y sólo el 11,75 permanecen > 6 h; el 92,38% de las vías venosas utilizadas en Urgencias están bien indicadas; tasa de retorno a urgencias es del 2,49%.

Conclusiones: 1) Consideramos la calidad asistencial de los facultativos como muy buena. 2) El cumplimiento de los protocolos de las Guías de las sociedades científicas es alto. 3) Debe disminuir la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica. 4) La utilización de alta tecnología (RMN, TAC y Oxigenoterapia) es muy adecuada. 5) La calidad del informe de alta es muy buena. 6) Los parámetros de calidad del Servicio de Urgencias son muy buenos.

C-143

CREACIÓN DE UNA BIBLIOTECA PARA PACIENTES EN EL HOSPITAL DE ANTEQUERA DESDE LA ÓPTICA DE MARKETING

T. Cruz, M.M. Perez, C. Cabrera y J. Terol
Hospital de Antequera.

C-145

Palabra clave: bibliotecas para pacientes; hospital de Antequera; marketing; planificación; metodología.

Objetivo: de este trabajo es comunicar la metodología que se ha seguido para el diseño de la Biblioteca para Pacientes del Hospital de Antequera, desde la perspectiva del marketing.

Los valores que asume como propios el Hospital de Antequera son: Hospital "INNOVADOR Y DE CALIDAD", "HUMANO", "ABIERTO" y "ECOLÓGICO Y SOCIAL". En este contexto se define como Línea Estratégica "CENTRAR AL HOSPITAL EN EL CIUDADANO", en la que se enmarca la creación de la Biblioteca.

La implantación y desarrollo de la bibliotecas para pacientes tiene sentido en el ámbito de curar-cuidar, en cuanto a restaurar el equilibrio psicológico-social que se altera al enfermar. Por tanto, los objetivos de este servicio son:

Formar al paciente sobre los cuidados que necesita su enfermedad y promoción de la salud.

Cubrir las necesidades de información, formación y fundamentalmente ocio

Desarrollar una biblioteca adaptada a las necesidades de sus usuarios.

Metodología: que se ha seguido es:

Estudio preliminar sobre bibliotecas de pacientes

Segmentación de públicos objetivo

Identificación de actitudes y expectativas de los diferentes segmentos de usuarios y de los profesionales respecto al nuevo servicio (Encuesta a Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería, Entrevistas en profundidad: Subdirectora de Atención al Usuario y Trabajadora Social, Responsable de la biblioteca de Pacientes, Responsable del Centro Coordinador de Bibliotecas, Responsable de una ONG, Grupo de discusión (Tormenta de Ideas) con Supervisores de Enfermería y Grupos Focales con pacientes, líderes de opinión y profesionales.

Definición de la cartera de servicios por segmentos

Resultado: Se ha diseñado la secuencia de la puesta en marcha del servicio, implicando en su organización a profesionales de enfermería, así como a voluntarios locales.

LA MONITORIZACIÓN DE LA TASA DE AUTOPSIAS COMO MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

I. Quintana Tort-Martorell, F.L. Vilanova Cardenal, M. Subirana Casacuberta, M.C. Rodríguez Casquero, N. Lluís Ramírez y X. Bonfill Cosp, Comisión de Evaluación de Resultados*

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

C-144

Palabra clave: Autopsia, calidad asistencial, mortalidad hospitalaria.

Objetivos: En el contexto hospitalario la tasa de autopsias es un indicador tradicional de evaluación de la calidad asistencial. Por esta razón, la Comisión de Evaluación de Resultados del Programa de Promoción y Evaluación de la Calidad Asistencial (ProAQuA) se planteó conocer la situación actual, identificar los problemas existentes y plantear las estrategias de futuro.

Metodología: Para conocer el número y porcentaje de autopsias clínicas realizadas durante el período 1985-2001, se revisó la base de datos de los Sistemas de Información del hospital y la actividad del Servicio de Anatomía Patológica. Para objetivar si existían problemas para la solicitud, autorización y realización de autopsias clínicas, se recogió información de distintos servicios hospitalarios. Finalmente, para conocer las recomendaciones y los datos de otros centros en relación a la tasa de autopsias, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema.

Resultados: La media anual de Necropsias clínicas durante el período de estudio 1985-2001 ha sido de 136 ± 14 , y corresponde a un 15% del total de muertes hospitalarias. Se observa una clara tendencia a la disminución pasando de un 22,2% en 1985 a un 6% en el 2001. Existe una gran variabilidad en el número y porcentaje de autopsias de los servicios, oscilando entre el 100% y el 2% de los éxitos del servicio. No se cuantifica globalmente la concordancia entre el diagnóstico pre y post-mortem y se registra heterogeneidad en el empleo del informe de les Necropsias en los diferentes servicios.

Conclusiones: La autopsia es considerada un buen método para la detección y prevención de los errores médicos, aunque no hemos encontrado datos concluyentes al respecto. A pesar que el porcentaje medio anual de Necropsias (15%), coincide con el recomendado por la Joint Commission, la tasa de autopsias ha disminuido en el hospital durante los últimos 16 años (dato objetivado también a nivel mundial), lo que nos lleva a proponer acciones para mejorar la calidad de la asistencia. Las acciones propuestas son: acciones divulgativas (mejorar los mecanismos de feed-back), acciones formativas (especialmente dirigidas a los médicos residentes argumentando la utilidad de las autopsias y facilitando directrices para su solicitud) y acciones evaluadoras (monitorización sistemática de la tasa de autopsias a nivel general y por servicio estableciendo 8 indicadores de calidad para su control).

MESA 18

Calidad percibida por los pacientes

Sala Londres
Jueves 10, 18:30-20:30

C-147

ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD: EL RETO DE UNA VISIÓN INTEGRADA DE EQUIPO

J. Blasco Alvaredo, S. Navarro Pedro, M. Morcillo Muñoz, L. Jovaní Roda, P. Gutiérrez Culsan y C. Verdera Benedicto
ABS Ulldecona-La Senia.

Introducción: ¿Qué mueve a miles de personas a abandonar la tierra de sus padres y de sus antepasados? Los movimientos de población han estado vinculados a lo largo de la historia, a la búsqueda de mejores condiciones de vida. Los profesionales, como el resto de ciudadanos, asistimos a una mezcla de turbación y desconfianza al fenómeno migratorio, que va a cambiar en pocos años el perfil de la vida cotidiana. Nuestra Área Básica de Salud, alrededor de un 15% de población inmigrante, nos obliga a plantearnos este problema desde el ámbito de la asistencia sanitaria que realizamos.

Objetivo: Integrar las iniciativas de los profesionales para ofrecer un producto homogéneo, como Área Básica de Salud, de atención a la diversidad.

Dificultades: Presión asistencial de un colectivo que desconoce el funcionamiento del sistema sanitario. (15% población ABS). - Falta de Formación específica de los profesionales.

- Iniciativas dispersas. - Diferencias culturales: Concepto salud / enfermedad; hábitos alimentarios y sociales; idioma. - Actitud negativa de algunos profesionales.

Metodología de Trabajo: 1) Conocimiento de la realidad de la inmigración en la ABS. 2) Grupo de trabajo interdisciplinario (ABS/Servicios Sociales). 3) Coordinación con Servicios Sociales Comarcales y Escuela. 4) Presencia en Fórum externos sobre la inmigración. 5) Análisis de las iniciativas en marcha en la ABS.

Resultados: *Actividades de atención al usuario:* Se elabora un diptico informativo, con las siguientes características: a) Sencillez, lenguaje directo: evitamos expresiones técnicas de difícil comprensión (UAU, TIS, PAD). b) Brevedad y concisión. c) Editado en varios idiomas: (catalán, castellano, árabe, ruso, rumano, inglés, francés). *El contenido es el siguiente:* 1. Información de los servicios que ofrece nuestro Centro. 2. Forma de acceder a esos servicios (horarios, cita previa, visitas urgentes, etc.). 3. Información complementaria: Tramitación Tarjeta Sanitaria. Legislación vigente para las diversas situaciones. Recomendaciones prácticas para facilitar accesibilidad.

Actividades en Pediatría: 1. Captación de niños inmigrantes: - Escuela: Localización niños inmigrantes escolarizados y cita para Pediatría. - Servicios Sociales Comarcales (Educador Social). - "Pérdida" de niños y casos difíciles. 2. Problemas con el idioma: - Visitas con el mediador de su etnia. - Madre desconocedora del idioma: comunicación escrita con el padre. - Consejos higiénicos / dietéticos en árabe para: Fiebre, diarrea, lactancia. - Calendario móvil de alimentación. 3. Vacunaciones: - Actualización vacunas por fax (Sudamérica i Países del Este de Europa).

Actividades del programa de atención a la mujer: Dificultades en el control del embarazo: Mujer árabe: piensa que existen demasiados controles, llegan tarde a los controles del primer trimestre, no siguen los controles fielmente y no desean controles fuera de la ABS.

Dificultades en la planificación familiar: Mujer árabe: solicita visita por mujeres médicos, desea métodos anticonceptivos naturales, si usa ACHO existen incumplimientos frecuentes. Mujer del este de Europa: Existe más solicitudes de interrupciones de embarazo.

Conclusiones: 1) La inmigración, muy importante en nuestra Área Básica de Salud, también provoca angustia en los profesionales, al enfrentarse a un problema para el que no han sido preparados. 2) Los profesionales deben recibir formación específica en asistencia a los inmigrantes de su Área Básica de Salud. 3) Al igual que con el resto de usuarios, hemos de adaptar nuestra cartera de servicios a sus necesidades, teniendo en cuenta su sensibilidad (cultura, religión). 4) En un futuro inevitablemente multirracial, la búsqueda de soluciones compete tanto a la Administración Pública como a la buena disposición de los profesionales.

EFFECTO DE LA INSTAURACIÓN PRECOZ DE LA LACTANCIA NATURAL EN LA DURACIÓN DE LA MISMA

M. Toro Santiago, J. Toro Santiago y M.C. Labrador Bejar
Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad Docencia.

C-146

Palabras clave: Lactancia natural, duración, análisis comparativo.

Objetivo: Analizar si el contacto precoz madre-hijo y la instauración precoz de la lactancia materna en los recién nacidos a término sanos antes de la primera media hora de vida produce una mayor duración de la lactancia materna exclusiva al tercer mes de vida.

Método: Estudio observacional analítico, prospectivo de dos cohortes, una expuesta y otra no expuesta, a una modificación de la relación madre-hijo.

Población diana: Puérperas que finalicen su embarazo mediante parto vaginal tras un embarazo sin patología intercurrente con un recién nacido a término de peso mayor de 2.500 gramos y sin patología presente o probable en el momento del nacimiento.

Variables: Variable dependiente: duración de la lactancia materna en días, categorizando la variable en: lactancia materna a los 15 días, 30 y 90 días. Variables independientes: Cohorte, edad materna, paridad, gravidez, edad paterna, edad gestacional, duración de la lactancia materna en recién nacidos anteriores, nivel de estudios materno, nivel de estudios paterno, nivel ocupacional de la madre, nivel ocupacional del padre, peso del RN, sexo del RN.

Fuentes de información: Historias clínicas, información de las propias puérperas, entrevista personal individualizada (previa al parto), llamada telefónica (a los 15, 30 y a los 90 días posteriores al parto).

Tratamiento estadístico: 1.- Estudio univariante observando posteriormente si existe o no diferencias mediante Chi-cuadrado. Obtención razón de riesgo (RR) e intervalo de confianza de la variable dependiente. 2.- Estudio de la duración de la lactancia materna en ambas cohortes mediante técnicas de Kaplan-Meyer. 3.- Estudio multivariante: regresión logística de Cox.

Resultados:

15 días de vida, RR = 1,08 (0,99-1,17), p = 0,06.

30 días de vida, RR = 1,12 (1,02-1,24), p = 0,02.

90 días de vida, RR = 1,16 (0,97-1,39), p = 0,09.

Conclusiones: Existe una tendencia a una mayor duración de la lactancia materna en aquellos casos en los que ha habido un contacto precoz madre-hijo, aunque esta tendencia sólo es significativa a los 30 días de vida del R.N.

La duración de la lactancia materna en hijos anteriores es un factor favorecedor de la duración de la lactancia materna en el hijo actual.

Existe una relación positiva entre los niveles de cualificación en la profesión paterna con mayor duración de lactancia materna.

C-148

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN

D.R. Díaz Rodríguez, M.C. Menchén Tabasco, M.P. Delgado Sánchez, M. Martínez Piérola y J.J. Millán Pérez

Palabras clave: Satisfacción, Cirugía Mayor Ambulatoria, Calidad Asistencial.

Objetivos: Conocer la satisfacción de los pacientes intervenidos por CMA en la Fundación Hospital Alcorcón.

Describir las variables sociodemográficas de los pacientes intervenidos por CMA.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. La muestra son 102 pacientes intervenidos entre el 15 Febrero y el 21 de Marzo del 2002. Se realizó una encuesta telefónica 3 semanas tras la intervención, utilizando el Cuestionario SUCMA14. Estudiamos variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, situación laboral. El análisis de datos se realizó en SPSS 9.0.

Resultados: Fueron estudiados 102 pacientes, 49% varones y 51% mujeres. La edad media fue de 49 años (DE 13,94). El 45,1% tiene estudios primarios, el 16,7% sin estudios y el 13,7% estudios superiores. El 49% trabaja por cuenta ajena, el 40,2% realiza trabajos no remunerados, mayoritariamente amas de casa. Por tipo de anestesia: el 36,3% fue raquídea, el 34,3% local, 15,7% bloqueos y plexos y el 12,7% general. 1) Satisfacción con la calidad de la atención hospitalaria percibida: Se refiere a la información recibida antes de la intervención, la capacidad del personal, las instalaciones del centro, el trato del personal y la satisfacción en general con la estancia hospitalaria. Destacamos la información previa: el 69,6% la considera buena, el 23,5% muy buena y el 6,9% mala. De la satisfacción en general, el 60,8% está muy satisfecho, el 37,3% satisfecho y poco satisfecho un 2%. 2) Satisfacción con la intervención mediante CMA: Se indagó sobre dolor tras la intervención, el tiempo pasado en el hospital, si consideraron adecuada la cicatrización de la herida, y si sintieron preocupación después del alta. No tuvo dolor el 49% de los pacientes, escaso el 29,4%, dolor moderado el 18,6%, y dolores fuertes el 2,9%. 3) Satisfacción con el seguimiento posthospitalario: Se refiere a la información recibida al alta y el seguimiento realizado en Atención Primaria. La información fue buena para el 55,9%. Sobre el seguimiento, lo considera bueno el 52%, muy bueno el 29,4%, y malo el 2,9%.

Conclusiones: El análisis del nivel de satisfacción de los pacientes ha sido elevado. No hemos encontrado asociación entre las variables socio-demográficas y la satisfacción de los pacientes intervenidos.

CALIDAD PERCIBIDA POR LAS FAMILIAS EN UN ÁMBITO PIQUIÁTRICO/SOCIOSANITARIO

C. Pavón Teijeiro, I. Martínez- Gras y J.L. Lejarraga de Diego
Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús.

C-149

Objeto: Desde 1999 el CABM recoge de forma sistemática y anual la satisfacción que los familiares de nuestros pacientes realizan respecto a la prestación del servicio ofrecido.

El objeto de esta comunicación se dirige a presentar la evolución seguida a lo largo de estos tres últimos años, en relación a las medidas de satisfacción utilizadas. Durante los dos primeros años, los aspectos evaluados se centraban a obtener el índice de satisfacción global en aspectos relacionados con instalaciones, atención y asistencia prestada. La encuesta del año 2.001 se idea con la finalidad de conocer el rango de prioridades manifestado por los familiares, así como la de obtener información relevante al respecto.

Metodología: En la encuesta del 2001, remitida por correo a todas las familias de nuestros pacientes, se solicitó a los encuestados que seleccionasen por orden de prioridad entre 6 categorías de respuesta, recogiéndose a través de una escala de Likert el nivel de satisfacción percibido en aspectos relevantes de estas.

El análisis de los resultados se centró a identificar los puntos fuertes y los aspectos a mejorar, así como a conocer el peso específico aportado a cada una de ellas. Este análisis fue realizado para cada uno de los dispositivos asistenciales que constituyen el CABM.

Resultados: Los resultados aportados por las 273 encuestas analizadas, indican el siguiente orden de prioridades:

- 1^a P: "Que el paciente reciba una atención adecuada a sus necesidades"
- 2^a P: "Disponer de información sobre la atención prestada"
- 3^a P: "El estado de las habitaciones"
- 4^a P: "Las medidas de seguridad"
- 5^a P: "El estado de las instalaciones comunes"
- 6^a P: "Otros servicios"

Conclusiones: Consideramos que uno de los medios más útiles para mejorar y responder a las expectativas y necesidades del pacientes, es el de utilizar instrumentos de evaluación de satisfacción sensibles en detectar aquello que es considerado como realmente importante por los clientes, así como en analizar en qué medida se responde satisfactoriamente al respecto. La elaboración y diseño de dichos instrumentos deberán realizarse a partir de la base obtenida de medidas anteriores.

LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN EL PROGRAMA PROYECTO HOMBRE DE NAVARRA (1999-2002)

A. Arana Marquina, M. Aristu Aeropagita, J.J. López Goñi, I.E. Lorea Conde y C. Illescas Orduña

C-150

Palabras clave: Satisfacción usuarios, tratamiento, drogodependencias.

Metodología: Desde el año 1997, el programa tradicional de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra trabaja en la implantación del modelo E.F.Q.M. Nuestro Programa está definido como Programa Educativo Terapéutico para la Atención de personas toxicomanas. Dentro de la implantación del modelo E.F.Q.M. anualmente se solicita de los/as usuarios/as la cumplimentación de una encuesta de satisfacción anónima con la que se monitorea la evolución de los distintos indicadores considerados como relevantes para nuestro programa de tratamiento, y se valora la repercusión de las mejoras introducidas en el mismo. Esta encuesta varía en función de la fase en que se halle el/la usuario/a. Asimismo, se solicita también a los familiares la cumplimentación de otra encuesta de satisfacción con los mismos objetivos.

Resultados: Aun cuando el nivel de satisfacción con el tratamiento es alto, no suelen reflejarse de igual manera las mejoras introducidas por parte del equipo con las percibidas por parte de los usuarios. En lo que respecta a los familiares, siendo también alto el nivel de satisfacción, se mantienen en el tiempo las demandas realizadas por parte de los familiares.

Conclusiones: Las personas admitidas a tratamiento muestran un alto nivel de satisfacción mientras permanecen en el mismo. Las demandas por parte de los familiares son muy semejantes en el transcurso del tiempo, y se basan fundamentalmente en la demanda de información.

Creemos que se deberían incluir otras técnicas de recogida de información complementarias a las encuestas anónimas para captar mejor la incidencia de las mejoras introducidas por parte de los equipos de tratamiento.

INFORME DEL USUARIO "VERSUS" SERVQHOS. DOS FORMAS DISTINTAS DE ESCUCHAR LA VOZ DE LOS PACIENTES

J.R. Martínez Alonso y A. Sáinz Rojo
Hospital Puerta de Hierro, Sección Bioestadística.

Palabra clave: Encuesta de posthospitalización, Informe del Usuario, Calidad percibida, Satisfacción.

Introducción: El Hospital Puerta de Hierro implantó dos modelos de encuesta para conocer la opinión de los pacientes. Uno, diseñado por investigadores del programa EMCA y la Universidad de Murcia, conocido como *informe del usuario*, desarrollado mediante metodología de grupos focales y validado con alto rigor científico. El otro, conocido como SERVQHOS, adaptación al ámbito hospitalario español del SERVQUAL, reconocido instrumento para detectar la calidad percibida en empresas de servicios.

Objetivo: Valorar el coste y los resultados de ambas encuestas basándose fundamentalmente en las características más destacables en ambas: procedimiento de entrega (personalizada y correo) y complejidad del cuestionario (147 y 36 preguntas).

Metodología: Se estructura en los pasos siguientes: a)- Comparación del coste considerando los tres conceptos de viabilidad, tiempo de personal y dinero. b)- Procedimientos para buscar la equivalencia de resultados en las dos encuestas a partir de la valoración general de la calidad y el estudio de la tasa de problemas por dimensiones. c)- Establecimiento de diferencias entre resultados específicos de calidad obtenidos en forma de indicadores o detalle de problemas detectados.

Resultados: La mayor complejidad del informe de usuario, supone un mayor coste en su realización. Diferentes valores de las tasas de respuesta (46,87% y 25,88%) son explicados por el procedimiento de entrega del cuestionario. Se detectaron diferencias significativas en algunas características de las dos muestras que se concretan en la encuesta SERVQHOS que es contestada por mayor número de hombres (60,80% versus 45,22%) y con un nivel cultural más bajo (sin estudios o primaria 60% versus 44,24%), pero que no afectaron a las respuestas directas sobre la valoración general de la calidad. Esta concordancia fue puesta de manifiesto en el estudio realizado con la tasa de problemas por dimensiones en la que ambos procedimientos casi coinciden cuando se hace la suposición que la opinión previa del paciente sobre la calidad es que va a ser regular. La valoración de los resultados se resume en el hecho de que Informe de usuario obtiene 53 indicadores y 72 detalles sobre 12 problemas concretos mientras que SERVQHOS obtiene sólo 22 indicadores que además son más generales y menos precisos. Por otra parte la información más completa del informe de usuario ofrece posibilidades de estudios multivariados.

Conclusiones: Aunque los distintos procedimientos de entrega detectaron diferentes características en la composición de los grupos que contestaron, puede considerarse que no influyó en la valoración general de la calidad. El estudio de equivalencia en los resultados de ambos procedimientos se basa en el hecho de que la opinión previa del paciente es que la calidad del hospital será regular. Considerando que debemos trabajar para que piensen que va a ser buena, los indicadores del Informe de usuario permiten la versatilidad deseada para conseguir este objetivo, ofreciendo además un detalle superior para detectar problemas.

C-151**C-152****LA CALIDAD PERCIBIDA Y SUS CONDICIONANTES EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)**

R. Suñol Sala, R.M. Saura Grifol, J.J. Navas Palacios, L. Sampietro-Colom y Grupo de Responsables de las Unidades de Atención al Usuario del Grupo ICS.

Palabra clave: Satisfacción, Consulta Externa Hospitalaria, predictores de la satisfacción.

Objetivos: 1) Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de la Consultas Externas (CCEE). 2) Identificar áreas de excelencia y puntos débiles. 3) Determinar los condicionantes de la satisfacción.

Metodología: Cuestionario autoadministrado, compuesto por 22.

Población a estudio: Usuarios de las CCEE hospitalarias de los Hospitales del grupo ICS durante el año 2001.

Muestra: cálculo de tamaño individualizado por hospital en función de los resultados anteriores manteniendo para todos un Z = 95% y una e = 5%.

Análisis de resultados con estadística descriptiva y bivariante para estimar la satisfacción y regresión lineal múltiple para determinar los condicionantes de satisfacción.

Resultados: La satisfacción global es de $7,6 \pm 1,7$ para los 10 hospitales. El rango de valores va desde $8,1 \pm 1,5$ a $7,0 \pm 1,8$. Las áreas de excelencia identificadas son: trato personal de todos los estamentos siempre alrededor del 90%, percepción de la competencia profesional (90%), información no escrita (81%) y fidelización (82%). Los puntos débiles son: puntualidad del médico (39%) y demora 1^a visita (59%). Información escrita (38%). Comodidad y ruido de la sala de espera con (39% y 49%) y finalmente continuidad asistencial con un 62%. El análisis multivariante muestra como un 30% de la satisfacción viene condicionada por 4 ítems: Confianza en el médico, trámites burocráticos, información NO escrita y comodidad de la sala de espera.

Conclusiones: Los usuarios de la CCEE de los hospitales del Grupo ICS muestran un buen nivel de satisfacción. En general existe una elevada confianza en el nivel científico técnico, mientras que se identifican como áreas de mejora algunos aspectos organizativos y estructurales. Destaca por encima de los demás la insistencia de los pacientes a través de los comentarios libres de su disconformidad en la alternancia de médicos del equipo en las visitas sucesivas. En cambio se mantiene una muy buena valoración del trato personal. En relación a los condicionantes de la satisfacción, en primer lugar aparece la confianza profesional, que obtiene buenas puntuaciones en la encuesta, por lo que probablemente sería más efectivo trabajar en los 3 restantes. Según los resultados de este estudio la información escrita, no actúa como factor predictor o condicionante de la satisfacción y si lo hace la información "No escrita". Quizás haya que interrogarse sobre la utilidad de los actuales Documentos de Consentimiento Informado (DCI), como elementos creadores de satisfacción, ya sea por sus contenidos o por la oportunidad de sus circuitos de entrega.

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON ALPROSTADIL-ALFA-CICLODEXTRINA: EFECTIVIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

M.P. Córdoles Jiménez, T. Ruiz Gómez, M.I. Segovia Gil, L. Pita Toledo, I. Ruiz-Risueño Álvarez y Gomariz Garcías

C-153

Palabras clave: Calidad de vida, práctica clínica, cuidados de Enfermería.

Objetivos: Medir los cambios que se producen en la calidad de vida percibida en pacientes tratados con alprostadil-alfa-ciclodextrina (AAC) por vía venosa periférica. Determinar las complicaciones locales y sistémicas que se presentan en estos pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo. Criterio de inclusión: todos los pacientes ingresados en la Unidad de Angiología y C. Vascular del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete con indicación terapéutica para la administración de AAC, entre septiembre del 2001 y abril del 2002. Se consensuó un protocolo de administración por el cual se administraban 40(gr del fármaco diluidos en 500 cc de fisiológico por vía venosa periférica; la dosis se repetía cada 12 horas durante cinco días; se proctotizaron asimismo los cuidados y mantenimiento de la vía. Variables recogidas: sociodemográficas, patologías asociadas, consumo de analgésicos, complicaciones locales y sistémicas en cada dosis; medición de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento y al finalizar el mismo, utilizando el cuestionario EUROQOL, ampliamente validado. Análisis estadístico: se ha realizado con el criterio de "intención de tratar", utilizando frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas) y medidas de tendencia central y dispersión (variables cuantitativas) para el análisis univariante; para el análisis bivariante se han utilizado Chi.Cuadrado y test de comparación de medias según el tipo de variable (significación estadística: $p < 0,05$)

Resultados: Se obtuvieron en total 44 pacientes, con enfermedad arterial obliterante grado III (34,5%) y IV (65,5%). Las complicaciones sistémicas más frecuentes han sido las náuseas y reacciones alérgicas; el tratamiento tuvo que ser suspendido en un 11,4% de los casos. No se produjo ningún éxito. Como complicaciones locales han aparecido dolor (media 1,29 sobre cada 10 dosis de tratamiento) y eritema (idéntica media) en la vía venosa; destaca que sólo ha sido necesario cambiar la vía 0,97 veces de media sobre cada 10 dosis, y en estos casos, sólo un 38,6% se debió a flebitis. Los resultados del cuestionario EUROQOL muestran mejoría de forma estadísticamente significativa en los siguientes aspectos: movilidad ($p = 0,04$), capacidad para el cuidado personal ($p = 0,0001$), capacidad para realizar actividades cotidianas ($p = 0,007$), dolor ($p = 0,002$) y ansiedad/depresión ($p = 0,02$)

Conclusiones: El tratamiento con AAC según el protocolo establecido muestra seguridad para los pacientes, notable mejora en la calidad de vida percibida y moderadas cargas de trabajo para los profesionales de Enfermería. Se deben elaborar protocolos de actividades de Enfermería y evaluar su efectividad.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE CUATRO UNIDADES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

M.A. Turrado Muñoz, I. Bilbao Acedos, A. Rodrigo Hernández, P. Sánchez de Puerta, M. Sánchez Hernández y M.J. Romero Muñoz
Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad Docencia.

C-154

Palabras clave: Calidad percibida, SERVQUAL, enfermería, hospitalización.

Introducción: La medición de la calidad percibida por el cliente es considerada actualmente por los diferentes modelos de evaluación y acreditación un criterio fundamental para la gestión de la calidad.

Objetivos:

- Identificar la valoración dada por los usuarios sobre la calidad del servicio en cuatro unidades de enfermería del Hospital Reina Sofía.
- Detectar posibilidades de mejora.

Metodología: Diseño transversal, mediante encuesta telefónica, a una muestra de pacientes hospitalizados en los últimos 6 meses en las cuatro unidades estudiadas. Se utilizó un muestreo aleatorio simple por unidad, para una $p = 75\%$, error muestral = 5% y NC 95%. Para la recogida de la información se diseñó un instrumento basado en el modelo SERVQUAL adaptado a los cuidados hospitalarios de enfermería.

Resultados: En el conjunto de las cuatro unidades, el 91% de los encuestados afirma estar muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida del personal de enfermería, este porcentaje oscila entre el 94,8% en la unidad de Cirugía Maxilofacial y el 84,9% de la unidad de Cirugía General. En general, la unidad de Cirugía General es la que peores valoraciones obtiene en "Seguridad y Garantía" y en "Información al usuario"; en cuanto a "Empatía" también presenta valoraciones más bajas que el resto para la amabilidad. En la dimensión de "Empatía" en general es la unidad de Urología la que muestra las puntuaciones más bajas, sobre todo en cuanto a presentarse por su nombre, ofrecer confianza y escucha al paciente, puntuando también más bajo que el resto en cuanto a las condiciones tangibles y en la acogida en planta por parte del personal de enfermería. Por el contrario, la unidad de cuidados de Cirugía Maxilofacial destaca por la buena valoración recibida, sobre todo en las dimensiones de acogida en planta, accesibilidad, empatía e información al usuario.

Conclusiones: El cuestionario diseñado para la medida de la calidad percibida por los usuarios de cuidados de enfermería en servicios hospitalarios permite la detección de diferencias entre la atención prestada en unas unidades y otras, logrando así conocer los puntos débiles y fuertes de las distintas unidades analizadas y detectar aspectos susceptibles de mejora.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS. METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

T. López Giménez, I. Cerdà Calafat, C. Guiteras Mauri, R. Carrera Goula, C. Janes Sariola y R. Soldevila Vidal
Hospital de Barbastro.

C-155

Palabra clave: Metodología, satisfacción, cáncer de piel, cirugía.

Introducción: Estamos realizando un estudio comparativo de la satisfacción de los pacientes y de la relación coste efectividad de dos procedimientos quirúrgicos (curetaggio y electrofulguración versus cirugía excisional), para el tratamiento del cáncer de piel.

Objetivos: Averiguar cuales son los aspectos que determinan la satisfacción/insatisfacción de los pacientes (grupo focal). Elaborar un instrumento que nos permita cuantificar la satisfacción (encuesta).

Metodología: Se ha realizado un grupo focal, constituido por diez personas, escogidas al azar que han recibido tratamiento quirúrgico con una u otra técnica. Se han reunido en un espacio neutral para que opinen acerca del tratamiento. La reunión ha sido conducida por técnicos de Calidad y Atención al Usuario. A continuación se realizó el análisis de los resultados del grupo focal y se elaboró una encuesta.

Resultados: - El principal motivo de insatisfacción fue la lista de espera para acceder a la Consulta del especialista. - Aunque se detecta que la información es insuficiente porque desconocen la existencia de otros tratamientos distintos al recibido, y acerca del diagnóstico, en muchos casos por proteccionismo familiar, no es motivo de insatisfacción. - La duración de la técnica parece adecuada a los pacientes. No se plantea el tema del dolor, que se considera normal después de una intervención. Los pacientes tratados con electrofulguración plantean algunos problemas durante el período de curación. Consideran adecuados el número de controles posteriores. Prefieren sentirse controlados. - La cicatriz posterior no constituye motivo de insatisfacción, aunque depende de su localización. - Elaboración de una encuesta para administrar a los pacientes cuando acuden a la visita a partir del sexto mes de la intervención, para la monitorización sistemática de la satisfacción.

Conclusiones: - La técnica del grupo focal es efectiva para conocer cualitativamente que piensan los pacientes. - Los pacientes valoran positivamente poder manifestar su opinión. - Aunque a la espera de los resultados de la encuesta, de entrada no se observan diferencias entre la satisfacción respecto a las dos técnicas. Únicamente más problemas en la curación de los pacientes tratados con electrofulguración.

Bibliografía

1. Martínez Hernandez M. "Métodos y diseños de investigación en psicología". ED. Complutense, Madrid 1994.
2. Sierra Bravo R. "Técnicas de investigación social" Ed Paraninfo. Madrid., 1994.
3. Focus Groups. International Journal for Quality in Health Care, Vol.8 No 5 1996.

MEJORA DE LA INFORMACIÓN APORTADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A INICIAR TRATAMIENTOS REHABILITADORES EN EL HOSPITAL JM MORALES MESEGUE

F. Morales Jiménez, M.A. Fernández de Haro, M.A. Giménez Abadía y L. Aguirón Romero
Hospital Morales Meseguer. S. Rehabilitación.

C-156

Palabras clave: Información; Motivación; Rehabilitación.

Introducción: Los Servicios de Rehabilitación realizan mayoritariamente atención ambulatoria. Una de las claves para conseguir la colaboración por parte del paciente necesaria para su tratamiento es la correcta información de los circuitos del proceso. Nuestro Servicio había detectado una falta de colaboración del usuario producida por el déficit informativo por lo que se planteó la necesidad de mejorar este parámetro de la calidad asistencial.

Objetivo: Evaluar y mejorar la información aportada a los pacientes sobre su tratamiento rehabilitador

Metodología: Se realizó un ciclo de mejora siguiendo el método propuesto por el Programa EMCA. Se definen 3 criterios de calidad: C1.- El paciente en la primera visita recibe una hoja informativa sobre el servicio de rehabilitación. C2.- El paciente ha leído la hoja informativa. C3.- El paciente ha sido informado verbalmente por el médico rehabilitador sobre el tratamiento. Se realiza una primera evaluación en 25 pacientes siguiendo un muestreo accidental con los siguientes criterios de exclusión: usuario interno y paciente con déficit cognitivo. Tras la implantación de las actividades de mejora se realizó una segunda evaluación en 75 pacientes. Se realiza estadística descriptiva con estimación del intervalo de confianza (al 95%) y test estadístico de comparación de proporciones.

Resultados: En la 1^a evaluación (25 pacientes) se aprecia un cumplimiento del C1 20%. Cumplimiento del C2 del 12% y finalmente C3 con el 36%. Tras los resultados se deciden implantar las siguientes actividades de mejora: revisión de tríptico informativo del servicio; revisión de circuitos de entrega del tríptico informativo; formación a los médicos rehabilitadores sobre la importancia de la información a los pacientes. En la 2^a evaluación de un total de 75 pacientes se obtiene un cumplimiento de C1 del 62,7% con una mejora absoluta del 42,7% y relativa del 53,4% ($p < 0,001$); cumplimiento de C2 del 57,3% con una mejora absoluta del 45,3% y relativa del 51,5% ($p < 0,001$); cumplimiento de C3 del 97,3% con una mejora absoluta del 61,3% y relativa del 95,8% ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se ha producido una mejora en los tres criterios evaluados destacando la información verbal por el médico rehabilitador. El usuario reclama información personalizada frente a la escrita.

UTILIDAD DE UNA ENCUESTA TELEFÓNICA A SERES QUERIDOS DE PACIENTES TRAS LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

K. Martínez Urionabarrenetxea, I. Osés Munárriz, M. Loinaz Bordonabe, N. Villanueva Martínez y A. Ansotegui Hernández

C-157

Palabra clave: Calidad Asistencial, Toma de decisiones, Ética Narrativa, Muerte.

Objetivo: Conocer las opiniones y vivencias de los seres queridos de los pacientes de UCI tras realización de limitación de esfuerzo terapéutico (LET) para mejorar la calidad del proceso y de sus resultados.

Material y métodos: Se entrevistó telefónicamente a la persona auto-considerada como la más próxima al paciente, entre 6 meses y un año tras la LET. La encuesta la realizó la misma persona (KMU). Se preguntaron características personales así como la valoración de la decisión y las consecuencias de la LET. La única pregunta abierta fue la última: “¿Quiere añadir algo más?”.

Análisis estadístico: Prueba de la χ^2 .

Resultados: Se consiguió entrevistar a seres queridos del 93% de los pacientes, siendo imposible conectar con el resto. La mayoría de las personas encuestadas tenían relaciones de primer grado (hijo, cónyuge) con el paciente. El 61% considera que su familiar tuvo una buena muerte; el 20% cree que no. El 67,5% desconoce si su ser querido había dicho alguna vez cómo querría morir. El 15% no sabe que se ha realizado LET. Un 58% cree que la decisión se tomó entre familia y médico; un 19%, cree que la tomó la familia; un 9%, el médico; y un 13% no recuerda la dinámica. Un 9% cree que la decisión se tomó pronto, un 70% cree que a su debido tiempo, y un 12% considera que se hizo tarde. Aun así, un 87% la considera correcta mientras que un 6% tiene dudas y otro 6% no la considera correcta. Un 79% la volvería a tomar mientras que un 21% dice que depende; nadie contesta que no lo haría.

La pregunta abierta fue muy útil porque permitió mediante la expresión libre sobre muchas cuestiones el conocimiento narrativo de la vivencia del proceso. Es éste un método muy útil, a no abandonar, para mejorar todo el proceso de LET y por ende, la calidad asistencial.

MESA 19

Herramientas para conocer la satisfacción del usuario

Sala Florencia 1
Jueves 10, 18:30-20:30

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN AMBULATORIA DE SALUD MENTAL

P. Hernando Robles, J. Lechuga y J. Moya
Corporació Sanitària Parc Taulí

C-158

Palabras clave: Calidad percibida, Informe del usuario, Salud Mental, Psiquiatría.

Objetivos: Valorar la satisfacción de los pacientes tendidos en Consultas Externas de Salud Mental de la Corporación Sanitaria Parc Taulí.

Métodos: Aplicación de dos cuestionarios, tipo “Informe del Usuario”, a los pacientes y familiares de pacientes psicóticos atendidos en CCEE de Salud Mental. Para la construcción de los cuestionarios se revisó la literatura existente y se realizaron cuatro grupos focales de acuerdo con pacientes y familiares de la población atendida. Se valoró la fiabilidad y la consistencia obteniendo buenos puntajes. La validez de contenido fue valorada por expertos externos y los propios responsables del ámbito. Las áreas evaluadas abarcaban las reconocidas como tales en la literatura: accesibilidad, atención personal (competencia y trato), información, confort y otros aspectos.

Se seleccionó una muestra aleatoria (401 pacientes y 70 familiares), estratificada por tipos de patología y situación administrativa, con una precisión por estrato que oscilaba entre el 10% y el 15%. La precisión para el conjunto de la muestra, del 4%. La forma de aplicación del cuestionario fue telefónica.

Resultados:

- En cuanto a la accesibilidad:
 - El acceso telefónico con el terapeuta, déficit detectado tanto por pacientes como por familiares.
 - La agilidad en los trámites administrativos.
 - En cuanto al trato personal:
 - En general hay una buena valoración, aunque hay opción a la mejora en la expresión de fórmulas de cortesía (en Admisión).
 - En cuanto a la información: los diferentes aspectos de información son susceptibles de mejora en un porcentaje importante (alternativas de tratamiento, efectos secundarios de la medicación).
 - En cuanto a la competencia: es el aspecto más valorado.
- En general no aparecen diferencias entre los diferentes tipos de patología psiquiátrica. Del mismo modo se han analizado las respuestas entre los pacientes psicóticos y sus familiares: únicamente se observan diferencias (los pacientes son más críticos) en tres preguntas.

PLAN ESTRÁTICO PARA IDENTIFICAR ÁREAS DE MEJORA ASISTENCIAL EN LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE ANDALUCÍA

J.M. Martín Vázquez, Ortega Tudela, A. Castellano Peragón, A. Tejedor Sánchez y C. Martín Castro

C-159

Palabra clave: grupos focales, sistema de calidad, grupos de mejora.

General: Desarrollar un plan para identificar actividades y áreas de mejora asistencial en EPES.

Específicos: 1. Identificar las patologías con mayor impacto en nuestro proceso asistencial. 2. Determinar áreas de mejora. 3. Fomentar la evaluación cualitativa como herramienta de calidad favoreciendo la formación de los profesionales. 4. Generar grupos interniveles para mejorar la continuidad asistencial. 5. Implantar las acciones identificadas

Material y método:

Tipo de estudio: Cualitativo: grupos nominales y focales.

Período: Enero 2001 - Febrero 2002.

Población de estudio: Usuarios de Andalucía con cobertura 061, profesionales de EPES y SAS.

Muestra: Aleatoria simple de población de referencia.

Instrumentalización: El grupo de discusión fue la base del proyecto. Definimos criterios de segmentación y se realizaron doce grupos focales con pacientes. Cuatro focales y seis nominales con profesionales.

Resultados: Se diseñó un curso de metodología cualitativa y se formó a 32 profesionales de EPES para garantizar la correcta aplicación del método y crear referentes provinciales. En el primer grupo de discusión se identificaron los siguientes grupos con necesidad de intervención: 1. *Pacientes "derivados"*: Usuarios que demandaron asistencia al 061 y se derivaron a otro dispositivo asistencial. 2. *Pacientes "con motivo de demanda disnea por ser una de más demandadas y con más falsos negativos"*. 3. *"No llamantes"*: Población que aún no había realizado ninguna llamada al 061.

Los grupos de pacientes manifiestan la necesidad de potenciar el conocimiento del sistema sanitario y los recursos disponibles, destacando el buen trato humano recibido.

Los "no llamantes" esperaban de un servicio de emergencias ideal, que garanticé la accesibilidad, con buenos medios técnicos y humanos.

Los profesionales (interniveles y EPES) sugieren mayor contacto personal, mejorar la fluidez en la información y la protocolización conjunta.

Modificaciones de documentación clínica, protocolos, procesos asistenciales y acciones directas sobre el usuario han sido las actuaciones relevantes.

Conclusiones: Tras la puesta en práctica de las acciones derivadas de este plan creemos que para llegar a encontrar áreas de mejora en el sistema sanitario hay que contar con la participación del cliente (interno y externo) y que el método cualitativo favorece la participación activa del mismo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE RECLAMACIONES

A. Miquel Gómez, R. Rodrigo Yudego, M. Morcillo San Juan, V. Sanz Sanz, A. Manso Rodríguez y J. Mayol Canas
Dirección de Enfermería Área 1º. Primaria.

C-161

Palabras clave: Calidad percibida.

Objetivos: A comienzos del año 2001 identificamos que el tiempo de respuesta a las reclamaciones estaba empeorando y que la utilización que hacíamos de la información que estas nos podían proporcionar no era suficiente.

Por ello, la Comisión de Reclamaciones se propuso los siguientes objetivos:

- Mejorar los tiempos de Respuesta
- Utilizar la información que aportan las Reclamaciones como fuente para la identificación de Situaciones mejorables

- Adecuar el Manual de Procedimiento para la Gestión de las Reclamaciones

Metodología: Como consecuencia del análisis del circuito existente y de los registros utilizados se realizaron tres líneas de mejora:

- Modificación de la organización del Circuito de Reclamaciones.
- Creación de una base de datos que se envía semestralmente a los equipos con los tiempos de respuesta, los motivos de queja representados mediante un Diagrama de Pareto, y los comentarios de los responsables de los Equipos en Gerencia reflejando lo más destacable.
- Estos datos son analizados por la Comisión de Reclamaciones de cada centro para la puesta en marcha de mejoras que son recogidas en las Memorias Anuales de los equipos.

- Se están actualizando los modelos de respuesta del Manual

Resultados: Tiempos de respuesta en 2000 (porcentaje de reclamaciones con tiempo de respuesta mayor de 30 días): 4º trimestre: 39,47%; media 2000: 14,75%.

Tiempos de Respuesta en 2001 (porcentaje de respuestas en más de 30 días): 1º Trimestre: 10,53%; 2º: 9,63%; 3º: 11,34%; 4º: 20,40%. Media anual: 12,83%

Análisis de causas: Los motivos más frecuentes de reclamación en el área son: 1º Problemas de Acceso Telefónico; 2º Demora en la asistencia; 3º Escasez de RRHH.

Los problemas de Acceso telefónico fueron sometidos a mejoras y pasaron de 500 en el primer semestre a 167.

Conclusiones: La mejora de los Circuitos y el estudio de los motivos de queja han mejorado los tiempos de respuesta y reducido el número de reclamaciones originados por los motivos más frecuentes, al tiempo que sirve para analizar y evitar otros motivos menos frecuentes pero graves. El análisis de las reclamaciones es una herramienta útil para conocer la calidad Percibida.

VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA CONOCER LA EFECTIVIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES, PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EN RELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

S. Martínez Rodríguez, I. Carrión Rosende, J.C. Ansotegui Pérez, Sáiz Hernando, F. Alzpiru Barandiaran y M. Bacigalupo Artacho
Hospital Txagorritxu, Unidad de Calidad.

C-160

Palabra clave: Bioética, consentimiento informado, evaluación, encuesta.

Objetivo: Diseño y Validación de un cuestionario genérico para evaluar, si un paciente ha sido informado de los aspectos relevantes relacionados con el procedimiento quirúrgico al que va a ser sometido, para poder decidir si otorga o no el correspondiente consentimiento.

Metodología: El estudio se realizó en 2 muestras de pacientes (> 18 años) que estaban en lista de espera (de menos de 15 días) para intervenirse de prótesis de cadera (procedimiento más complejo) y de hernia inguinal (procedimiento menos complejo). Se elaboraron 3 cuestionarios con el mismo número de preguntas y similar estructura: uno genérico, con preguntas genéricas relativas a los mínimos de información que un paciente debe tener ante cualquier procedimiento quirúrgico (ventajas, riesgos, alternativas...) y dos específicos de comparación (uno para cadera y otro para hernia), con preguntas concretas sobre los riesgos, ventajas... de cada procedimiento. Se aplicaron independientemente (genérico y específico) a 2 grupos de pacientes de cadera y dos grupos de pacientes de hernia. Las encuestas se realizaron mediante entrevista personal por encuestadores entrenados. La concordancia entre las respuestas de ambos cuestionarios por procedimiento, delimitaría la validación del cuestionario genérico. El análisis se realizó mediante comparación con el test de la Chi-cuadrado y la T de Student, de las respuestas obtenidas en cada uno de los cuestionarios (genérico y específico).

Resultados: Se entrevistaron un total de 230 pacientes, aproximadamente 57 pacientes por cuestionario y procedimiento. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a edad, sexo, situación laboral y nivel de estudios.

Para la prótesis de cadera se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el cuestionario genérico y el específico en 4 de las 5 cuestiones que exploraban la información que el paciente tenía sobre la intervención. En la hernia inguinal sólo había diferencias en una de las preguntas. El 46% de los pacientes de cadera había recibido información de 3 ó más aspectos relativos a la intervención con el cuestionario genérico, mientras que con el específico el porcentaje subía al 67% ($p < 0,05$). Para la hernia estos resultados fueron del 47% y 50% respectivamente (diferencia no significativa).

Conclusiones: - El cuestionario genérico es válido para evaluar (en nuestro medio) la información que reciben los pacientes que van a ser sometidos a una intervención de hernia inguinal y, por paralelismo, para procedimientos quirúrgicos de media-baja complejidad. - No serviría para la prótesis de cadera u otros procedimientos de alta complejidad, para los que sería necesario diseñar cuestionarios específicos.

¿CUESTIONARIO VALIDADO O NUEVO CUESTIONARIO? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DE CONSULTAS DE SALUD MENTAL

J.C. Ansotegui Pérez y A. Iruin Sanz

C-162

Palabra clave: Encuesta. Satisfacción del paciente. Salud mental.

Introducción: El proceso de encuestas de satisfacción del cliente externo (criterio 6 de EFQM) es uno de los procesos clave de la Organización Central de Osakidetza, en línea con el Plan Estratégico. En el año 2001 se decide abordar encuestas corporativas en el ámbito de salud mental y se elige como prioritaria la encuesta de pacientes que acuden a las consultas de los centros de salud mental extrahospitalaria.

Objetivos: 1) Conocer la satisfacción del paciente con la atención recibida. 2) Identificar las áreas de mejora.

Metodología: 1) Reunión de consenso entre los profesionales del sector: Se presenta la disyuntiva entre aplicar ya cuestionarios validados por organizaciones externas (USA) y por organizaciones propias (Osakidetza) o diseñar un nuevo cuestionario. También se plantea la posibilidad de que el cuestionario sea autoadministrado o a través de una entrevista telefónica. Se decide elaborar un nuevo cuestionario sobre la base del cuestionario corporativo de consultas externas de hospitales de agudos (para obtener homogeneidad y comparabilidad) y de cuestionarios que se habían utilizado en algunas organizaciones de servicios (para mantener especificidad). 2) Grupos de trabajo en las tres organizaciones de servicios y coordinación en la organización central: Se elabora un cuestionario para ser utilizado mediante entrevista telefónica y con la estructura y preguntas ya validadas en anteriores cuestionarios. 3) Pre-test: Adultos con patología psiquiátrica que han sido atendidos en una consulta por un terapeuta (psiquiatra, psicólogo, enfermero). Elección mediante muestreo aleatorio simple de aquellos pacientes que acudieron a consulta un día determinado. El cuestionario se valida en su totalidad. 4) Encuesta: Muestra representativa de cada organización de servicios con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del ± 5% para una p = 85%. Se cumplimentaron un total de 602 cuestionarios. El trabajo de campo se realizó en febrero y marzo de 2002.

Resultados:

1. Accesibilidad:	Valoración positiva del tiempo que tardaron en cogerle el teléfono	93%
2. Tiempos:	Casi siempre ha podido contactar con su terapeuta	87%
	Valoración positiva de la duración de la consulta	90%
3. Trato:	Valoración positiva de la atención prestada por su terapeuta	95%
	Valoración positiva de la comprensión de su problema por su terapeuta	92%
4. Información:	Le explicaron lo que le pasaba	85%
5. Valoración global:	Valoración global positiva de la asistencia recibida en el centro	94%
	Volvería al centro si pudiera elegir	91%

Áreas de mejora de estos resultados: Contacto con terapeuta e Información clínica.

Conclusiones: 1) La construcción de un nuevo cuestionario sobre la base de otros cuestionarios validados en otros ámbitos diferentes de salud mental es pertinente, adecuada y útil. 2) Los resultados permiten la comparación con otras áreas de la actividad asistencial que no sean de salud mental. 3) La identificación de áreas de mejora facilita la mejora continua.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO. ENCUESTA DE POSTHOSPITALIZACIÓN Y RECLAMACIONES

L. Ávila Alexandre, F.J. Lucas Imberón, M.L. Fagoaga Gimeno,
J. García Guerrero y C. Hernández Millán
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Palabra clave: Cliente externo, Calidad percibida, Reclamaciones.

Introducción: Los pacientes tienen unas expectativas sobre la calidad de la atención sanitaria, basadas en su experiencia, la información recibida de otras personas y de los medios de comunicación, así como de la oferta realizada por el sistema sanitario. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción. **Objetivo general:** Establecer el nivel de satisfacción percibido por el paciente (cliente externo) que ha estado ingresado y/o utilizado los servicios en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) durante el año 2001. **Objetivos específicos:** 1. Nivel de satisfacción a través de la encuesta de posthospitalización; 2. Análisis de las reclamaciones presentadas en el CHUA.

Material y métodos: I. **Encuesta de posthospitalización.** Material: Marco de la muestra. Pacientes ingresados en el CHUA durante el año 2001. Muestra: Se extrae una muestra aleatoria con los siguientes parámetros: Una fiabilidad del 95%; Un error del 5%; Precisión del 10%. Tasa de respuesta del 30%; El grado de satisfacción esperado es del 90% (datos de los tres años anteriores). Encuesta de posthospitalización. Se utiliza un cuestionario validado y enviado por correo adjuntando una carta de presentación de estudio. El cuestionario está constituido por tres bloques: Datos sociodemográficos (10 preguntas); Cuestionario (28 preguntas de respuesta múltiple); Para medir el grado de satisfacción se utiliza la escala de Likert que gradúa la satisfacción desde muy satisfecho (1) insatisfecho (4). Método: La encuesta se envió durante todo el mes de Septiembre 2001 y se marcó como plazo límite de respuesta 15 de Diciembre del 2001. Los datos son recogidos en el programa DBASE elaborado por el Servicio de Informática y fue procesada por personal del Servicio de Atención al Paciente. Desde la Unidad de Garantía de Calidad se realiza el tratamiento estadístico de los datos con el programa estadístico SPSS y el análisis y elaboración de los resultados. Los resultados se presentan en el mismo orden en el que se desarrolla el cuestionario, en tablas de distribución de frecuencias. II. **Reclamaciones presentadas en el CHUA.** Material: todas las reclamaciones presentadas y registradas en el Servicio de Reclamaciones y Atención al paciente de la Unidad de Admisión. Variables a estudio: nº de reclamaciones totales y por servicios; nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días. Tipos de reclamaciones agrupadas por códigos. Consideramos nivel de significación estadística $p < 0.05$.

Resultados. I. **Encuesta de posthospitalización A. Muestra obtenida.** Marco de la muestra. Pacientes ingresados en el CHUA durante el año 2001 ha sido de 27.715 enfermos. Los pacientes ingresados durante el primer semestre han sido de 14.152 enfermos. Muestra escogida: Para obtener esta muestra se han enviado 1.500 encuestas por correo, devolviendo contestados 306 cuestionarios que son los que se han valorado. El porcentaje de respuesta a la encuesta ha sido del 20,4%. B. **Resultados información socio-demográfica:** La edad media de los pacientes ingresados fue de 58,03 años (DE + 19,88 años); soltero (67,0%); el 48,7% tiene estudios primarios; el 68% son jubilados y amas de casa; con una estancia media de 10,95 días (DE + 13,10 días). C. **Resultados grado de satisfacción.** El 86,9% de los apreciados están satisfechos y muy satisfechos la información en el momento del ingreso; el 90,2% de los apreciados están satisfechos y muy satisfechos con la cantidad y calidad de la comida; el 93,2% de los apreciados están satisfechos y muy satisfechos del trato del personal médico en general; el 91,8% de los apreciados están satisfechos y muy satisfechos del trato del personal de enfermería; el 93,5% de los apreciados están satisfechos y muy satisfechos del trato del personal de hostelería, celadores, limpiadoras. El 87,9% de los apreciados consideran respetados sus derechos de pacientes estando muy satisfechos. En general, el 91,2% de los encuestados está satisfecho o muy satisfecho de su estancia en el Hospital. El 50% de los que responden conocían el nombre del médico y sólo el 23,9% el nombre del personal de enfermería que lo atendía. II. **Reclamaciones presentadas en el CHUA.** nº de reclamaciones totales del año 2001 fue de 1760; Por servicios: el S. de Archivo y Documentación Clínica con 255 (14,48 %) es el primero y el 58,82 % son contestadas antes de 30 días; después Salud Mental con 151 (8,57 %), Rehabilitación con 133 (7,55 %), Traumatología con 100 (5,68 %); nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días es de 726 (70,02 %); Tipo de reclamaciones agrupadas por códigos: la más frecuente es la Demora en la Asistencia con 818 (46,47 %) seguida de extravío y desaparición de objetos y documentos 255 (14,48%).

Conclusiones: 1) La tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción es baja. 2) Los aspectos de la hostelería son bien valorados. 3) Los pacientes están satisfechos con el trato recibido por los profesionales aunque en su mayoría no conocen el nombre de los profesionales sanitarios que les atienden. 4) La satisfacción de los pacientes ingresados en el CHUA es alta. 5) Se da un número importante de reclamaciones en el CHUA. 6) La respuesta de estas reclamaciones antes de 30 días es muy elevado. 7) El falta de la historia clínica en la consulta es la reclamación más frecuente en el S Admisión y Archivos. 8) La demora en la asistencia es la reclamación más frecuente.

C-163

ESTUDIO DE OPINIÓN SOBRE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE UN CENTRO DE DÍA PSICOGERIÁTRICO EN NAVARRA

A. Goñi Sarriés, B. Artaso Irigoyen, A.R. Gómez Martínez
y M.J. Ojer Ibiricu

Palabra clave: Centro de Día, demencia, satisfacción.

Objetivo: Conocer el grado de importancia y de satisfacción de pacientes con demencia respecto al servicio suministrado en un Centro de Día Psicogeriátrico. Dadas las características de esta enfermedad, se utiliza como representante al cuidador familiar responsable del enfermo.

Material y método: Se estudian 25 cuidadores familiares de pacientes ingresados en Centro de Día desde hace un mínimo de un año. Se elabora un cuestionario "ad hoc" que pretende medir el grado de importancia y de satisfacción que cada uno de los servicios prestados en el Centro le merece al usuario: aspectos hoteleros, sanitarios, actividades y aceptación del recurso por parte del paciente. Así mismo, el cuestionario lo realizan también 5 auxiliares de enfermería en contacto directo con el paciente.

Resultados: Para los familiares todos los servicios prestados son valorados como muy importantes y les merece un alto grado de satisfacción. En concreto, para el 96% de ellos el paseo o gimnasia, la terapia de orientación y la psicomotricidad son las actividades más valoradas. La satisfacción disminuye en un 28% de los casos con respecto a la tarifa del autobús, el desconocimiento de las dietas y un 52% de ellos sienten insatisfacción si el paciente muestra resistencia a acudir al Centro. El personal auxiliar valora el servicio sanitario y las actividades realizadas como muy importantes y con alto grado de satisfacción, no siendo así para el servicio de comida que es valorado por debajo de lo normal. Para estos trabajadores son muy importantes aspectos emocionales del paciente a la hora de acudir al Centro, tanto si muestra resistencia como si acude contento.

Conclusiones: la opinión del cuidador familiar puede servirnos de aproximación al estudio de la calidad de servicio percibido y de su grado de satisfacción. Los resultados pueden ayudar a mejorar la gestión del Centro, y sobre todo nos indica qué aspectos serían susceptibles de mejora. De igual manera, la opinión de los trabajadores sobre su grado de satisfacción con el trabajo que realizan es la que realmente garantiza la calidad de servicio.

C-164

DEL HOSPITAL A CASA. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

J.C. Ansotegui Pérez, I. Aramburu Chinchurreta, R.M. González Llinares y S. Vázquez Gil

C-165

Palabra clave: Encuesta. Satisfacción del paciente. Hospitalización a domicilio.

Introducción: El proceso de encuestas de satisfacción del cliente externo (criterio 6 de EFQM) es uno de los procesos clave de la Organización Central de Osakidetza, en línea con el Plan Estratégico. En el año 2001 se decide abordar una encuesta corporativa de los usuarios de los servicios de hospitalización a domicilio de los hospitales de agudos.

Objetivos: 1) Conocer la satisfacción del paciente con la atención recibida. 2) Identificar las áreas de mejora.

Metodología: 1) *Reunión de consenso* entre los profesionales del sector: Se plantea la posibilidad de hacer dos encuestas: a pacientes y a familiares cuidadores. Se decide encuestar a los pacientes mediante entrevista telefónica. 2) *Grupos focales* (discusión grupal cualitativa) en cada área de salud (3), participando 26 personas en marzo y abril de 2001. 3) *Grupos de trabajo* (3) con asignación de diferentes áreas del cuestionario y sobre la base de preguntas ya validadas en anteriores cuestionarios. 3) *Pre-test:* Adultos que han sido dados de alta del servicio de hospitalización a domicilio. Elección de los últimos pacientes atendidos para aproximar la fecha de la encuesta a la del alta. El cuestionario definitivo es validado tras suprimir 3 preguntas y modificar 6. 4) *Encuesta:* Muestra representativa de cada hospital (5) con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del ± 7% para una $p = 85\%$. Se cumplimentaron un total de 442 cuestionarios. El trabajo de campo se realizó en febrero y marzo de 2002.

Resultados:

1. Tiempos:	Valoración positiva del tiempo pasado hasta que fue atendido en casa	98%
2- Información:	Valoración positiva de la información recibida del personal sanitario	99%
3. Trato:	Valoración positiva del trato recibido del personal sanitario	99%
4. Valoración técnica:	Valoración positiva de la capacitación técnica del personal sanitario	99%
	Valoración positiva del tiempo que estaba el personal sanitario en casa	96%
5. Dolor:	Le quitaron el dolor totalmente o bastante	75%
6. Valoración global:	Valoración global positiva de la asistencia recibida en su casa	98%
	Volvería a ser atendido por este servicio si pudiera elegir	98%

Áreas de mejora de estos resultados: Dolor.

Conclusiones: 1) La elaboración de un nuevo cuestionario en un área asistencial sienta las bases que permiten con datos orientar el servicio al cliente. 2) Los resultados permiten la comparación con otras áreas de la actividad asistencial. 3) La identificación de áreas de mejora facilita la mejora continua.

ENCUESTA AL ALTA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MONTE NARANCO

J.B. Busto Rodríguez, N. Castaño Sánchez, M. Vázquez Rodríguez, M.A. Berros Reinoso, F. Vázquez Valdés y V. Herranz González

C-166

Palabras clave: Encuesta al alta, satisfacción del paciente, análisis de datos.

Objetivo: Conocer las dimensiones que influyen en el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Metodología: El Hospital realiza tres tipos de encuestas (hospitalización, al alta y consultas externas), se dispone de buzones de sugerencias y se pone a disposición de los pacientes hojas de reclamaciones. Para la encuesta al alta se realizó la siguiente sistemática: 1) Revisión de la literatura existente y petición de información a otros hospitales de tipos de encuestas. 2) Diseño de la encuesta adaptada a nuestro hospital con 44 respuestas cerradas, estructuradas en 16 apartados, y 3 abiertas. 3) Envío por correo al mes de alta a los pacientes hospitalizados en los meses de marzo y octubre. 4) Tabulación de los datos en hoja de cálculo Excel 97. 5) Tratamiento estadístico de la muestra mediante porcentajes de respuesta, correlaciones, coeficientes de regresión lineal, análisis de la varianza y nivel de significación para un alfa determinado. 6) Análisis de la información obtenida por los Coordinadores de Calidad y 7) Puesta en conocimiento para la toma de decisiones por parte de la dirección del Centro.

Resultados: Del total de las 969 encuestas enviadas, se recibieron 368 (38 %), con un 81 % de respuestas a todas las preguntas. Los coeficientes de correlación lineal varió entre 0,62 y 0,14. Los ítems se agruparon en cuatro dimensiones: el trato, la información, la identificación del personal y otros. Se aplicó un análisis de regresión lineal con las preguntas relacionadas al trato (rango de correlación lineal 0,62 - 0,54), con significación estadística (F significativa para un alfa de 0,01) y de los coeficientes (t de Student para un alfa de 0,001). Mediante ANOVA se obtuvo que el trato prestado por el personal médico fue mejor que el resto de personal ($\alpha = 0,05$).

Conclusiones: 1) La encuesta es un instrumento de evaluación de la calidad de los servicios prestados, método de detección de problemas y priorización de objetivos. 2) Los pacientes expresaron un alto grado de satisfacción. 3) El trato y la información son las dimensiones más correlacionadas con el grado de satisfacción. 4) El trato prestado por el personal del hospital fue muy valorado por el paciente, especialmente el establecimiento médico.

ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE

F. Martínez Lozano, J.J. Rivas de Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina, R. Embún Flor y J.R. García Mata

C-167

Palabra clave: Monitorización de indicadores de calidad. Calidad percibida por el paciente.

Introducción: La medida de la satisfacción del paciente con la atención recibida representa uno de los elementos claves de un sistema de gestión de calidad.

El grupo de calidad de la Unidad ha incluido como sistemas de identificación de problemas de calidad basados en la opinión de los pacientes: las sugerencias, la escucha activa y las encuestas posthospitalización.

Objetivo: Elaborar un sistema de monitorización que permita el control de los niveles de satisfacción de los diferentes ítems contenidos en la encuesta posthospitalización a lo largo del tiempo.

Metodología: Estudio de la tendencia desde 1997 hasta junio del 2001, representación gráfica de la tendencia, aplicación de las medias móviles con cadencia trimestral, aplicación a períodos de 12 meses.

Resultados: Tomando como base la encuesta posthospitalización, se ha aplicado la media móvil recogiendo trimestralmente las valoraciones de cada paciente a las diferentes cuestiones, prestando especial atención a aquellas relacionadas con la calidad de la información. Los resultados en el gráfico de monitorización se expresan en porcentajes de pacientes satisfechos con la pregunta formulada.

La existencia de datos comunes al Centro en el mismo corte ha permitido comparar los resultados de la Unidad con el conjunto de los Servicios del Hospital y con el Servicio mejor valorado, permitiendo el benchmarking interno. La Unidad de Cirugía Torácica ha sido la mejor valorada del Centro, a lo largo de varios períodos: en la explicación sobre resultados de pruebas, en la información previa a la realización de pruebas e intervenciones y en el respeto de los derechos como paciente.

Conclusiones: La monitorización de los indicadores de calidad percibida ha permitido al grupo de mejora de calidad la objetivación de los niveles de satisfacción de los pacientes con la atención recibida, la comparación con los mejores, la detección de situaciones mejorables y la puesta en marcha de actividades correctoras para mejorar la calidad de la atención prestada. La aplicación de la media móvil a períodos de 12 meses permite reducir el número de pacientes encuestados, incrementa el número de períodos de estudio, debido a su sistema mitigador en el cálculo, los resultados no tienen una traducción inmediata.

¿QUIÉN DIJO QUÉ EL BUZÓN DE SUGERENCIAS NO ES ÚTIL?

A. Antoñanzas Lombarte, J.C. Pérez Villarroya, A. Villanova Lanuza, M.P. Lacarta Vicioso, M.C. Crespo Mainar y M.C. Izaguirre Zugazaga

C-169

Palabra clave: Sugerencias, Opinión del usuario, Atención Primaria.

Objetos: Con la finalidad de conocer la opinión del usuario y mantener un sistema permanente de comunicación con los profesionales, se ha desarrollado un método de recogida de sugerencias que se inscribe en un sistema más global de detección de problemas del plan de mejora de calidad del Centro, coordinado por un grupo interdisciplinar.

Metodología: En cada una de las 20 salas de espera del Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza se ha colocado un dispositivo de recogida formado por una tablilla, hojas de sugerencias, bolígrafo y cartel anunciador. En la entrada se ha colocado en lugar visible el buzón de sugerencias. El grupo de calidad ha recogido y analizado semanalmente todas las sugerencias.

Resultados: Desde Septiembre de 2001 hasta Junio de 2002 se han recogido 240 sugerencias o quejas, lo que supone 30 por mes. El 31,7% se referían al excesivo tiempo de espera para entrar a la consulta, un 9% al exceso de personas por médico, el 6% a la falta de tiempo en consulta y a problemas de mantenimiento del Centro, un 5,5% a la necesidad de consultas por la tarde y un 5% a problemas con el teléfono para solicitar cita. Estos resultados han sido presentados al Equipo de Atención Primaria en dos reuniones de trabajo en las que se ha decidido responder a las sugerencias y quejas del usuario mediante carteles informativos que se han colocado junto a los dispositivos de recogida de sugerencias. En esta respuesta se plantean soluciones para los problemas que dependen del equipo y se trasladan al nivel de gerencia los no dependientes.

Conclusiones: El método de recogida de sugerencias se ha mostrado muy útil si lo comparamos con el clásico buzón, en general poco utilizado. Se han recogido un elevado número de quejas y sugerencias debido a la accesibilidad para el usuario mientras espera a ser atendido en consulta. Se ha establecido un sistema permanente de comunicación entre usuario y equipo que permite conocer de forma rápida los puntos débiles de la atención que se presta e informar de los pasos que se dan para mejorarl.

ENCUESTA DE CALIDAD ASISTENCIAL REALIZADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A. Herrero Castejón, E. Ricarte Urbano, A. Gaite Villagrá, P. Palazón Saura, F. Gracia Federio e I. Aparicio Martín

C-168

Palabra clave: Calidad Asistencial, Encuesta Hospitalaria, Urgencias.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción del usuario de nuestro Servicio de Urgencias, de la atención prestada por el personal facultativo, no facultativo y administrativo que contacta con el paciente durante su proceso asistencial. Conocer la valoración por parte del usuario de las instalaciones y servicios de hostelería prestados durante su estancia.

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo realizado sobre la totalidad de los usuarios que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario durante los períodos del 15 al 31 de enero y del 1 al 15 de mayo de 2002. A cada paciente se le entregó un cuestionario en el momento de su admisión en el Servicio. En el mismo se solicitaba su valoración de diversos aspectos del trato recibido, la adecuación de las instalaciones, y en general de su percepción de la asistencia que le fue prestada. Para la recolección de las mismas se dispusieron urnas en diversos puntos del Servicio. Los datos obtenidos del análisis de las encuestas fueron procesados informáticamente y se realizó un estudio estadístico descriptivo e inferencial con el programa StatView® 4.57.

Resultados: Se recogieron un total de 390 encuestas. De entre los resultados obtenidos cabe destacar que el 72,25 % de los encuestados consideraron satisfactoria (buena o muy buena) la asistencia recibida, si bien el 35,15% estimó excesivo el tiempo de demora asistencial. El trato recibido por parte del personal fue altamente calificado, con un grado de satisfacción superior al 80% para todas las categorías. Sin embargo, tanto facultativos como DUES omitieron identificarse con frecuencia (68,17% y 72,42% respectivamente). El grado de satisfacción, disminuyó notablemente al valorar las instalaciones (Sala de Espera: 30,78%, Boxes: 59,15%, Sala de Observación: 44,4%). Se constató una relación estadística evidente ($p < 0,01$) entre la calidad de la asistencia percibida y los siguientes aspectos: identificación del personal sanitario, demora asistencial y tiempo de permanencia en el Servicio. Tan sólo el 15,96% de los pacientes consideró vulnerado alguno de sus derechos, aunque existe una proporcionalidad directa con el nivel de estudios del encuestado.

Conclusiones: 1) El grado de satisfacción de los encuestados resultó alto en cuanto a la calidad de la asistencia recibida. 2) Un importante porcentaje consideró excesivo el tiempo de demora. 3) La identificación del personal sanitario se relaciona con una percepción de mejor calidad de la asistencia, siendo sin embargo un aspecto muy descuidado en nuestro Servicio. 4) Los peores resultados se obtienen en la valoración de los aspectos estructurales.

MESA 20

Calidad en enfermería

Sala Florencia 2
Jueves 10, 18:30-20:30

PROPUESTAS DE MEJORA EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA TRAS UN AÑO PUESTA EN MARCHA
M.C. Zafra Sánchez

Palabras clave: Atención domiciliaria, Calidad, Grupo de mejora.

Objetivo: Evaluar la calidad de la actividad realizada en nuestra Área Básica de Salud tras un año puesta en marcha del programa ATDOM y estudio propuestas mejora.

Metodología: Estudio retrospectivo de totalidad visitas ATDOM. Recogida datos, análisis de resultados por Grupo Mejora (GM) y propuesta de mejoras.

Resultados: Se atendieron 72 pacientes: 1,44% de la población total. El sexo predominante fue femenino con un 56% y el grupo etario mayoritario fue el de más de 75 años siendo el 74% del total. El motivo de inclusión al programa fue: 46% enfermos crónicos, 15,3% enfermos con demencia, 15,3% enfermos terminales, 22,2% enfermos con patologías transitorias y 1,2% por dificultades de desplazamiento. Los principales motivos de baja del programa fueron: 9,7% por curación, 4% por ingreso en centro Socio Sanitario, 23,6% por éxitus en el domicilio y un 4% por éxitus en el hospital. Las visitas de enfermería fueron mayoritariamente Grado II de complejidad, siendo este grado catalogado como visitas que precisan 30 minutos de dedicación. Las visitas realizadas por el personal de enfermería supuso el 77,2% de visitas ATDOM. Los pacientes a los que se les realizó el protocolo de valoración inicial fueron el 59,7%.

Tras el estudio de los datos, el GM decidió desarrollar las siguientes propuestas de mejora: 1. Promover protocolización de visita programada por parte del médico de familia. 2. Modificación en criterio inclusión al programa: condiciones de temporalidad. 3. Mejora en circuito captación de enfermos ATDOM: creación Task Force. 4. Mantener la continuidad en la formación a los cuidadores informales: segunda edición del curso. Cuidem els cuidadors informals. 5. Incrementar: - Sesiones formativas específicas de curas paliativas y acompañamiento al duelo. - Periodicidad de sesiones clínicas multidisciplinares específicas. - Index cumplimentación de tests de valoración inicial. - Conocimientos en el manejo de situaciones éticas: formación en bioética.

Conclusiones: La incorporación de GM en la práctica asistencial permite trabajar metodológicamente con criterios de mejora continua, previniendo el estancamiento en los procedimientos y motivando a los profesionales en la participación activa de la calidad asistencial. Las mejoras favorecerán el aumento de satisfacción de los usuarios.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA EN UNA UNIDAD DE OBSTETRICIA
E. Fuster Cadena, M. Carreras Serrat y M. Farret Massoni
Hospital de Barcelona.

C-170

Palabra clave: Educación sanitaria, parto y cesárea, cuidados de enfermería.

Objetivo: Medir el grado de cumplimiento de los objetivos específicos de educación sanitaria del parto y cesárea.

Método: Diseño prospectivo y comparativo. Se comparan los cuestionarios realizados por las pacientes ingresadas por parto y cesárea que recibieron una educación sanitaria no estandarizada (grupo basal; n = 30), con los resultados obtenidos en pacientes que recibieron una educación sanitaria a través de un nuevo programa estandarizado diseñado por un grupo multidisciplinar de expertos (grupo intervención; n = 30). Variables: Dieciocho preguntas clave correspondientes al cumplimiento de los objetivos específicos del Programa. Tamaño de la muestra: test de Fleisher. Análisis estadístico: Test de chi2. Nivel de significación estadística p < 0,05.

Resultados: Siete ítems del test de conocimientos no alcanzaron el objetivo previsto en el grupo basal. Tras la implantación del programa, seis de ellos lo superaron (59,7% vs 71,5% grupo basal y grupo intervención; respectivamente; p = 0,02.) Entre los que mejoraron destaca el ítem de prevención de grietas (57% vs 76,7% grupo basal y grupo de intervención respectivamente; p = 0,03) y el relacionado con el conocimiento de evolución de los loquios durante la cuarentena (26,7% vs 55,9% grupo basal y grupo de intervención respectivamente; p = 0,03). Los conocimientos relacionados con la tumefacción mamaria empeoraron significativamente a pesar del programa (53,8% vs 26,7% grupo basal y grupo de intervención respectivamente; p = 0,02).

Conclusiones: La utilización de un programa de educación sanitaria estandarizado mejora los conocimientos sobre el cuidado de la madre y el recién nacido y sobre la relación afectiva. La educación sanitaria es fundamental para incrementar los conocimientos de la madre sobre la lactancia y la prevención de las complicaciones.

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE ASIGNACIÓN ENFERMERA/PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS NEFROLÓGICOS

C-172

R. García Palacios, A. Tejuga Marenco, E. Salcés Sáez, M.C. Carmona Valiente; M. Tejuga Marenco y L. Fuentes Cebada
Hospital Universitario Puerto Real.

Palabras clave: Asignación Enfermera/Paciente, Proceso Enfermero, Cuidados Nefrológicos

Objetivos: Implementación de la asignación enfermera/paciente, a través del consenso, como metodología habitual de organización del trabajo en una Unidad de Cuidados Nefrológicos.

Metodología: 1. Revisión bibliográfica. 2. Creación de un grupo de trabajo entre las enfermeras de la Unidad.

Definición por parte del grupo del método de asignación enfermera-paciente: aplicación en nuestro ámbito. Descripción de los principios esenciales del modelo de asignación en la Unidad. Definición de los criterios de evaluación del modelo aplicado. Programación e instalación de sesiones clínicas de cuidados de enfermería. Creación de un grupo de mejora entre los profesionales de la Unidad.

Resultados: El 100% de las enfermeras de la Unidad tienen asignado pacientes, ejerciendo cada una de ellas como enfermera referente para un grupo de 3-4 pacientes, y simultáneamente como enfermera asociada para el resto, siendo identificada por cada paciente. Un 80% de los pacientes asistidos en la Unidad tiene un plan de cuidados individualizado basado en las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Contribuyendo con ello a mejorar la documentación clínica enfermera. La satisfacción de los pacientes es del 98%. Se han realizado en 5 meses un total de 14 sesiones de enfermería. La auxiliar de enfermería colabora con la enfermera en las intervenciones delegadas por ésta.

Conclusiones: El uso de un sistema de asignación enfermera paciente, es más que un método de organización, para nosotros ha sido una filosofía de cuidados, según la cual el paciente es el centro de todas las actuaciones. Satisface a nuestros pacientes en el sentido en que se sienten cuidados y seguros al planificar la satisfacción de sus necesidades. También produce satisfacción a las enfermeras ya que se sienten más útiles y con mayor estima profesional e incluso personal. La calidad de los registros enfermeros ha sufrido un espectacular incremento, ya que se ha pasado de la técnica al cuidado.

CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS EN LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE FRACTURA DE FÉMUR

Ch. López Izuel, M. Riu Camps, M.J. Vilar Corrius, E. Herranz Adeva, M. Comas Serrano y M. Forner Bscheid
Institut Municipal d'Assistencia Sanitaria.

C-173

Palabras clave: Trayectoria clínica, Fractura de fémur, Calidad, Evaluación.

Objetivo: Evaluar el grado de consecución de los objetivos de calidad, previamente definidos en la trayectoria clínica (TC), para tratar a personas ingresadas por fractura de fémur en el Hospital del Mar de Barcelona. Evaluar la satisfacción de las enfermeras que las utilizan.

Metodología: Revisión de las TC utilizadas en una muestra aleatoria y representativa de los pacientes tratados en el hospital por fractura de fémur después de la implantación de las mismas en el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Encuesta autoadministrada a las enfermeras de la unidad de hospitalización. Las respuestas se valoraban en una escala de 0 a 10.

Resultados: Se revisaron 52 historias clínicas, la TC se utilizó en el 92% de ellas. La estancia media depurada de los pacientes con TC cumplimentada fue de 11,5 días. El mejor resultado en la consecución de los objetivos correspondió a "evitar problemas de disfunción neuromuscular", "control del dolor" y "verbalizar que ha descansado", con un 96% de cumplimiento. El objetivo "disminuir la ansiedad" no se pudo evaluar debido al alto porcentaje de TC en las que no constaba: 69%. En un 29% de TC se individualizaron problemas no estandarizados en la TC. En la encuesta a las enfermeras la valoración media fue de 8,2, con un máximo de 10 y un mínimo de 5. La pregunta que obtuvo mejor puntuación fue "la utilidad en el trabajo diario", con una puntuación mínima de 8.

Conclusiones: La estancia media depurada es 2,5 días inferior a la estancia media del estándar. La consecución de los objetivos, en general, es muy elevada. El más difícil de valorar es "disminuir la ansiedad" que no consta en un elevado número de TC; este alto porcentaje de TC en las que no consta la consecución de este objetivo puede estar afectado por la falta de un instrumento que ayude a medir el grado de ansiedad que tienen los enfermos. La TC es un buen instrumento para consensuar y estandarizar los objetivos que planteamos se deben conseguir en el tratamiento de los pacientes. Destacamos la notable valoración de este instrumento por parte de los profesionales que las utilizan.

¿ES NECESARIA LA HEPARINIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE CATÉTERES ENDOVENOSOS PERIFÉRICOS?

M.J. Durá Jiménez, A. Almena, M.A. García García, M.A. Pérez y R. García Camps
Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-174

Palabra clave: Heparinización catéteres endovenosos periféricos.

Objetivos: 1) Valorar la necesidad de heparinización de las vías periféricas para evitar trombosis venosa, 2) Valorar la utilidad de heparinización de las vías periféricas para evitar otras complicaciones locales.

Material y método: Estudio prospectivo, randomizado, abierto.

Muestra: 120 pacientes pertenecientes a 4 unidades de hospitalización: Criterios de inclusión: Estar sometido a terapia intravenosa al menos 3 días.

Intervención terapéutica: A 60 pacientes se les sometió a un mantenimiento de los catéteres endovenosos periféricos con diluciones de Heparina sódica (25-50 UI/ml) (grupo 1). En el 2º grupo se realizó el mantenimiento con 2 ml de CINA 0,9% cada 8 horas o tras la medicación.

Complicaciones: Se valoró por turnos la presencia de trombosis-obstrucción del catéter endovenoso, flebitis, extravasación.

Resultados: La media de días con catéteres por paciente fue 4,2 días en el grupo de heparinización y 4,5 días en el grupo de CINA 0,9%. Representando en total 252 pacientes/día y 270 pacientes/días respectivamente para ambos grupos. (p NS).

En ninguno de los dos grupos hubo obstrucciones de la vía.

En grupo 1 hubo 3 flebitis y 3 extravasaciones. En el grupo 2, 0 flebitis y tres extravasaciones (NS).

Conclusiones: 1) la profilaxis con CINA es al menos tan útil como la realizada con heparina, 2) Teniendo en cuenta los riesgos de manipulaciones incorrectas de la profilaxis con heparina, que pueden dar lugar a la transmisión de enfermedades infecciosas y las posibilidades de incompatibilidades fisicoquímicas de algunas medicaciones con ella. No parece existir indicación para la profilaxis de la permeabilidad de los catéteres con la misma.

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CUIDADOS ENFERMEROS COMO PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

M.L. Galiano Bravo, A. Miquel Gómez, M. Morcillo San Juan, P. Serradilla Corchero, J.A. Infantes Rodríguez y M.J. Calvo Mayordomo
Dirección de Enfermería Área 1 A. Primaria.

C-175

Palabras clave: Enfermería, Metodología, Cuidados.

Objetivo: Enmarcado en el Plan de mejora de la Calidad de Enfermería de nuestro área se realizó un análisis de la situación mediante una encuesta que confirmó la existencia de un bajo nivel de implantación y desarrollo de la Metodología de Cuidados Enfermeros en el Área (un 34% de los que contestaron utilizaba la valoración por patrones de Gordon), y la necesidad de utilizar la metodología enfermera (94,7%).

El objetivo de este proyecto es la implantación de la Metodología enfermera en nuestro área.

Metodología: En base al análisis de causas se establecieron las siguientes líneas de mejora:

- Plan de Formación en Metodología de Cuidados de Enfermería
- Elaboración de la Guía de cuidados enfermeros del Área.
- Adecuación de los protocolos del Área según la metodología enfermera.
- Establecimiento de una Estrategia de Implementación de esta metodología.
- Implementación de los planes de cuidados de enfermería en OMI

Se establecieron Indicadores y Estándares para evaluar la situación tras las mejoras y para obtener los resultados obtenidos del Conjunto Mínimo de Datos Enfermeros que recoge la guía.

Resultados:

- Curso básico sobre cuidados de enfermería para responsables. Realizado Noviembre del 2000
 - Curso de Gestión de cuidados enfermeros para responsables. Realizado en mayo y octubre del 2001.
 - Creación de un grupo de formadores del área 1. Impartirá cursos de cuidados enfermeros para enfermeras en el 2002 y el 2003.
 - Elaboración de la Guía de cuidados enfermeros del Área en el año 2001
 - Adecuación de los protocolos del Área. Se han modificado los protocolos de diabetes y el de dislipemias.
 - Creación de una Red de Coordinadores de Cuidados y una Comisión General de Cuidados
 - Implementación de los planes de cuidados de enfermería en OMI
- Los indicadores de resultados se evaluarán en Septiembre de este año
- Conclusiones:** Con el desarrollo de la Metodología de cuidados enfermera internacionalmente propuesta, esperamos conseguir una mayor normalización y una mejora en los procesos de atención enfermera.

¿ES NECESARIA LA HEPARINIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE CATÉTERES ENDOVENOSOS PERIFÉRICOS?

M.J. Durá Jiménez, A. Almena, M.A. García García, M.A. Pérez y R. García Camps
Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-174

Palabra clave: Heparinización catéteres endovenosos periféricos.

Objetivos: 1) Valorar la necesidad de heparinización de las vías periféricas para evitar trombosis venosa, 2) Valorar la utilidad de heparinización de las vías periféricas para evitar otras complicaciones locales.

Material y método: Estudio prospectivo, randomizado, abierto.

Muestra: 120 pacientes pertenecientes a 4 unidades de hospitalización: Criterios de inclusión: Estar sometido a terapia intravenosa al menos 3 días.

Intervención terapéutica: A 60 pacientes se les sometió a un mantenimiento de los catéteres endovenosos periféricos con diluciones de Heparina sódica (25-50 UI/ml) (grupo 1). En el 2º grupo se realizó el mantenimiento con 2 ml de CINA 0,9% cada 8 horas o tras la medicación.

Complicaciones: Se valoró por turnos la presencia de trombosis-obstrucción del catéter endovenoso, flebitis, extravasación.

Resultados: La media de días con catéteres por paciente fue 4,2 días en el grupo de heparinización y 4,5 días en el grupo de CINA 0,9%. Representando en total 252 pacientes/día y 270 pacientes/días respectivamente para ambos grupos. (p NS).

En ninguno de los dos grupos hubo obstrucciones de la vía.

En grupo 1 hubo 3 flebitis y 3 extravasaciones. En el grupo 2, 0 flebitis y tres extravasaciones (NS).

Conclusiones: 1) la profilaxis con CINA es al menos tan útil como la realizada con heparina, 2) Teniendo en cuenta los riesgos de manipulaciones incorrectas de la profilaxis con heparina, que pueden dar lugar a la transmisión de enfermedades infecciosas y las posibilidades de incompatibilidades fisicoquímicas de algunas medicaciones con ella. No parece existir indicación para la profilaxis de la permeabilidad de los catéteres con la misma.

MAPA DE CUIDADOS CON LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN UNIDAD DE CUIDADOS TRAUMATOLÓGICOS

P. Muñoz de la Nava Sánchez, L. González López. C. Bejarano Pérez y M.L. Martín Vicente
Hospital Universitario Puerto Real Unidad de Cuidados.

C-176

Palabra clave: Fractura de cadera, Enfermería, Mapa de cuidados – Traumatología, Lenguaje Estandarizado -NANDA NOC – NIC.

Objetivos: Realizar e implementar un mapa de cuidados para los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Traumatológicos siguiendo la Taxonomía II NANDA, la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) y la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC).

Metodología: Presentamos un estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal con las siguientes fases secuenciales: 1) Revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada. 2) Realización de técnicas grupales con el objetivo de generar consenso en el grupo. 3) Análisis de los resultados obtenidas con estas técnicas. 4) Diseño del mapa de cuidados. 5) Implementación del mapa de cuidados.

Resultados: Realización de un mapa de cuidados para los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Traumatológicos siguiendo la Taxonomía II NANDA, la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) y la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC).

El 78% de los pacientes ingresados en la Unidad en un año ha sido cuidado con el mapa diseñado.

Conclusiones: El uso del proceso enfermero con lenguaje común facilita la comunicación entre profesionales, la organización de los cuidados enfermeros y por tanto la calidad de los mismos.

La participación de los profesionales en cualquier cambio organizacional es directamente proporcional a al éxito del mismo.

MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

M.J. Berenguer García, M.G. Farnos Brosa, G. Cubillo Arjona, M.J. Notario Madueño, M. Rich Ruiz y M.A. Prieto Rodríguez
Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad Docencia.

C-177

Palabras clave: Línea estratégica, liderazgo, relación enfermera - paciente, rol, responsabilidad.

La Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía se plantea como línea estratégica la definición y desarrollo del rol de las enfermeras en la prestación de unos cuidados que satisfagan las necesidades y expectativas de los ciudadanos. La mejora de los conocimientos, habilidades y actitudes de las enfermeras en la dimensión relacional de su práctica es fundamental para lograr una relación profesional de cuidado y de ayuda con el paciente que facilite la valoración y el diagnóstico enfermero y que haga del plan de cuidados una herramienta útil para el profesional y el usuario.

Objetivos Dar a conocer el desarrollo de la línea estratégica de definición del rol de la enfermera. Identificar puntos fuertes y débiles en la relación enfermera-paciente. Detectar sus expectativas sobre el tipo de relación que desearian establecer. Posicionar a la enfermera en el reconocimiento de su aportación en los procesos asistenciales.

Metodología: Para el análisis de la situación en que nos encontramos se diseño un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad, realizadas a 90 enfermeras de 28 unidades de cuidados durante abril de 2002. En las entrevistas se utilizó la "técnica del incidente crítico" para explorar las actitudes y comportamientos de las enfermeras ante distintas situaciones, les resultaban estresantes, difíciles, angustiosas o satisfactorias. Para el posicionamiento del rol profesional se han diseñado talleres de formación participativa. A nivel de gestión hemos contemplado la inclusión de las acciones enfocadas a la difusión del rol de la enfermera como un ítem a evaluar en los Pactos anuales de objetivos.

Resultados y conclusiones

El análisis de la situación refleja como: Situaciones más difíciles y más duras: las malas noticias, la relación con los pacientes terminales, el duelo, (saber qué decir, cómo acompañar, cómo ayudar, cómo consolar).

Más satisfactorias: el paciente y la familia confían y reconocen el trabajo y esfuerzo de la enfermera.

Menos satisfactorias: conflictos en la relación con los familiares.

En la relación con el paciente predominan los modelos paternalistas y de decisiones informadas. Son pocos los profesionales que están trabajando bajo la óptica de las decisiones compartidas.

Toda esta información, resultante del análisis de las entrevistas, ha servido de base para diseñar unos talleres de formación y entrenamiento en la adquisición de técnicas y para la identificación del papel de la enfermera dentro del equipo asistencial.

GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN OSAKIDETZA/SVS

R.M. González Llinares, D. Miguel Martín, M.J. Ruiz de Ocenda e I. Aramburu Chinchurreta

Subdirección de Calidad Asistencial. Osakidetza.

C-178

Palabras clave: Calidad, Enfermería, Evaluación, Proceso de atención.

Introducción: Para sistematizar la práctica cuidadora es imprescindible la utilización de un método (Proceso de Atención de Enfermería - PAE), así como un sistema de evaluación. Debe además, existir información bajo soporte papel o informático, basado en los 4 elementos que lo componen. En Osakidetza, el programa informático Zaineri es la herramienta a través de la cual se sistematiza los cuidados dentro de un marco y metodología mencionada.

Objetivos: 1) Cuantificar grado de aplicación del Zaineri. 2) Cuantificar grado de aplicación del PAE bajo aspectos de estructura, proceso y resultados. 3) Valorar grado de satisfacción positiva y global de los usuarios/enfermeras de la aplicación. 4) Identificar puntos fuertes y áreas de mejora.

Metodología: *Tipo evaluación:* externa. *Dimensión estudiada:* científico-técnica y percibida. *Trabajo campo:* febrero 2002. *Unidades estudio y muestra:* 14 hospitales, 99 unidades de enfermería y 268 enfermeras. *Fuentes datos:* 275 historias clínicas/pacientes, aplicación Zaineri, documentos varios. *Tipo de criterios:* explícitos y normativos (34), 17 de estructura, 8 de proceso y 9 de resultados, total puntuación 100. *Identificación de puntos fuertes (22) y áreas de mejora (7).*

Resultados: 1) Grado implantación Zaineri: en 85,71% de hospitales de agudos y media-larga estancia y en 88,39% de unidades de enfermería. 2) Grado aplicación PAE: 65,11%, criterios de estructura (16,04/20 puntos), criterios de proceso (30,80/50 puntos) y criterios de resultados (18,28/30 puntos). 3) Grado valoración positiva de satisfacción: 55,22%. 4.1) Puntos fuertes: el 83,33% de los centros identifican y definen las funciones del responsable del centro y unidad de todo el proceso; el 91,66% de los centros no existe duplicación de registros; el 66,67% de los centros cuentan con un programa docente para enfermeras de nueva incorporación; actualización según evidencia científica de varios procedimientos; el 91,66% de los centros tienen planes de cuidados estandarizados de los procesos más habituales; correlación entre la actividad "aplicar según protocolo" con el protocolo correspondiente (83,27% de las historias); en 71,27% de las historias hay constancia de comentarios por turno en el evolutivo; seguimiento del problema "dolor" en el 69,09%; el 100% de las unidades realizan informes de continuidad de cuidados; el 78,02% de las unidades existen informes/recomendaciones sobre los cuidados al alta. 4.2) Áreas de mejora: el 58,33% de los centros no evidencian claramente la gestión del programa docente de actualización dirigido al personal fijo; el 76,36% de las historias no contienen en su plan de cuidados, al menos 5 problemas; el 62,55% no reflejan en sus planes de cuidados estandarizados, al menos 3 problemas; en el 73,62% de las unidades no existe ningún trabajo científico; "encantar" a las enfermeras de la utilidad de la aplicación y del método.

Conclusiones: La evaluación externa es un sistema adecuado que nos permite cuantificar y visualizar "in situ" los logros respecto a la aplicación del PAE bajo herramienta informática, de cómo se ha planificado, implantado y realizado.

CALIDAD DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA

F.J. Lucas Imbernón, M.L. Fagoaga Gimeno y J. García Guerrero
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

C-179

Palabras clave: Protocolos enfermería, Registros, Cuidados.

Introducción: Los protocolos asistenciales se establecen para evitar la variabilidad en la práctica asistencial, garantizando así al enfermo una asistencia homogénea, independientemente del profesional que le trate. Los protocolos permiten normalizar los cuidados enfermeros, disminuir la variabilidad de los mismos, mejorar la calidad de los servicios al definir los cuidados prestados y establecer los criterios para evaluarlos. Así mismo facilita la adaptación al personal de nueva incorporación. Es aconsejable protocolizar cuidados que afecten a un gran volumen de pacientes, o que tengan fuerte impacto (sea en relación a posibles efectos yatrogénicos como económicos). Existen diferencias en el modo en que se realiza la asistencia prestada a los pacientes debido a la diversidad cultural y organizativa en los diferentes Servicios de Salud. Estas diferencias pueden afectar a la certeza y efectividad de los actos diagnósticos y terapéuticos (calidad científico-técnica) y a la calidad de la atención recibida por los usuarios de los servicios de urgencia (calidad percibida), sin dejar de lado el factor humano del personal de asistencia (calidad del personal sanitario).

Objetivo general: Evaluación de la calidad de la actividad de enfermería en un hospital de 3er nivel. **Objetivo específico:** Análisis de la calidad de los cuidados de enfermería en el CHUA.

Material y métodos: Tipo de estudio: *Estudio transversal, descriptivo y analítico de la calidad de los cuidados de enfermería en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).* Evaluación de los protocolos de cuidados de enfermería: 1. Plan de acogida del paciente y familiares: encuesta de evaluación realizada a pacientes ingresados; 2. Protocolo de vías venosas (en pacientes ingresados); 3. Informe de alta de enfermería; 4. Protocolo de úlceras por presión; 5. Registro de caídas; 6. Otros: adecuación de la utilización de las vías venosas en urgencias. Marca de la muestra: pacientes atendidos en el CHUA 2001. Recogida de los datos de las historias clínicas de los pacientes introducidos en cada uno de los protocolos. El nº analizado en cada protocolo al menos es de 30. El programa estadístico utilizado ha sido SPSS; $p < 0,05$.

Resultados: 1) Plan de acogida del paciente: se han realizado 72 (27,90%) encuestas de 258 pacientes ingresados en 7 unidades de enfermería evaluadas; sólo en el 50% de los casos la enfermera se presenta; el 88,88% de los pacientes sabe la planta donde está y el 90,27% en que habitación se encuentra; el 73,61% considera que la información recibida es correcta y el trato lo considera correcto el 73,61%. 2) Protocolo de vías venosas (en pacientes ingresados): se han revisado 30 historia de 13 unidades de enfermería de forma aleatoria; en el 100% de las historias se constata la canalización de vías venosas pero ninguna cumple el protocolo. 3) Informe de alta de enfermería. El alta de enfermería se recoge sólo en el 12,98% de los pacientes dados de alta, siendo la Unidad de Enfermería de UCI la que más altas de enfermería dio (41,65%) y la que menos las de Ginecología, Tocología y Pediatría con el 0%. 4) Protocolo de úlceras por presión: ; 5. Protocolo de sondaje vesical: se ha difundido durante todo el año y se estuvo implantando en el último semestre; 6. Registro de caídas: las caídas se han producido en 10 de 25 Unidades de enfermería (40%) con una incidencia del 0,1126% de los pacientes ingresados.

Conclusiones: La actividad de enfermería de CHUA tiene implantados los protocolos de actuación más importantes. El Plan de Acogida de enfermería debe mejorar el aspecto de conocer personalmente a la enfermera que atiende al paciente. El protocolo de vías venosas debe mejorar el sistema de registro para una mayor cumplimentación. Los informes de alta de enfermería deberían tener una mayor implantación. La incidencia de caídas es mínima.

GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN OSAKIDETZA/SVS

R.M. González Llinares, D. Miguel Martín, M.J. Ruiz de Ocenda e I. Aramburu Chinchurreta

Subdirección de Calidad Asistencial. Osakidetza.

C-178

Palabras clave: Calidad, Enfermería, Evaluación, Proceso de atención.

EL CONOCIMIENTO REAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN UNA NECESIDAD PARA UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN

C-180

A. Hernando Uzkudun, M.A. Aznar Urbina, M. Zapirain Gurrea y L. Olazabal Arrizabalaga

Hospital de Donostia, Unidad de Calidad.

Palabras clave: Úlcera, presión, prevalencia.

Objetivo: Conocer la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en las unidades de riesgo del hospital, con objeto de partir de un mismo grado de conocimiento, para en una segunda fase abordar la elaboración del protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión unificado para todo el hospital.

Metodología: Se creó un grupo de trabajo con enfermeras de las Unidades de riesgo, que acordó la siguiente metodología para realizar el estudio de prevalencia. - Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización de riesgo los días 21 o 22 de mayo de 2002.

- Datos recogidos por enfermeras responsables de pacientes. - Informatización de datos en Access y tratamiento estadístico adecuado a cada tipo de variable.

Resultados: Pacientes estudiados: 461 (186 mujeres y 275 hombres); con PP: 55 (11,93%). Edad media: 66 años. Las variables que influyeron en el desarrollo de UPP, fueron, como es lógico, el grado de riesgo y el tipo de unidad de hospitalización, por el tipo de pacientes que ingresan en dichas Unidades.

Variable	Pacientes ulcerados	χ^2
Sexo	Hombres 34/275 Mujeres 21/186	12,4% 11,3% NS
Riesgo	Sin riesgo 0/196 Riesgo bajo 11/164 Riesgo medio 4/29 Riesgo alto 40/72	9% 6,7% 13,8% 55,55%
Tipo de Unidad	CMI-UVI 9/27 Media-Larga 28/147 Agudos 18/286	33,33% 19% 6,3%
Escala	Gössnell (modificada) 42/329 E.K. Bowman 13/132	12,76% 9,85% NS

Total UPP detectado en los 55 pacientes: 134; 48 (35,8%) de nivel III; 35 (26,1%) de nivel II; 29 (21,6%) de nivel IV y 22 (16,4%) de nivel I.

Conclusiones: - Los resultados obtenidos son similares a los encontrados en la literatura. - No se ha encontrado diferencia significativa entre el valor predictivo de las dos escalas utilizadas, sin embargo se han encontrado un 7,7% de pacientes ulcerados cuyo riesgo era bajo según la escala de Gössnell (modificada), frente a ningún paciente de riesgo bajo y ulcerado, según la escala de E.K. Bowman. - Probablemente la no influencia de determinadas variables (escala de valoración y edad) esté relacionada con el tamaño de la muestra. - Es necesario utilizar una escala de valoración del riesgo con poder predictivo alto.

CÓMO ANALIZAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA ELEGIR LAS INTERVENCIONES DE MEJORA

P. Pérez Company y C. Fuentelsaz Gallego
Hospital Vall d'Hebron, Pabellón Docente (1º Plta.)

C-181

Palabra clave: Úlceras por presión, análisis, resultados.

Objetos: El objetivo de este trabajo es proporcionar herramientas de análisis a profesionales y gestores para facilitar la lectura de los resultados de la medida de las úlceras por presión mediante el ejemplo de un caso.

Metodología: Se han analizado los indicadores de resultados relacionados con las úlceras, que se han seleccionado por su sensibilidad (pacientes con úlcera; pacientes con úlcera según riesgo (medido con la escala EMINA®): sin riesgo, con riesgo bajo, medio y elevado; total de úlceras; úlceras por paciente; úlceras nosocomiales; úlceras extrahospitalarias y úlceras de estadio I, II, III y IV, según riesgo)*. Los resultados se obtienen cada seis meses a través de un estudio de prevalencia.

Mediante un caso de un hospital de tercer nivel, que tiene monitorizados los indicadores mencionados, se presentan los datos de cuatro años (1998-2001), se hace una propuesta de lectura relacionando indicadores entre sí, tales como: pacientes con úlcera según tengan o no riesgo; tendencia de pacientes con riesgo y de pacientes de riesgo ulcerados; número total de úlceras y úlceras extrahospitalarias; número de úlceras de estadio III y IV, y total de úlceras. También se relacionan con otras variables de gestión, como grado de intensidad de cuidados, severidad y razón enfermera/paciente, de forma que se pueda llegar a conclusiones.

Resultados: Los indicadores se exponen en gráficos de tendencias que recogen los datos de los cuatro años de forma que se puede apreciar no sólo lo que hay el momento de la monitorización sino también su evolución. Toda la información se recoge en un cuadro de mando donde aparecen los indicadores intermedios y los finales de forma que la lectura se hace automáticamente relacionándolos con la situación real, la estándar, la anterior, la desviación (real-previsión) y la comparación (real-anterior).

Conclusiones: En la bibliografía quedan reflejados diferentes indicadores de úlceras por presión y sus sistemas de medida, pero se ha escrito poco sobre como analizar los resultados.

En la presente comunicación se ofrece una propuesta para su implantación en la práctica de cara a establecer intervenciones de mejora.

* Indicadores del Grupo de enfermería del Institut Català de la Salut.

MESA 21

Calidad en el área quirúrgica

Sala Ulzama
Jueves 10, 18:30-20:30

C-182

VERIFICACIÓN EXTERNA DE LA BIOSEGURIDAD DE QUIRÓFANOS EN UN HOSPITAL GENERAL

C.A. Arenas Díaz, M.V. Valls Jiménez, J.J. Ger Marco,
C.A. Sánchez Pérez, E. Sebastián Díaz y A. Blasco Peñango
Hospital General de Elda.

Palabra clave: Bioseguridad, quirófanos, control ambiental.

Resumen: Por insuficiencia de medios propios se planteo dentro del un programa más amplio de control y reducción de la infección nosocomial la verificación de la bioseguridad y de los quirófanos del Hospital General de Elda por medio de una empresa externa especializada.

El objetivo era determinar el nivel de bioseguridad ambiental y detectar oportunidades de mejora de la misma dentro del área quirúrgica. Se selecciono finalmente una empresa especializa y se estableció por parte de la empresa, junto con medicina preventiva y la coordinación del bloque quirúrgico, un plan de trabajo que consiste en la verificación de la bioseguridad ambiental de manera mensual en los quirófanos de alto riesgo, trimestralmente en el resto de quirófanos y trimestralmente verificar otros aspectos de interés: el nivel de contención, temperatura, ruido, humedad e iluminación. La evaluación inicial se realizó recientemente y consistió en la evaluación de los aspectos citados, incluyendo el funcionamiento y estado de mantenimiento de las instalaciones.

Resultados: Con respecto al nivel de bioseguridad de los 8 quirófanos en 3 quirófanos ha resultado excelente y buena en el resto, se detectaron oportunidades de mejora importantes sobre todo en relación a la climatización, el número de renovaciones horas, el nivel de iluminación en 2 quirófanos, el nivel de ruido en otros 2 y las medidas para mantener el nivel de contención. Toda esta información ha sido fundamental para establecer un plan de mejora de cada uno de estos aspectos que se irá desarrollando en los próximos meses. Posteriormente esperamos que el nivel de bioseguridad y de contención así como los parámetros físicos alcancen mejores niveles lo que comprobaremos ya que están previstas las verificaciones periódicas, que se irán espaciando en el tiempo si se comprueba se mantienen niveles muy altos de bioseguridad.

Como conclusión en nuestro caso ha sido útil la externalización de la verificación de la bioseguridad en quirófanos para detectar oportunidades de mejora, por la insuficiencia de medios propios para realizarla, que nos permite dedicar el escaso personal de la unidad de medicina preventiva a la realización de otras tareas técnicas. Creemos que el coste de oportunidad es adecuado ya que el programa de verificación completo importa menos de 12.000 euros anuales.

RESULTADOS DE LA VÍA CLÍNICA; TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER COLORRECTAL; TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

J. Alcalde Escrivano, C. Valiño Fernández, A. Abad Barahona, A. Ibarra Peláez, C. Morales Gutiérrez y P. Ruiz-López

C-183

Palabra clave: Cáncer colorrectal, Vía Clínica, Mejora de Procesos Asistenciales.

Objetivos: Principal: Evaluación y mejora del proceso: tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. Específicos: 1- Evaluar la calidad científico-técnica y la efectividad clínica del proceso identificando las áreas susceptibles de mejora. 2- Diseñar e implantar una Vía Clínica (V.C.) que sirva como herramienta para la evaluación y mejora del proceso. 3- Analizar los resultados de la V.C. tras dos años de su implantación.

Metodología: Análisis del proceso: Diagrama de flujo. Estudio transversal, observacional y retrospectivo de historias clínicas de pacientes intervenidos en cirugía programada durante 1995-1998. Definición de los puntos fuertes, áreas susceptibles de mejora e indicadores de calidad del proceso. Áreas susceptibles de mejora y estándares (S): Realizar consulta preanestésica ambulatoria ($S > 90\%$), disminuir la estancia preoperatoria hasta ≤ 3 días ($S > 70\%$) y la postoperatoria hasta 9 días ($S \geq 70\%$), aplicación del consentimiento informado ($S > 90\%$), cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica ($S > 90\%$), disminuir el uso de nutrición parenteral ($S \leq 20\%$), aplicación de cuestionarios de satisfacción y de calidad de vida a los pacientes tratados ($S \geq 60\%$ de los casos).

Vía Clínica: Documentos que la componen: criterios de inclusión, hojas de información para el paciente y los familiares, matriz temporal, hojas de verificación, hojas de variaciones, cuestionarios de satisfacción y calidad de vida, cuadro de indicadores y estándares. Evaluación periódica: Análisis semestral del cumplimiento de los estándares.

Resultados: Período 2000 y 2001. Incluidos en la Vía Clínica 82 pacientes (57% ASAII - 43% ASA III). Estándares alcanzados (92,3%): Inclusión en la VC 97% ($S \geq 80\%$), salida de la VC 5,3% ($S \leq 10\%$), consulta preanestésica ambulatoria 92% ($S \geq 90\%$), estancia preoperatoria (≤ 3 días) 95,2% ($S \geq 70\%$), consentimiento informado 100% ($S \geq 80\%$), profilaxis antibiótica 91,6% ($S \geq 90\%$), profilaxis TEP 100% ($S \geq 95\%$), nutrición parenteral 12% ($S \leq 20\%$), éxitos 2,6% ($S < 3\%$), infección de herida 17,3% ($S \leq 20\%$), complicaciones mayores 14,6% ($S < 25\%$), satisfacción 87% ($S > 80\%$). Estándares no alcanzados (7,6%): estancia postoperatoria (9 días) 48,3% ($S \geq 70\%$).

Conclusiones: 1) La evaluación previa del proceso ha permitido identificar las oportunidades de mejora. 2) La Vía Clínica diseñada a partir de la evaluación del proceso constituye una herramienta excelente para su sistematización y mejora. 3) La Vía Clínica ha permitido alcanzar el 85,7/1% de los estándares fijados.

COORDINAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES NOS HACE OBTENER MEJORES INDICADORES DE CALIDAD

F. Martínez Lozano, J.J. Rivas de Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina y R. Embún Flor

C-184

Palabra clave: Indicadores de calidad. Coordinación de procesos.

Introducción: Coordinar las diferentes dimensiones de la calidad asistencial, es de vital importancia ya que con ello conseguimos una asistencia de excelencia al mejorar la eficiencia, alcanzar las expectativas de los pacientes y reducir los costes.

Objetivo: Comunicar la efectividad y el ahorro que se produjo en nuestra Unidad al implantar una Vía Clínica en Enero de 2000.

Metodología: 1) Coordinación de las diferentes actividades de los médicos, enfermeras y otros profesionales al detallar las actividades del día a día, evitando la variabilidad y la individualidad del profesional. 2) Se realiza el estudio durante 22 meses, cumpliendo los criterios de inclusión: pacientes que no han tenido complicaciones postoperatorias y han seguido la Vía Clínica. 3) Comparamos el antes y el después de la implantación de la Vía Clínica, valorando los días previos a la intervención y los días posteriores hasta el alta.

Grupo I: 34 pacientes tratados antes de implantar la Vía Clínica (Julio 1996-Abril 1998) con una edad media de 60 años (19-81), hombres 33 (97%), mujeres 1 (3%), con una estancia media hospitalaria de 12,4 días (9-26), días de estancia media hospitalaria previos a la intervención quirúrgica 3,5 (1-13), días de estancia media hospitalaria posquirúrgicos 8,8 (6-12).

Grupo II: 26 pacientes tratados después de implantar la Vía Clínica (Enero 2000-Octubre 2001) con una edad media de 59 años (35-76), hombres 21 (80,7%), mujeres 5 (19,2%), con una estancia media hospitalaria de 8,2 días (6-12), días de estancia media hospitalaria previos a la intervención quirúrgica 1,1 (1-4), días de estancia media hospitalaria posquirúrgicos 7 (5-11).

Resultados: En el estudio estadístico que realizamos obtenemos como resultados muy significativos ($p=0,0001$) la estancia media en los días prequirúrgicos y en los posquirúrgicos y por tanto, la estancia media hospitalaria.

Conclusiones: La implantación de la Vía Clínica asegura la coordinación de los procesos asistenciales de los diferentes profesionales, dando una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar el propio paciente. Disminuye la ansiedad del paciente ante el ingreso al poder dotarle de una buena información y reduce las estancias inadecuadas, lo que nos proporciona un ahorro considerable.

MEJORA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA

F. Martínez Lozano, J.J. Rivas De Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina, R. Embún Flor y P. Martínez Mongay

C-185

Palabra clave: Programas de mejora de calidad.

Introducción: Es de vital importancia mejorar la calidad asistencial que el cliente recibe en nuestro servicio, por ello es necesario que la totalidad de funciones y características del servicio sean potenciadas a su máxima capacidad para satisfacer las necesidades del usuario. En nuestro hospital se puso en marcha el Programa de Mejora de Calidad Asistencial (PMCA) en 1992.

Objetivo: Comunicar los pasos que se dieron en 1999 para diseñar e implantar el PMCA en una Unidad de Cirugía Torácica.

Metodología: 1) La Unidad de Calidad Asistencial (UCA) impartió en Junio-99 un curso de CA cuyos objetivos eran: adquirir conocimientos metodológicos y analizar elementos conceptuales para identificar y priorizar problemas de calidad, dando apoyo para participar en actividades de Mejora de Calidad (MC). 2) Se formó en nuestra Unidad un grupo de trabajo (Diciembre-99) en MC, formado por 4-5 personas que desarrollaron una base de funcionamiento (estatutos). 3) Este grupo comenzó el trabajo con detención de problemas utilizando el método de "tormenta de ideas", analizó los problemas con el diagrama "causa-efecto", priorización con la "comparación de parejas" y seleccionó según criterios una propuesta de actividades.

Resultados: Se seleccionaron unos problemas para comenzar a trabajar con ellos: modificación en la distribución de tarea, protocolo de preparación al paciente prequirúrgico con gráficos de rasurado, reparación y adjudicación de material, guías clínicas (para el profesional y para el paciente), información a la familia tras la cirugía, creación de una pequeña biblioteca, renovación y reparación del mobiliario, encuesta de valoración del paciente, programa de conferencias, organización del "memorandum" científico, etc...

Discusión y Conclusiones: La formación de un Grupo de Mejora de Calidad Asistencial propio de una unidad, trae consigo la implicación del personal que lo conforman, realizando de una forma ordenada y continua la búsqueda y resolución de problemas para conseguir la satisfacción del cliente al recibir una asistencia sanitaria de excelencia.

LA HERNIA INGUINAL Y SU TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES MAYORES

M.A. Ciga Lozano, F. Oteiza Martínez y H. Ortiz Hurtado

C-186

Palabra clave: Hernias y CMA.

Objetivo: Valorar si la hernia inguinal, en un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA), puede ser intervenida en pacientes mayores con los mismos índices de calidad que en pacientes de menor edad.

Material y método: De enero a diciembre de 2001 se han recogido de forma prospectiva los datos de 299 pacientes que fueron intervenidos de forma electiva por una hernia inguinal unilateral. En todos los casos se realizó una hernioplastia sin tensión con malla de polipropileno. 90 pacientes (grupo I) fueron mayores de 70 años (rango 71-93). En este grupo de pacientes se ha evaluado, de forma comparativa con el grupo de pacientes de menor edad (grupo II, 209 pacientes), el índice de sustitución en CMA, la tasa de ingreso, la tasa de reintegro y las complicaciones postoperatorias.

Resultados. El índice de sustitución en CMA fue del 80,0% en el grupo I y del 81,8% en el II (pNS). La tasa de ingreso (2,2% en el grupo I, 1,4% en el grupo II) y la tasa de reintegro (0% en el grupo I y 0,4% en el II) tampoco fueron significativamente diferentes. El porcentaje de complicaciones postoperatorias fue igualmente similar (3,3% en el grupo I y 1,9% en el II).

Conclusiones. Los pacientes mayores de 70 años que van a ser intervenidos por hernia inguinal, pueden beneficiarse de entrar un programa de CMA con los mismos índices de calidad que los pacientes de menor edad.

Palabra clave: Hernias y CMA.

Objetivo. Evaluar el comportamiento de los pacientes ASA III intervenidos de hernia inguinal en un programa de CMA comparativamente con los pacientes ASA I y II.

Material y método. De enero-2000 a diciembre-2001 se han recogido de forma prospectiva los datos de 509 pacientes (398 ASA I y II, 110 ASA III) intervenidos por hernia inguinal no complicada, de los que 384 (75,5%) fueron intervenidos en régimen ambulatorio. De éstos, 305 pertenecían al grupo ASA I o II y 79 habían sido catalogados como ASA III. La edad fue significativamente mayor en el grupo de pacientes ASA III (79 vs. 60 años; $p < 0,001$).

Resultados. El índice de sustitución fue del 76,6% para los ASA I y II y del 71,8% para los ASA III (pNS). La tasa de ingreso fue similar en los dos grupos (2,2% en ASA I y II vs. 3,7% en ASA III; pNS), y también la tasa de reingreso (0,3% vs. 0%; pNS). Tampoco hubo diferencia en la tasa de morbilidad (2,6% en ASA I y II vs. 3,7% en ASA III; pNS). En ningún caso la cirugía provocó una desestabilización de la situación basal de los pacientes ASA III.

Conclusiones. Los pacientes con hernia inguinal clasificados como de riesgo anestésico III en la clasificación ASA, estables en los meses previos y bien seleccionados, pueden beneficiarse de entrar en un programa de CMA en los mismos términos que los pacientes ASA I y II.

**SEGURIDAD DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE
EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA PROGRAMADA**

A. Cegarra-Mateo, P. Iglesias-Casarrubios, P. Ruiz-López,
M.V. Castells-Armenter y J. Alcalde-Escribano
Hospital 12 de Octubre. Unidad de Calidad.

Palabra clave: Valuación-preoperatoria, Pruebas-diagnósticas, Riesgo anestésico, Protocolo, Audit.

Objetivos: Evaluación de la seguridad de la aplicación de dos protocolos de valoración preoperatoria (Asociación Española de Cirujanos-AEC y H.12 de Octubre-H120). Otros objetivos: cumplimiento de los protocolos, consumo de recursos y calidad de los datos de registro.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal de 155 pacientes considerados inicialmente sanos y asintomáticos (ASA 1) en la consulta de preanestesia del H120 en los meses marzo-mayo de 2001. Se revisó la documentación clínica de los pacientes después de la intervención quirúrgica, obteniendo datos de: pruebas, cumplimiento de los protocolos, aportación de datos anormales de las pruebas y calidad de registros. Los casos en los que hubo aportaciones no esperadas de las pruebas fueron valorados por un grupo de cirujanos y anestesiólogos para la evaluación de su impacto clínico peroperatorio.

Resultados: En las pruebas pedidas "en exceso" se observaron 5 casos que requirieron evaluación por el grupo. Estos casos fueron registrados como: posible de forma leve de enfermedad de von Willebrand, aumento de creatinina, aumento discreto del tiempo de cefalina, hiperglucemia y discreta elevación de transaminasas. En estos casos, no se modificó el plan de actuación previsto en el período peroperatorio. Dos casos pasaron de ASA 1 a ASA 2, sin afectar igualmente las pautas ni la evolución clínica. El cumplimiento del protocolo del H120 fue del 16,77%; si se hubiera aplicado el de la AEC, hubiera sido del 2%. Se solicitaron gran cantidad de pruebas fuera de protocolo, siendo para los protocolos del H120 y AEC, respectivamente: RX tórax 40,64% y 31,6%; ECG 32,25% y 18,7%. El exceso de otras pruebas convencionales en el protocolo de la AEC fue: hemograma 56,1%, hemostasia 83,87% y bioquímica 54,83%. Se registró algún tipo de incidencia en las hojas de preanestesia en el 14,2% de los casos (17 retrasos en pruebas, 3 inexistencias de hojas y 2 no constancias de antecedentes personales).

Conclusiones: 1) La aplicación de protocolos de valoración preoperatoria es segura, ya que las anomalías de los tests no han representado modificación del plan peroperatorio. 2) Se han solicitado muchas pruebas innecesarias. 3) Los registros de las hojas de preanestesia han sido apropiados.

**COLECISTECTOMÍAS POR VÍA LAPAROSCÓPICA: UNA
MEJORA DE EFICIENCIA INSUFICIENTEMENTE REFLEJADA
EN LA CLASIFICACIÓN GRD**

A. Jiménez Puente, J.J. Escalona Gutiérrez, N. Gándara Adán, J.A. García Ruiz, N. González Sendra y A. Lara Blanquer
Hospital Costa del Sol.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, Estancia hospitalaria, GRD.

Objetivos: La introducción en los últimos años del abordaje laparoscópico en las colecistectomías ha supuesto una mejora de eficiencia al reducir los tiempos de quirófanos y la estancia media (EM) hospitalaria. El tipo de abordaje quirúrgico determina la asignación de las colecistectomías a diferentes categorías de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs), clasificación utilizada en todos los hospitales de nuestro medio. Estudiamos si la extensión de la cirugía laparoscópica mejoró los indicadores de eficiencia del servicio de Cirugía valorados mediante el sistema GRD.

Metodología: Se calculó el número de altas y EM de los procedimientos quirúrgicos colecistectomía por laparotomía (CLT) (CIE-9-MC: 51.22) o por laparoscopia (CLP) (CIE-9-MC: 51.23) realizados de forma programada en el Hospital Costa del Sol (Marbella) entre 1997 y 2001, mediante el análisis del CMBD de hospitalización. Se compararon 2 indicadores de eficiencia basados en GRDs: el Peso Medio Relativo y el Índice Funcional, para las intervenciones realizadas en 1997 y 2001.

Resultados: El porcentaje de CLP aumentó progresivamente, desde el 40% en 1997 hasta el 87% en 2001. La EM de las CLP se mantuvo bastante estable en torno a 1,9 días, mientras que la de las CLT fue aumentando, desde 3,8 días en 1997 a 5,9 en 2001, al quedar restringida a los casos más complejos. Las intervenciones de CLP se asignan a GRDs de menor peso que las de CLT, por lo que, entre 1997 y 2001 se produjo una disminución del 23% en el Peso Medio Relativo y un aumento del 21% en el Índice Funcional de los GRDs de esta patología, lo que a primera vista podría interpretarse como una disminución en el nivel de eficiencia.

Conclusiones: Las colecistectomías por vía laparoscópica son un buen ejemplo de que deben evitarse análisis simplistas basados en el sistema GRD, sobre todo en procesos quirúrgicos que se asignan a diversas categorías según la intervención seleccionada.

**LA GESTIÓN DEL DOLOR EN LA CMA A TRAVÉS DE LA
TRAYECTORIA CLÍNICA**

O. Marco Eza, M.J. Martínez Arce, M. Cando López,
A. Gutiérrez Villagra y J.F. Pajares Díaz-Meco
Hospital de la Creu Roja

Palabras clave: Dolor, Trayectoria Clínica, Evaluación, Indicadores de calidad.

Introducción/objetivos: Nuestra organización ha adoptado la Gestión por Procesos como modelo más adecuado para llevar a cabo una gestión eficiente y de calidad óptima. En base a esto se planteó en la CMA la elaboración de las Trayectorias Clínicas permitiendo así a los profesionales fomentar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de la evaluación del propio proceso que nos permite conocer los resultados del mismo así como las variaciones que le afectan. Uno de nuestros principales objetivos en el proceso de CMA ha sido la gestión del dolor a través del conocimiento de la incidencia del dolor y características, tanto en el postoperatorio inmediato como en domicilio, para así establecer estrategias de mejora pertinentes.

Metodología: Desde junio de 2001 hasta la actualidad venimos realizando un sistema de evaluación continua de las Trayectorias Clínicas de aquellos procesos más comunes en la CMA. Para ello se ha diseñado un registro propio para la recogida de datos en un aplicativo informático elaborado en Acces donde se recogen los criterios de resultados/alta y las variaciones de todos los pacientes incluidos en Trayectoria. Mensualmente se elaboran los indicadores de calidad que son evaluados por los profesionales implicados para establecer las mejoras, siendo una de ellas en el tratamiento del dolor.

Resultados: En las Trayectorias de CMA el dolor no se observa como una variación importante en los diferentes procesos, sólo el 1,4 % de los o alargamiento de la estancia en la CMA es por este motivo y el dolor en domicilio también es poco incidente (3%). Sin embargo existen algunos procesos como las herniorrafías, donde la incidencia (92,6%) y reincidencia (39%) del dolor es más importante. Tras la estrategia de mejora que se llevó a cabo con un replanteamiento de la pauta analgésica en estos pacientes se produjo una reducción significativa de la incidencia del dolor ($p < 0,000$) y de la reincidencia ($p < 0,006$).

Conclusiones: El sistema de evaluación continua de las Trayectorias en CMA nos permite:

La gestión del dolor

Establecer las mejoras necesarias para poder dar calidad asistencial
La implicación de los profesionales que intervienen en el proceso.

AMBIENTE LIBRE DE LATEX: UN RETO PARA UN HOSPITAL

L. Ballesteros, R. Oliveros y G. Cobo

Unidad de M. Preventiva y Bloque quirúrgico del hospital Alto Guadalquivir de Andújar

Palabras clave: Proceso asistencial, Plan de comunicación, Alergia al látex.
Objetivos: 1) Evitar reacciones adversas en paciente alérgica al látex sometida a una intervención de cirugía mayor programada a través de la individualización del protocolo de atención al paciente con alergia al látex.
 2) Coordinación de distintos niveles de atención a través de un plan de comunicación interna. 3) Evaluación en cada fase de atención el grado de cumplimiento del mismo.

Material y métodos: - Captación del caso a través de consulta de preanestesia.: Entrevista al caso: entrevista semiestructurada mediante guión. Se analizan las dimensiones siguientes: 1. Grado de alergia. 2. Grado de información de la paciente y su entorno, 3. Grado de concienciación de su problema, 4. Miedo a la intervención, 5. Miedo a reacción adversa al látex, 6. Confianza en los profesionales del hospital, 7. Expectativas de la atención y 8. Satisfacción con resolución del proceso a priori. - Diseño de un plan de comunicación interna específico basado en la información obtenida previamente. - Evaluación del cumplimiento del protocolo de atención (ciclo PDCA). Registro en aplicación informática específica.

Resultados: - Entrevista al caso: 1. Hipersensibilidad inmediata. Dermatitis de contacto. Síndrome de alergia oral al melón. 2. Información sobre el problema adecuada. Información del entorno. 3. Exceso de confianza en relación al contacto con látex, escasa conciencia de peligro de su entorno. 4. Importante sensación de miedo a la intervención. 5. Miedo moderado a reacción adversa al látex durante la estancia en el hospital. 6. Elevada confianza en los profesionales del hospital. 7 Altas expectativas en el control y la atención de su proceso y 8. Alto grado de satisfacción para garantizar su atención de todos los profesionales implicados hasta el momento. - Todo los profesionales implicados en la hospitalización del caso conocían sus funciones. - Ingreso en el mismo día de la intervención en Unidad especial de hospitalización. Verificación del tratamiento de profilaxis al látex quirúrgico. Señalización del entorno; libre de látex; e identificación de la paciente. Durante su estancia en quirófano no fue necesario el uso de recursos no previstos. En los menús se comprobó que correspondían a la dieta prescrita en este tipo de alergia. - Satisfacción de la paciente y su entorno familiar al alta.

Conclusiones: En la era de la gestión por procesos la individualización de la atención sanitaria así como la satisfacción del usuario se imponen como elementos irrenunciables de la calidad, además como herramienta clave para conseguir la continuidad asistencial es necesario el diseño de un plan de comunicación adaptado a los objetivos perseguidos por la organización. En nuestro caso, el alto grado de satisfacción y la ausencia de reacciones que la paciente identificaba como alérgicas compensan el esfuerzo realizado.

C-191**ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN DE QUIRÓFANOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO IMPLANTACIÓN DE TARDES Y CMA INTEGRADA**C.A. Arenas Díaz, A. Blasco Peñango, C.A. Sánchez Pérez, J. López Moreno, M.J. Martínez Riera y E. Sebastián Díaz
Hospital General de Elda.**Palabra clave:** Quirófanos, productividad, cirugía mayor ambulatoria.

Resumen: Se planteó la necesidad de mejorar la utilización del bloque quirúrgico del Hospital General de Elda mediante la introducción de jornada de tarde y la integración de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en la actividad quirúrgica de manera que no existiesen quirófanos específicos de CMA, sino que cualquier proceso susceptible de CMA se hiciera intercalándose con otros procesos.

Objetivos: Aumentar la productividad de quirófanos, reducir la lista de espera y aumentar el índice de sustitución por CMA.

De un bloque quirúrgico de 7 quirófanos programados y uno urgente se establecieron dos quirófanos en funcionamiento por la tarde (aumento estructural del 28,5%), que pudimos implantar sin necesidad de aumento de plantilla médica mediante deslizamiento de jornada de personal facultativo. Para ello hubo que establecer un proceso negociador con el personal, sobre todo facultativo, para desplazar parte de su jornada laboral a las tardes, así como reforzar determinados aspectos del servicio de tardes (esterilización, celadores, etc.). En enero comenzó la nueva programación que ha permitido reducir la lista de espera en un 10,03%, la demora media en 19,83% y realizar un 31,5% de actividad quirúrgica más. El programa de cirugía mayor ambulatoria integrado en la propia organización del bloque que ha supuesto incrementar un 716,19% el número de procesos tratados ambulatoriamente con respecto al año anterior (de 105 a 962), haciendo que el índice de sustitución por CMA suba de 4,88% al 39,98%. El índice de intervenciones por quirófano de anestesia general (IPAG) para los primeros cinco meses del año ha sido de 3,8 por la mañana y 4,2 por la tarde y el índice de intervenciones de anestesia local por quirófano (IPAL) ha sido de 5,7 por la mañana y 6,9 por la tarde (durante el 2002 fueron IPAG de 3,7 e IPAL de 5,9).

Concluimos que en nuestro caso implantar jornadas de tarde e integrar la CMA en la actividad quirúrgica de manera ordinaria (no segregada en quirófanos de CMA), además de un decidido fomento de la cirugía sin ingreso, ha permitido dinamizar y rentabilizar el bloque quirúrgico mejorando la demora quirúrgica, aumentando el rendimiento del bloque quirúrgico y aumentando el índice de sustitución por CMA del Hospital.

C-193**MICRODISCECTOMÍA O DISCECTOMÍA ESTÁNDAR EN HERNIA DISCAL LUMBAR ¿LA MEJOR ELECCIÓN?**

P. Iglesias-Casarrubios, P. Gómez-López, R. Alday-Anzola, R. Díez-Lobato, J. Cruz-Bertolo y P. Ruiz-López

Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-192**Palabra clave:** Hernia discal lumbar, microdiscectomía (M), discectomía (D), calidad, resultados.

Introducción: Desde el desarrollo de la microdiscectomía las indicaciones y posibles ventajas siguen siendo un tema controvertido. Algunos autores han defendido sus ventajas (estancias, tiempo de intervención, baja laboral) mientras que otros no observaron un beneficio a largo plazo.

Objetivo: Determinar la técnica quirúrgica que más beneficiaría a los pacientes con hernia discal lumbar mediante una revisión exhaustiva de la bibliografía y análisis de los resultados.

Metodología: Sujetos de estudio: artículos publicados. Fuentes de información revisión bibliográfica:

Bases de datos MEDLINE, Best Evidence, IME y Cochrane Library para la búsqueda de artículos publicados. Fase de selección de artículos: Selección de los artículos que han cumplido los criterios de inclusión. Fase de síntesis de la información y análisis de la calidad metodológica de los estudios elegidos: se ha analizado el grado de cumplimiento de criterios primarios (diseño del estudio, asignación aleatoria de tratamientos, etc) y secundarios definidos en el Manual de Colaboración Cochrane. Síntesis de la información en tablas.

Resultados: Se han encontrado 4 estudios prospectivos, randomizados y controlados, se ha constatado la debilidad de la calidad metodológica: reducido tamaño muestral (50-80 pacientes), imprecisión en definición de criterios de inclusión y exclusión, dudosa similitud de los grupos, pérdida de seguimiento (21%), etc. Los resultados (M/D) no demostraron diferencias significativas en estancia (6,2/6,5 días), sangrado epidural (47/45 ml), baja laboral (94/77 días), estado funcional bueno (90%/90%; 86%/90%). El tipo y momento de evaluación de resultados fue heterogéneo y a corto plazo.

Conclusiones: - Los resultados obtenidos no han demostrado la superioridad de la microdiscectomía frente a la discectomía estándar. - Se precisan estudios controlados con mayor número de casos en los que se analicen la totalidad de los pacientes asignados a cada tratamiento, con un seguimiento a largo plazo que contemple la incidencia de complicaciones (recidiva herniaria reintervenida).

MESA 22

Calidad en distintos ámbitos y servicios

Sala Ulzama
Jueves 10, 18:30-20:30

GESTIÓN POR PROCESOS EN REHABILITACIÓN PSIQUEÁTRICA

F. Caro, A. Sarasola, M.V. Escolar, C. de la Cámara, M. Pinilla y C. Salavera
Residencia Profesor Rey Ardid.

C-195

Palabra clave: Rehabilitación psiquiátrica, gestión por procesos, indicadores.

Objetivos: Tras instaurar un sistema de gestión por procesos en la Residencia Profesor Rey Ardid - Unidad de Media Estancia de Rehabilitación Psiquiátrica -mejoramos la organización del trabajo, la documentación e historia clínica, así como las intervenciones con los pacientes. Se detectaron problemas en la recogida de datos y en la evaluación de los procesos, creemos debido a la inexperiencia del equipo, a la selección de indicadores demasiado ambiciosos y que no dependían enteramente del equipo. A la vista de estas oportunidades de mejora nos planteamos como objetivos: simplificación de los procesos (preingreso, ingreso, atención-rehabilitación y alta) y de sus indicadores, mejora de la coordinación de los departamentos participantes), mejora de la documentación administrativa y de la historia clínica, instauración de un sistema informático de registro y análisis de indicadores automatizado.

Metodología: Para cada uno de los procesos se realiza una evaluación, replanteamiento y rediseño de los indicadores y de los criterios de calidad. Se introduce como método de trabajo el uso sistemático del ciclo PDCA; se utilizan para el análisis de problemas y sus causas herramientas de calidad como la tormenta de ideas y el diagrama de Ishikawa, entre otros. Proponemos la realización de un ciclo PDCA mensual para cada proceso; implantación paralela del sistema de documentación y registro; optimización del software; análisis de indicadores y evaluación del cumplimiento de calidad.

Resultados: En la gestión de procesos asistenciales complejos como la rehabilitación psiquiátrica, en la que intervienen varios departamentos y agentes externos (familia, equipos de salud mental, recursos sociales), se valora como imprescindible la simplificación de los procesos e indicadores, la no duplicación de los registros, así como la automatización informática del análisis de indicadores. Se aportan los datos más relevantes de esta segunda fase de implantación, las modificaciones introducidas, los indicadores de calidad de los procesos, así como una valoración de las repercusiones en la percepción de la asistencia por parte de los usuarios.

Conclusiones: El incluir un sistema de trabajo de gestión por procesos y ciclos de mejora continua aportan una mejor organización del trabajo clínico-rehabilitador y optimización/eficiencia del trabajo en equipo.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA
P. Gómez Peral, P. González Setién, D. Morán Casado y C. Vidal Monfort
Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

C-194

Palabras clave: Formación continuada, Evaluación, Satisfacción.
Resumen: El Programa de Formación Continuada del Área de Enfermería pretende entroncar la demanda profesional con los objetivos y directrices institucionales. Se programan 15 acciones formativas específicas para enfermería y 11 multidisciplinares.

Objetivo: Evaluar la calidad del Programa de Formación Continuada.

Metodología: 1) Solicitud de acreditación a la Comisión Nacional de Acreditación de Formación Continuada. 2) Índice de asistencia: recogida de firmas; estándar: 75%. 3) Satisfacción: encuesta de elaboración propia, autoadministrada y anónima, con 11 ítems medidos en una escala (min. 1, max. 5); asistentes satisfechos o muy satisfechos: puntuación ≥ 4. El índice de satisfacción es una proporción entre la puntuación obtenida y la puntuación máxima posible; estándar: 75%

Resultados: Se programaron 26 Cursos, 328 horas docentes y 504 plazas. Se solicitó acreditación para 15 Cursos y se obtuvo para el 80%. El resto no son candidatos a acreditación por ser multidisciplinares. El índice de asistencia fue del 89% (D.E. 6,8); 2 Cursos no alcanzaron el estándar. El índice de satisfacción fue del 84% (D.E. 6,9); 1 Curso no alcanzó el estándar. Evaluación de cada ítem: el 98% refiere que los objetivos estaban claramente formulados; el 86% considera adecuada la estructura; el 53% considera adecuado el tiempo; el 89% considera adecuados los métodos docentes y el 75% los trabajos prácticos; el 79% considera útil y de interés la documentación facilitada; el 96% valora positivamente el trato recibido y el 95% al profesorado; el 90% considera útiles las enseñanzas recibidas; el 80% considera positivo haber utilizado su tiempo libre para formarse y el 88% refiere haber disfrutado mucho.

Conclusiones: 1) Los índices de asistencia y satisfacción indican que mayoritariamente el programa ha sido atractivo y satisfactorio. 2) La evaluación nos permite detectar aspectos que precisan mejorar. 3) Consideramos necesario desarrollar indicadores que permitan evaluar el impacto de la formación en la práctica diaria. 4) Las Acciones Formativas que se pueden desarrollar con los presupuestos asignados no cubren las necesidades ni la demanda profesional. 4) Sería deseable que la Comisión Nacional de Acreditación de Form Continuadas, se planteara la posibilidad de acreditar acciones formativas multidisciplinares y multiprofesionales.

EDIFICIO LIBRE DE HUMO MEDIANTE GRUPO DE MEJORA
M. Ballestin, J.R. Villalbí y J. Guix
Institut Municipal de Salut Pública.

C-196

Palabra clave: Espacios sin humo, grupo de mejora, consenso, tabaco.

Objetivo: Se planteó conseguir un edificio libre de humo, salvo en las zonas reservadas, mediante un proceso participativo.

Metodología: Orientada a la mejora mediante proceso participativo. Se realizó una encuesta a los empleados para conocer su opinión sobre el tabaco en el trabajo, para facilitar la puesta en marcha de un programa. Se crea un grupo de fumadores y no fumadores y se plantea trabajar sobre el consenso y una cultura de no fumar.

Resultados: Se distribuyeron cuestionarios entre los 98 empleados del edificio, con un 55,1% de respuestas. El 50% no fumadores; 24% exfumadores y 26% fumadores. El 50% de fumadores deseaba dejarlo pero necesitarían ayuda. El 63% afirma que se fuma en su área de trabajo y al 60,4% le molesta. Al 80,6% de los que afirman que se fuma en su área les gustaría que se prohibiera.

Con los resultados de opinión el grupo inicia las reuniones sin culpabilizaciones y de acuerdo con las leyes vigentes, en un clima de convivencia. Se editan folletos para informar a todo el personal. Tras cinco reuniones, se habían obtenido los siguientes avances: a) revisión y actualización de la señalización; b) dos espacios destinados a salas para fumar; c) se retiran los ceniceros excepto en las salas de fumadores; d) se facilita el tratamiento por especialistas, y tiempo (en horario laboral) para asistir a terapia y se cubre el coste de los fármacos (para quienes lo precisan); e) los responsables de cada servicio velan por el cumplimiento de la normativa.

Siete de los 14 fumadores han iniciado tratamiento. A los seis meses, dos han dejado de fumar, una ha sufrido una recaída y ha reiniciado el proceso y cuatro fuman.

Conclusiones: La creación del grupo ha facilitado llamar la atención sobre el problema del humo en el edificio. La presencia de fumadores y no fumadores ha favorecido el diálogo. Se ha percibido el cambio como un beneficio para todos (fumadores y no fumadores), con escasas resistencias a la limitación de espacios para fumar. La oferta de tratamiento ha ayudado a reducir resistencias.

MEJORA EN LA ACTITUD FRENTA AL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES TRAS UN PROGRAMA EDUCATIVO

P. García Martínez, J. Sánchez Nieto, A. Carrillo Alcaraz, A. Fernández Fernández y E. López López
Hospital Morales Meseguer, Unidad de Investigación.

C-197**Palabra clave:** Tabaquismo, adolescentes, educación.

Objetivos: Valorar el impacto de un programa educativo en las actitudes y consumo de tabaco de los adolescentes entre 12 y 14 años, del Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) Los Cantos de Bullas.

Metodología: Ensayo con grupo de estudio (GE) (154 alumnos) y grupo control (GC) (68) aleatorizado por conglomerados uniformes. Diseño metodológico según el desarrollo de un ciclo de mejora de calidad: detección de oportunidad de mejora (actitudes y consumo de tabaco en adolescentes), análisis del problema (cuestionarios autoadministrados, validados FRISC), aplicación durante tres meses de medidas de intervención: programa educativo modificado de prevención de tabaquismo (PET-M), diseñado y aplicado por profesionales sanitarios y docentes y (Re)evaluación (cuestionarios FRISC) transcurridos nueve meses desde la conclusión del PET-M. Se evalúan las actitudes y consumo de tabaco de todos los alumnos (215) con la encuesta FRISC. Aleatorización por conglomerados: GC y GE Intervalo de confianza 95%, error 5% y proporción 50%.

Resultados: La intervención con el PET-M transcurridos nueve meses solo logra una mejora significativa en el GE en el ítem: el tabaco es malo para la salud 13 v 3 ($p = 0,006$), casi todas las personas mayores fuman 108 v 81 ($p = 0,001$). En el ítem fumas a diario en el GE se pasa de 10,9% a 16,7% de fumadores mientras que el GC de 9% a 20,4%.

Conclusiones: Existe una tendencia en ambos grupos, GE y GC, al empeoramiento en la percepción y actitud en relación con el tabaco que no se ve modificada por el PET-M en la medición realizada a los nueve meses de concluido el programa. Sin embargo existe una disminución del consumo diario en el grupo que recibió el PET-M.

ESTRATEGIA Y HERRAMIENTAS DE CAMBIO EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA

J. Guix Oliver, J.R. Villalbi Hereter, J.M. Armengou Iglesias, A. Plasencia Taradach., X. Llebaria y L. Torralba Novella

C-198**Palabra clave:** Cambio, EFQM, Balanced Scorecard, comunicación.

Introducción: El IMSP, es el organismo responsable de la gestión de la salud pública y drogodependencias en la ciudad de Barcelona, y tiene un reconocido prestigio en el terreno de la investigación y la docencia. Ante su conversión en Agencia de Salud Pública, con la integración de recursos y competencias del Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya, su Comité de Dirección (CD) decide analizar su situación de partida y los retos que le comporta el futuro.

Objetivos: Evaluar nuestra situación inicial, implantar una estrategia de cambio, y evaluar sus resultados a los dos años.

Método: Durante el año 2000 se efectúa un análisis de la organización, mediante DAFO y evaluación EFQM por encuesta estandarizada, constatando dificultades en la comunicación interna, satisfacción de los profesionales, medios de comunicación, y cultura de cliente. A partir de estos resultados, el CD se constituye en motor del cambio, procediendo a la definición de la visión, y planteando cuatro ejes estratégicos básicos: transparencia, participación, eficiencia y capacidad de respuesta. Como herramientas para implementar estas líneas se elabora participativamente, a diversos niveles, un Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) como útil de clarificación de objetivos compartidos, alineados con la misión, visión y estrategia de la organización. Se elabora un Plan de Comunicación, discutido a través de un equipo multidisciplinar, y se crean las unidades de Comunicación y de Calidad. Se inicia un replanteamiento de actuación hacia los medios de comunicación y la población, dirigido a transmitir confianza y accesibilidad, que son puestos a prueba con buenos resultados en diversas crisis de salud. Se implementan grupos de trabajo, procesos de comunicación en cascada, circuitos de participación, etc. Se explicita el catálogo de productos y la cartera de clientes. Se mejora la actuación a nivel comunitario, y por último, se implanta un Plan de Desarrollo de Habilidades para todos los responsables.

Resultados: A inicios del 2002 se revisa el DAFO constatando mejoras en las amenazas y debilidades. Una nueva evaluación EFQM objetiviza mejoras francas en todos los criterios.

Conclusiones: La estrategia basada en la transparencia y la comunicación permite gestionar adecuadamente un proceso de cambio y mejora de la organización.

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS REPARACIONES DE AVERÍAS EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.I. Fernández Martínez, M.D. Bernabé Segura, I. Martínez Ruiz, F.J. López García e I. Anza Aguirreabala
Gerencia de A.P. de Lorca.

C-199**Palabra clave:** Gerencia de Atención Primaria, Centro de Salud, Gestión de Servicios Internos, Mantenimiento.

Introducción: En los centros asistenciales (CA) de Atención Primaria (AP) se generan multitud de averías que dificultan la prestación de servicios sanitarios de calidad. La calidad de la prestación de los servicios de reparación está en relación con su rapidez, eficacia y coste. Para la gestión de cada avería existe entre los CA y la Gerencia de AP (GAP) un circuito administrativo basado en la cumplimentación de un parte de avería que a la finalización del proceso queda archivado. Su análisis permite la evaluación de la calidad de los servicios de averías pero la calidad de la información contenida en los partes no lo permite.

Objetivos: Evaluar y mejorar la calidad de la cumplimentación de los partes de avería.

Metodología: Se analiza el problema mediante un diagrama de causa efecto y se definen cinco criterios de calidad, "c1" consta "identificación de centro y problema", "c2" consta "evaluación y plan de trabajo", "c3" consta "informe técnico previo", "c4" consta "informe final", "c5" consta "recepción y visto bueno", especificando aclaraciones y excepciones para cada uno. La fuente de datos ha sido el registro de averías de la GAP de Lorca y el marco muestral los partes de las averías notificadas durante el año 2001 (universo de 350). Se han seleccionado 80 casos (para una precisión del 10% y una confianza del 95%), mediante muestreo sistemático aleatorio. La dimensión estudiada es científico-técnica y la evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

Resultados: Los cumplimientos han sido del 79,73% para "c1", 55,41% para "c2", 26,09% para "c3", 7,35% para "c4" y 10,14% para "c5". Los incumplimientos han sido 15 para "c1", 33 para "c2", 51 para "c3", 63 para "c4" y 62 para "c5". Los criterios 4 y 5 acumulan el 55,8% de los incumplimientos, y los criterios 3, 4 y 5 el 78,57%.

Conclusiones: Las deficiencias más relevantes son las referidas a la información sobre la reparación y la recepción por el centro del material reparado. Las medidas correctoras deben identificar responsables, recursos, suministradores y procedimientos para la reparación de averías, y clarificar cómo realizar la cumplimentación del parte a lo largo de todo el procedimiento.

IMPLEMENTACIÓN CRITERIOS DE CALIDAD POLÍTICA DE COMPRAS MATERIAL SANITARIO ENFERMERÍA

M.C. Castillo Gómez

C-200**Palabras clave:** Conocimiento, Evaluación, Producto.**Objetivo:** Mejorar el conocimiento y características de los productos.

Creación de un catálogo valorado por los profesionales que sirva de apoyo y consulta.

Material y método: Estudio cualitativo - cuantitativo dirigido a todo producto sanitario que puede ser objeto de adquisición y posterior consumo en el centro. Período de estudio del 01-05-01 al 31-05-02. Como instrumento de medida se diseñó una hoja de registro de valoración. La dimensión a evaluar es todo producto que llega al hospital para ser probado. La Unidad de Calidad censa todos los productos que se utilizan en el centro, centralizando la política de compras comprobando la calidad técnica de dichas muestras y el grado de satisfacción, de esta manera el hospital sabe en todo momento qué productos se están valorando.

Desarrollo: Sistématica de trabajo basada en mejorar las condiciones de uso y características. Se diseña hoja evaluación material para todos los productos. Dicha hoja consta de dos apartados:

Primero:

Filiación producto

- Normas uso

- Características

Segundo:

- Ventajas

- Inconvenientes

- ¿Aporta algo nuevo?

- Valoración (Optimo, bueno, suficiente y deficiente)

Todas las muestras se reciben en la Unidad de Calidad, se apertura la hoja de evaluación rellenando el primer apartado y posteriormente se reparten las muestras con su hoja de evaluación a las Unidades implicadas.

Este material es probado-evaluado por los profesionales y el supervisor de la unidad cumplimenta el segundo apartado de dicha hoja.

Una vez cumplimentada, se remite a la Unidad de Calidad donde se analiza la información que es utilizada al realizar los informes técnicos de adquisición de productos

Resultados:

Optimo 15 productos

Bueno 23 productos

Suficiente 21 productos

Deficiente 37 productos

Total. 96 productos

¿Aportan algo nuevo? 10 productos

Conclusiones: La hoja se define claramente como una medida eficaz en la política de compras. Los criterios de inclusión-exclusión de un producto en el centro estarán marcados por la valoración obtenida.

Implicación profesional en política compras.

Tener normas de uso, se rentabiliza dicho producto.

Al estar censadas las muestras se evita su pérdida.

LABORATORIOS. DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA FASE PREANALÍTICA

G. Secadas Barros, F. Guerrero García, I. Zabala Gastañares, J. Padrino Gandía, T Sánchez Salces, P. Gómez Peral, Laboratorios y Área de Formación y Calidad.
Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

Palabras clave: Laboratorios, Evaluación, Fase Preanalítica, Mejora de la Calidad.

Introducción: Los Laboratorios del H.U.M.V. realizan anualmente 4.344.260 (2001) determinaciones analíticas. Nuestros clientes: Unidades de Hospitalización, Consultas Externas de Atención Especializada, Área 1 de Salud de la Comunidad de Cantabria y pruebas especiales de toda la Comunidad. El Programa de Mejora de la Calidad de la fase preanalítica iniciado el año 2000 contempla: 1º. Elaboración-difusión del Catálogo de determinaciones con instrucciones técnicas, 2º. Formación Continuada, 3º. Evaluación de la Calidad de muestras y volantes.

Objetivos: Evaluar la Calidad de muestras y volantes recibidos. Detectar áreas de mejora.

Metodología: Valoración de la totalidad de muestras y volantes recibidos en un periodo de 5 días laborales, excluyendo solicitudes urgentes. Elaboración de hoja de recogida de datos contenido los criterios de calidad de muestras y cumplimentación de volantes. Las Supervisoras de los Laboratorios son las encargadas de recoger los datos. Los resultados se expresan en frecuencias relativas. Cada volante se considera un paciente. A cada volante le puede corresponder una o varias muestras, en relación a las determinaciones solicitadas.

Resultados: Se recibieron 9.484 pacientes. Se contabilizaron 1.206 errores, frecuencia relativa (fr) 12,68%, de los cuales, 1.010 fr 10,64% corresponden a errores del volante y 196 fr 2,06% a las muestras. Procedencia: 549 fr 45,52% Atención Primaria, 387 fr 32,08% Consultas Externas y 270 fr 22,38% a Unidades de Hospitalización. De los 1.010 errores contabilizados en los volantes, el 28,41% corresponden a identificación, 12,27% al diagnóstico, 10,49% a volante inadecuado, el 9,50% no están firmadas, el 4,85% no consta la edad y en 4,45% falta el destino. El 18,61% de los errores corresponden al mismo Laboratorio y la ausencia del peso supone más del 50% de estos errores. De los 196 errores de la muestra, el 54% son muestras no adecuadas (hemolizadas, contaminadas, cantidad insuficiente), el 25,5% contenedores inadecuados y el 20,40% errores en la identificación.

Conclusiones: La fase preanalítica es el eslabón débil. Valoramos elevado el porcentaje de error (en relación a la literatura), con repercusión en el paciente, el personal y el coste. Acciones de mejora: difusión de resultados y trabajo grupal con los clientes, refuerzo de la formación y reevaluación.

C-201

¿CÓMO INFLUIR EN LA DEMORA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?. LA IMPORTANCIA DE LOS PEQUEÑOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS

R. Martínez Marín, P. Gismero Menoyo, C. Sánchez Marcos, J. Iniesta Alcázar, E. Abad Corpa y A. Giménez Bascuñana
Hospital Morales Meseguer, S. Anatomía Patológica.

Palabras clave: Pruebas diagnósticas, patología, biopsia, servicios centrales, tiempos de demora, optimización, proceso.

Antecedentes y objetivos: Entre los indicadores de calidad utilizados en la valoración de un Servicio de Patología se encuentra la demora media en la emisión del informe anatomicopatológico definitivo. Este es, por otra parte, uno de los aspectos más valorados por el resto de Servicios hospitalarios, que se consideran "usuarios" o clientes internos. Esta demora se ve influenciada por numerosos factores, no siempre modificables, entre los que probablemente se encuentra una correcta organización de alguno de los múltiples pasos intermedios que transcurren entre la recepción de una muestra, su procesamiento y la presentación de los portaobjetos al patólogo responsable del diagnóstico final. Este tiempo intermedio, que hemos denominado "Tiempo medio de entrega" (TME) fue el objeto de nuestro interés en el estudio.

Metodología: El TME se definió por el tiempo medio transcurrido desde la finalización del procesamiento automático de tejidos hasta la presentación de los portaobjetos al patólogo. Se efectuó una evaluación del mismo durante un periodo de 2 meses. Tras ello se aplicaron las medidas correctoras siguientes: a) Etiquetado de portaobjetos simultánea a la realización del examen macroscópico de las muestras (durante la primera evaluación esta actividad se realizaba con posterioridad). b) Corte (microtomo) de forma ordenada, por patólogo y número de referencia de la muestra (durante la primera evaluación esta actividad se realizaba de modo aleatorio). Posteriormente se realizó una nueva estimación del TME durante un periodo equivalente.

Resultados: A pesar de que la carga de trabajo soportada por el Servicio se incrementó durante el segundo periodo de evaluación (3.252 biopsias; 116,1/día laboral) con respecto al periodo inicial (2.170 biopsias; 77,5/día laboral), se constató una disminución del TME del 72% (25 horas vs. 7 horas).

Conclusiones: El acortamiento del TME tiene como consecuencia inmediata la disponibilidad, por parte del patólogo responsable, de las preparaciones histológicas 1 día antes para su diagnóstico, con una previsible disminución en los tiempos de demora globales del Servicio. El transcurrir de una muestra por el Servicio de Patología es un proceso complejo, con múltiples fases intermedias. En ocasiones, pequeños cambios introducidos en este proceso pueden tener un efecto sorprendente en el resultado final.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

I. Lanzeta Vicente, E. Martínez Ochoa, J. Vidán Alli, J. Chamorro Camazón, M.C. Mateo Valencia y P. Arina Elorza
Hospital Virgen del Camino, S. Medicina Preventiva.

Palabras clave: Calidad, Esterilización.

Introducción: El control de calidad en esterilización se realiza verificando el cumplimiento de lo planificado, mediante criterios que digan lo que hay que hacer e indicadores que midan los criterios.

Objetivos:

- Evaluar la calidad de la Central de esterilización respecto a los estándares definidos por la literatura
- Definir estándares propios de calidad de la Central de esterilización
- Valorar la disminución en la utilización de Óxido de Etileno con la introducción de un nuevo sistema de esterilización en frío en octubre de 2001

Metodología: Desde el año 2001 el Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalarias, a partir de los datos de actividad de la Central de Esterilización evalúa el seguimiento de la mejora continua de calidad en dicha Central.

Indicadores de calidad con estándares definidos por la literatura:

- Preparación previa de material y equipos médicos a esterilizar: estándar < 1%
- Efectividad vapor, Óxido de Etileno y Plasma Gas: estándar 100%

Indicadores para los que proponemos estándares propios según la mediana de las determinaciones efectuadas desde enero de 2001:

- Efectividad
- Carga Vapor
- Carga Óxido de Etileno
- Carga Plasma Gas
- Indicadores biológicos

Resultados: Los indicadores de calidad de la Central de Esterilización son los siguientes:

- Preparación: Todos < 1%
- Efectividad Vapor: 100%, excepto febrero de 2001 (99,80%)
- Efectividad Óxido de Etileno: 100%, excepto febrero (90,91%) y septiembre de 2001 (96,30%)
- Efectividad Plasma Gas: 100%, excepto octubre (86%) y diciembre de 2001 (83,67%)
- Efectividad: Mediana: 2,23% (Rango: 0,60-7,25%)
- Carga Vapor: Mediana: 37,39% (Rango: 33,53-46,55%)
- Carga Óxido de Etileno: Mediana: 2,12% (Rango: 0,07-2,80%)
- Carga Plasma Gas: Mediana: 3,93% (Rango: 3,11-5,09%)
- Indicadores biológicos: Mediana: 43,03% (Rango: 37,11-49,01%)

Conclusiones: Los indicadores de calidad se encuentran dentro de los estándares definidos por la literatura.

- Para aquellos indicadores sin estándar definido la utilización de la mediana puede ser un método válido de definición de estándares propios.

- La introducción del Plasma Gas ha disminuido de forma importante la utilización de Óxido de Etileno, lo que contribuye a la calidad de la Central por la disminución de los riesgos laborales y, con ello, el aumento de la satisfacción de los trabajadores.

C-202

GESTIÓN DE LA IMAGEN DIGITAL EN RADIOLOGÍA: EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS

M.T. Martínez-Berganza Asensio, F. Escolar Castellón, J.A. Garbayo Sánchez, A. Alduán Chívite, J.A. Tantos Montejano y M. Orta Álava
Hospital Reina Sofía

Palabra clave: Radiología, historia clínica informatizada, DICOM, PACS, RIS, imagen digital.

Objetivo: Integrar la imagen en la Historia clínica Informatizada ofreciendo una mejor accesibilidad a estas imágenes reduciendo las demoras en la captura y archivo, así como una mayor calidad de las mismas.

Material y método: Se ideó un sistema de gestión de imágenes, aprovechando las características de los ecógrafos y la TAC, que se integra totalmente con la historia clínica electrónica. El estándar de comunicación adoptado fue DICOM. Los generadores de imágenes son: una TAC (GE) con su estación de trabajo asociada y 2 ecógrafos (Toshiba y GE). Estos aparatos junto con una impresora digital fueron conectados formando una "red de imagen DICOM" con su propio "switch" que la aisla de la red corporativa existente en el hospital.

Resultados: El servidor de imagen DICOM está conectado a las dos redes de forma independiente, siendo el encargado de conectarlas, recibe las imágenes DICOM que le envían los aparatos de radiología mediante el programa Radworks de GE que almacena y distribuye dichas imágenes. Las estaciones de trabajo actúan de clientes mediante el programa E-Film. Desde el punto de vista operativo, se actúa a través de la Historia Clínica Electrónica. La captura de imagen se limita a la pulsación de un único botón desde el propio aparato, en tiempo real, sin demoras. Igualmente en la TAC y la estación de procesado de imagen la captura de imágenes se hace mediante un único comando. Mediante el programa E-Film que solicita las imágenes al servidor DICOM. Se accede las imágenes del sujeto seleccionado, pudiendo ser procesadas de forma semejante a la de cualquier aplicación de procesado de imágenes existente en el mercado. Las imágenes que quedan ligadas directamente a la HCE, lo hacen en formato JPEG sufren alguna perdida, que las convierte en solo informativas. Permaneciendo las imágenes diagnósticas en el servidor DICOM.

Conclusión: Sobre una base de historia clínica electrónica existente, es posible la integración de la imagen en la misma, de una forma sencilla, aprovechando las propias características de los aparatos usados. Se percibió una mayor rapidez al realizar la exploración Mayor eficiencia que los métodos tradicionales (multiformato) en el manejo de las imágenes.

C-203

**APLICACIÓN DE CICLOS DE MEJORA EN EL ÁREA LOGÍSTICA:
SALIDAS DE EMERGENCIA LIBRES DE OBSTÁCULOS**

J. Martín Pérez, A. Revuelto López, M. Valtueña López y
Caballero Agreda
Hospital Universitario Miguel Servet.

C-205

Palabra clave: Seguridad, calidad en gestión, ciclos de mejora.

Introducción: Hemos de manejar la seguridad como herramienta de trabajo, imprescindible para proporcionar la confianza necesaria para llevar a cabo el reto que supone el control de un gran Hospital. En el Hospital Universitario Miguel Servet, históricamente las salidas de emergencia, eran utilizadas como almacenes de material. En 1999 con la implantación del Plan de Emergencia, se vio la necesidad de mantener libres dichas salidas y se creó un marco de actuaciones alcanzar esta meta.

Objeto: Mantener libres de obstáculos las salidas de emergencia del hospital.

Metodología: Se planificaron las siguientes 7 actividades, asignando responsables a cada una, cronograma y seguimiento.

Actividades: Elaboración de impresos, revisiones trimestrales, retirada de objetos encontrados, Informatización de los datos, Información a responsables y trabajadores, Seguimiento y análisis de problemas, evaluación anual.

Resultados: En el H.U.M.S. existen 86 salidas de emergencia. Se realizaron 12 revisiones a lo largo del periodo 1999-2001. De una situación inicial de un 19,57% de salidas con Obstáculos se ha llegado a llegar a obtener un resultado de 0,0% en la última revisión de 2001.

Conclusiones:

La aplicación de los ciclos de mejora continua combinados con la monitorización de indicadores permite controlar y mejorar aspectos clave de seguridad en el ámbito hospitalario. El trabajo en equipo y coordinación de los distintos grupos profesionales implicados se ha confirmado como elemento clave para la mejora de los resultados.

MESA 23

Gestión por procesos: ámbito específico

Sala Bardenas-Belagua
Jueves 10, 18:30-20:30

**DEFINICIÓN DEL MAPA DE PROCESOS EN UNA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

F. Lacoma Lanuza, S. Lorenzo Martínez, S. Temprano Vázquez,
J.C. Sánchez García, C. San Emeterio Pérez y A. Algara Weber
Unidad de Cuidados Críticos; Fundación Hospital Al

C-206

Palabra clave: Gestión de procesos, UCI.

Introducción: La calidad en Medicina Intensiva se evalúa habitualmente por la efectividad y, en menor medida, la eficiencia de sus actuaciones. Buscar la calidad total exige incorporar las expectativas y satisfacción de los clientes. La Gestión de Procesos, parte fundamental de la Gestión de la Calidad Total, persigue que sean progresivamente más efectivos, eficientes y adaptados a las necesidades y expectativas de los clientes mediante su mejora continua y permanente. A pesar de su potencia como herramienta de mejora, su empleo en Medicina Intensiva ha sido anecdótico salvo por la utilización de vías clínicas en procesos muy estructurados.

Objetivos: Definir el mapa de procesos de la UCI de la Fundación Hospital Alcorcón (FHA) y planificar uno de los procesos operativos identificados.

Metodología: *Ámbito:* UCI, con 12 camas y 500 ingresos anuales, de un hospital de segundo nivel del Instituto Madrileño de la Salud. *Método:* Mediante consenso del personal facultativo y de enfermería de la UCI: elaboración del mapa de procesos de la Unidad; selección, según criterio principal de prevalencia, de un proceso operativo y su planificación, que nos permitirá aplicar el método PDCA de mejora continua.

Resultados: Se ha elaborado el mapa de procesos de la UCI de la FHA diferenciando procesos operativos, de apoyo y estratégicos. Se ha seleccionado el proceso "asistencia al paciente ingresado en UCI con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio". En su diseño se han incluido: definición funcional y límites; identificación y funciones del propietario; estructuración de las salidas, y definición de sus características de calidad, tras identificar a los clientes y sus necesidades; organización de las actividades mediante diagramas de flujo; y estructuración de las entradas y de los recursos necesarios. Por último, siguiendo criterios basados en la evidencia científica disponible y aceptados internacionalmente, definición de los indicadores para su monitorización, el origen de los datos necesarios para su construcción y la periodicidad de su evaluación.

Conclusiones: La gestión de procesos es una herramienta de gestión de la calidad aplicable en nuestra UCI. Permite identificar los procesos clave de nuestra actividad y planificarlos con criterios de efectividad, eficiencia y satisfacción de los clientes.

PROGRAMA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

R. Díaz Peral, A. Fernández Zulueta, M. Tejedor Fernández, J. Vergara Hernández, J. Marín Morales y F. Marín Puerto

C-207

Palabras clave: Calidad, Cirugía Mayor Ambulatoria, Gestión por procesos.

Objetivo: Diseño y aplicación de un Programa de Calidad en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).

Metodología: Constitución de un equipo de trabajo formado por Cirujano, Jefe de UCMA, Director de Calidad hospitalario, Supervisora de enfermería y Médicos (colaboradores externos). **Material:** un instrumento propio "ad hoc" para el Área hospitalaria de Valme (Sevilla), elaborado por el Director de Calidad, con algunas modificaciones. Realización de seis sesiones de trabajo conjunto. Nombramiento de un Coordinador de calidad en la UCMA (un cirujano de la citada unidad). Presentación del programa, y del Coordinador, a los profesionales de la UCMA.

Resultados: Documento donde quedaron reflejados los siguientes aspectos:

Misión de la UCMA.

Objetivos: general y específicos.

Clientes internos y externos.

Cartera de servicios.

Previsión de actividad anual.

Métodos de identificación de problemas: grupales (grupos focales, de mejora, comités), encuestas de satisfacción de profesionales y usuarios, opinión de profesionales, etc.

Métodos de análisis de las causas y de las posibles mejoras: parrilla de análisis, diagramas causa-efecto en espina de pescado, diagramas o análisis de flujos, gráficos de Pareto, etc.

Gestión por procesos: se incluyó este apartado para la adaptación al Plan de calidad andaluz, posteriormente, se evaluará la adherencia a los procesos, como auténticas guías de práctica clínica.

Evaluación: indicadores de calidad científico-asistencial (con selección de unos seis de periodicidad mensual, estimados clave). Evaluación semestral de historias clínicas. Monitorización del programa de calidad.

Gestión de cuidados y atención al paciente: aplicación de programa de calidad en Enfermería.

Gestión de recursos humanos: motivación e incentivación de profesionales.

Conclusiones: Fue posible la elaboración del Programa utilizando el modelo referido. Con él se ha definido el proceso asistencial, en general, de la UCMA y se han seleccionado unos métodos de mejora de la calidad aplicables en dicha unidad. Ha tenido una buena acogida por los profesionales. Se precisa un mayor nivel de desarrollo de determinados aspectos: tratamiento estadísticos de datos, plan operativo de la gestión por procesos, evaluación de la utilidad de indicadores seleccionados, etc.

IMPACTO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE DISPENSACIÓN SOBRE LA VARIABILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

C. Alerany Pardo, J. Monterde Junyent, M.D. Farrés Puig, M.C. Plaza Ruiz y M.T. Roca Arumi

C-209

Palabra clave: Protocolos, dispensación de medicamentos, variabilidad de la prescripción.

Resumen: La Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) de nuestro Hospital realiza unas 180 intervenciones semanales de Cirugía Mayor Ambulatoria, correspondientes a 8 especialidades diferentes realizadas por diferentes equipos dentro de la misma especialidad. Esto conlleva una importante variabilidad en la utilización de fármacos.

Objetivos: Disminuir la variabilidad del uso de medicamentos mediante la aplicación de protocolos por proceso, tanto terapéuticos como profilácticos. Favorecer, mediante la distribución de sets de medicación, el cumplimiento de los protocolos y detectar las posibles variaciones en la prescripción.

Metodología: Elaboración de protocolos: Un grupo de trabajo analizó los procesos quirúrgicos de la UCSI y elaboró los siguientes protocolos, adaptándolos a la realidad Unidad: preparación y tratamiento al alta de cirugía oftalmológica, manejo del paciente diabético, profilaxis antibiótica en cirugía (PAQ), profilaxis del tromboembolismo, tratamiento del dolor en la unidad de recuperación y al alta. Para asegurar el cumplimiento de los protocolos se implantaron las siguientes medidas: Estandarización de la medicación por proceso quirúrgico. Puesta en marcha de un sistema integrado de dispensación por sets de medicación. Informes pre impresos de alta.

Resultados: Se estudiaron 586 intervenciones quirúrgicas. Una vez puesto en marcha el sistema, el cumplimiento global de los protocolos pasó del 31,1% (51/164) al 83,2% (351/422). El análisis individualizado del cumplimiento de los protocolos revela que el porcentaje de PAQs correctas pasó del 49,1% (57/116) al 94,2% (258/274) y el coste de cada PAQ de 4,76 a 4,42?. La adecuación de los tratamientos postoperatorios en oftalmología pasó del 87,8% (36/41) al 99,2% (120/121) y el del tratamiento del dolor postoperatorio al alta del 41,1% (67/163) al 86,7% (366/422), incrementándose la pauta fija de prescripción del 62,6% (102/163) al 91,5% (386/422). El porcentaje de pacientes que no refirió dolor en casa pasó del 85,3% al 96,7%. En el primer cuatrimestre del 2002 el coste medio por procedimiento ha disminuido en un 27,6% respecto al mismo periodo del 2001.

Conclusiones: Ha disminuido la variabilidad de la prescripción en los diferentes procesos quirúrgicos y se ha mejorado la prescripción de fármacos. Ha mejorado la efectividad del tratamiento del dolor postoperatorio en el domicilio. Ha disminuido el gasto de fármacos por procedimiento quirúrgico.

ARQUITECTURA DE PROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON LA METODOLOGÍA IDEF (INTEGRATION DEFINITION FOR FUNCTION MODELING)

R. Díaz Peral, A. Fernández Zulueta, A. Arizti Bayón, M. Tejedor Fernández, J. Marín Morales y F. Marín Puerto

C-208

Palabras clave: Metodología IDEF, Cirugía Mayor Ambulatoria, Gestión de procesos.

Objetivo: Consiste en la utilización de la metodología IDEF para representar el proceso asistencial en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).

Metodología: Constitución de un equipo de trabajo formado por Cirujano, Jefe de UCMA, Director de Calidad hospitalario y Médico colaboradora externa, con cuatro sesiones de trabajo conjunto. Utilización de: metodología IDEF (*Integration Definition for Function Modeling*), Guía de diseño y mejora continua y Microsoft Power Point 97, para la realización de la representación gráfica. Reunión con los profesionales de la UCMA para la presentación y ajuste del proceso.

Resultados: Se representó la arquitectura Nivel 1 (modificando el modelo de caja IDEF de la guía) y el Nivel 3 (diagrama de flujo) del proceso asistencial en UCMA, en general. Se aporta la visión global de la asistencia al paciente, desde que éste la solicita (en domicilio, Centro de Salud, Servicio de Urgencias, etc.), pasando por los diversos proveedores actuantes (Consulta de Atención Primaria, Consultas externas hospitalarias, Consulta de UCMA, etc.) y su salida, en función de las diferentes opciones (desistimiento del paciente, solicitud de pruebas complementarias, informe de alta, etc.). En su confección se delimitaron todos los pasos seguidos para la realización de las actividades y los diversos elementos que intervienen (¿quién?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿con qué recursos?). El análisis de la información recopilada permitió estudiar la posibilidad de simplificar o eliminar actividades sin valor añadido o variabilidad en la práctica asistencial y valorar la adecuación de los recursos consumidos. Con la simple visualización global del proceso se identificaron áreas de mejora, como puede comprobarse en los gráficos realizados.

Conclusiones: La representación gráfica del proceso asistencial mediante el método IDEF es una herramienta útil para visualizar, analizar y mejorar el flujo de trabajo y permite, a simple vista, identificar áreas de mejora, en UCMA. El propio trabajo de diseño de los gráficos provocó la incorporación de modificaciones en el proceso asistencial, mejorando su eficiencia.

COSTE BASADO EN ACTIVIDADES (ABC) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

F. Lacoma Lanuza, A. Algara Weber, R. Ruiz de Luna González, P. Matilla Matilla, C. Sánchez Bermejo y S. Lorenzo Martínez
Unidad de Cuidados Críticos; Fundación Hospital Al

C-210

Palabra clave: Gestión de procesos, ABC, Infarto Agudo de Miocardio (IAM), UCI.

Introducción: En la UCI, sin una metodología uniforme para calcular los costes, resulta difícil utilizar la eficiencia como criterio de calidad. El método ABC, relacionando costes y actividades realizadas, permite identificar aquellas que no aportan valor al proceso favoreciendo una mejor gestión de los recursos disponibles.

Objetivos: Determinar el coste del proceso "asistencia al paciente ingresado en UCI con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)" utilizando el método ABC y valorar su utilidad en el cálculo de costes en la UCI.

Metodología: **Ámbito:** UCI de 12 camas en un hospital de segundo nivel del Instituto Madrileño de la Salud. El año 2001 hubo 515 ingresos (3110 estancias; EM: 6 días) con diagnóstico al alta de IAM en 111 casos (EM: 4 días) de los que el 31% recibieron tratamiento fibrinolítico. **Método:** Se ha definido un proceso tipo (paciente diagnosticado de IAM, sin complicaciones, tratado con fibrinolíticos y EM de 4 días) y las actividades que lo componen. Los costes directos se han obtenido revisando varios casos representativos del proceso tipo en nuestro sistema de información clínica (CareVue) y se han identificado los generadores de coste utilizados para asignar los costes indirectos.

Resultados: Han podido identificarse como directos únicamente los costes de farmacia, material fungible y pruebas complementarias, respectivamente el 27,7; 0,7 y 8,3% de los costes totales. Los costes de estructura, amortización de equipos y gestión del área, 11% de los costes totales del proceso, se han asignado usando la estancia como generador de coste. Los costes de personal (52% del total) han debido considerarse como indirectos y se han asignado en base a la estancia. Según este método, el coste total del proceso es 3.812,61 euros.

Conclusiones: El ABC permite describir los costes tanto en pacientes concretos como en procesos homogéneos. Su principal limitación en nuestra UCI es la necesidad de considerar los costes de personal como indirectos por la imposibilidad, con la información disponible, de asignarlos a actividades específicas usando el tiempo como generador de coste. Su utilidad como herramienta de gestión en UCI dependerá del grado de identificación de costes directos en relación con actividades específicas.

GESTIÓN POR PROCESOS: CONDICIÓN NECESARIA QUE CONTRIBUYE A ESTABLECER ELEMENTOS BÁSICOS PARA UNA GESTIÓN DE CALIDAD

I. Vicente Martínez, P. Baeza Sánchez y V. Muñoz Benavides
Dirección de Calidad, Hospital Clínico de la Pontif

Palabras clave: Gestión de Procesos, Gestión de Calidad.

La aplicación del Plan de Calidad en el HCPUC, es un proceso continuo de ajuste, rectificación y mejora a partir de la retroalimentación obtenida de los indicadores y sistemas de evaluación.

Un estudio para determinar los errores por administración de medicamentos a través del método de la observación arrojó los siguientes resultados:

Nº Observaciones	4.619
Nº Errores producidos con lesión paciente	0
Nº Registros Omitidos o Medicamentos no Administrados	439
Medicamento suspendido con Registro de Administración	15
Errores de Dosis en Registro	10
Devoluciones de Medicamentos por no corresponder a solicitudes	25

Con esta base utilizamos la gestión por procesos como un elemento necesario, para establecer las condiciones básicas para una gestión de calidad en el proceso de administración de medicamentos.

Objetivo: Rediseñar el proceso de administración de medicamentos, a fin de obtener una forma más efectiva y sistemática de gestión.

Metodología: Se elabora una ficha de recolección de datos basada en los tipos de errores definida por la American Society of Hospital Pharmacy para determinar el nivel de error en la administración de medicamentos y se determinan las causas más importantes que contribuyen a la generación de problemas y como consecuencia el error. Se estudia el proceso de administración de medicamentos en cuanto a su definición funcional, límites, destinatarios y expectativas, su descomposición funcional y flujos de actividades sus características de calidad y medidas de efectividad y eficiencia.

Resultados: El rediseño del proceso de administración de medicamentos, incorpora tecnología de información para su ejecución y apoyo e incluye a todas las áreas involucradas. Evita errores por transcripción, reduciendo de esta forma el envío de medicamentos distintos a los solicitados. Facilita la coordinación entre las distintas funciones que lo integran. Permite la supervisión de la correcta administración por paciente. La solicitud de medicamentos es obtenida en tiempo real, disminuyendo así la concentración de solicitudes y tiempos entre solicitud y despacho. Permite el envío inmediato de la solicitud de medicamentos no incluidos en arsenal, a farmacias con convenio para su pronto despacho.

Conclusiones: La gestión por Procesos, implica la realización de un inventario que permite identificar aquellos claves para la consecución de los objetivos y establece condiciones básicas para una gestión de calidad.

C-211

INDICADORES DE PROCESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

F. Lacoma Lanuza, S. Temprano Vázquez, R. Ruiz de Luna González, M. Pastor Armendariz, S. Pérez Pérez y S. Lorenzo Martínez
Unidad de Cuidados Críticos; Fundación Hospital Al

Palabra clave: Infarto agudo de miocardio (IAM), Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), indicadores, Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JC).

Introducción: La efectividad de la atención al paciente con IAM suele valorarse mediante indicadores de proceso que, en nuestro medio, se limitan a los relacionados con el tratamiento fibrinolítico. Existen otras medidas terapéuticas que también reducen el riesgo de muerte o de sufrir nuevos eventos coronarios y cuya utilización apropiada es usada por la JCAHO como criterio de calidad para la acreditación de centros sanitarios (sistema Oryx®).

Objetivos: Establecer la situación previa a la puesta en marcha del proceso "atención al paciente ingresado en UCI con diagnóstico de IAM" en la UCI de la Fundación Hospital Alcorcón, utilizando indicadores clave del sistema Oryx® de la JCAHO, e identificar potenciales áreas de mejora.

Metodología: Ámbito: UCI polivalente de 12 camas de un hospital de segundo nivel del Instituto Madrileño de la Salud. Método: Análisis retrospectivo de los 111 pacientes dados de alta durante 2001 con diagnóstico de IAM mediante revisión de historia clínica informatizada (HP-Doctor®), gestor de peticiones (GPC®) y base de datos ARIAM. Se han calculado los siguientes indicadores: tasas de utilización de aspirina y betabloqueantes en las primeras 24 horas de ingreso; tasa de utilización, al alta de UCI, de IECA en pacientes con fracción de eyeción del ventrículo izquierdo (FEVI) < 40%; tasa de solicitud de LDL-colesterol durante la estancia en UCI, y tasa de utilización de estatinas en pacientes con LDL-colesterol > 100 mg/dl. Estos indicadores identifican candidatos óptimos para recibir un determinado tratamiento y su estándar de cumplimiento debe ser 100%.

Resultados: Durante el año 2001, en nuestra UCI, la administración de aspirina y betabloqueantes en las primeras 24 horas de ingreso fue 100% y 66%, respectivamente; la utilización de IECA al alta en caso de FEVI < 40%, 89%; la determinación de LDL-colesterol durante la estancia en UCI, 53%; y la administración de estatinas en caso de LDL-colesterol > 100 mg/dl, 29%.

Conclusiones: Aplicar los indicadores de proceso descritos nos ha permitido conocer nuestra situación actual respecto al uso de algunas terapéuticas relevantes en el IAM e identificar como áreas de mejora prioritarias la utilización de betabloqueantes y estatinas y la determinación de LDL-colesterol.

C-213

TRAZABILIDAD EN LA GESTIÓN DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN EN EL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE VALENCIA

L. Segarra Castelló y C. López Almazán
Hospital Arnau de Vilanova, Subdirección Médica.

Palabra clave: Trazabilidad. Gestión de Procesos. Esterilización. Calidad.

Objeto: Diseñar un sistema de información que recoja todos los parámetros necesarios para garantizar la liberación paramétrica del material esterilizado, dicha información se une a los datos de la persona en la que se utiliza el material, permitiendo una trazabilidad total.

Método: Definimos la esterilización como el proceso que comienza cuando el material está sucio y finaliza cuando el material estéril es usado. Este proceso involucra a las áreas de esterilización y quirófanos y diferentes estamentos. Se ha diseñado una base de datos que recoge toda la información.

Resultados: Podemos recuperar toda la información de los procesos de esterilización y asociarla a cada enfermo. Así, cumplimos la norma UNE-EN-ISO 14937 y el RD 414/1996 y podremos demostrar si en el proceso de esterilización se han dado las condiciones exigibles. En controles biológicos con resultado positivo, nos permitirá localizar el material mal esterilizado e identificar a todos los enfermos en los que se hubiera empleado éste. El sistema permite establecer costes por actividad (ABC), controlar existencias de material, generar informes con la periodicidad deseada e incluso discriminar el motivo y la frecuencia de averías, dado que la máquina no sólo ofrece información de parámetros esenciales, sino también otros parámetros internos que se emiten y vuelcan cada segundo. El sistema comenzó a funcionar hace doce meses y estamos finalizando la última etapa, que consiste en el volcado de los parámetros de la termodesinfectora y de las máquinas de plasma gas. El hospital, debido a su política de eliminación de riesgos (Criterios 1 y 2 EFQM), para el enfermo, para el trabajador y para el medio ambiente (Criterios 6, 7 y 8 EFQM, respectivamente), ha diseñado una estrategia de eliminación paulatina del Óxido de Etíleno.

Conclusiones: Es el primer soporte de trazabilidad integrada, mediante código de barras con etiquetas que soporan elevadas temperaturas y compatibles con el sistema Sterrad. Se consigue trazabilidad total, dando cumplimiento a la norma ISO 14937 y permitiendo la liberación paramétrica del material quirúrgico.

C-212

DEL GRUPO DE MEJORA A LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN PASO ADELANTE

C. Mompó i Avilés y N. Alós Anguera

Palabra clave: Procesos, grupo de mejora, alimentación.

Objetivo: Describir la aplicación de la metodología de gestión por procesos (GPP) en un área, la gestión de la alimentación de los pacientes, en la que se trabajó previamente con un grupo de mejora (GM) multidisciplinario.

Metodología: Se escogió este proceso por su amplia repercusión en el Hospital y por haber sido objeto hasta ese momento del trabajo de un GM. Se nombró una propietaria del proceso (la dietista del Hospital) y un equipo de soporte a la implantación de la GPP. Se aplicó la metodología de GPP definiendo la misión del proceso, los indicadores de gestión, las relaciones cliente-proveedor y el análisis DAFO (ayudas, barreras, puntos fuertes y áreas de mejora). Se seleccionaron varias áreas de mejora, de las cuales se realizó un análisis causa-efecto.

Resultados: Se ha definido la misión del proceso, los elementos del entorno directamente relacionados y 15 indicadores de gestión (10 disponibles y el resto factibles en un corto período de tiempo). Se han analizado 3 áreas de mejora y se han establecido 10 acciones de mejora para un período temporal de 6 meses.

Conclusiones:

Áreas de mejora:

Facilitar la comprensión del vocabulario y la metodología a los propietarios, independientemente de su nivel de formación académica.

Profundizar en la formación de técnicas de análisis de problemas y mejora continua.

Mejorar la gestión del tiempo de los propietarios para compatibilizar esta actividad con la suya habitual.

Puntos fuertes:

Ánalisis previo realizado en el grupo de mejora: ha servido como base para describir la misión del proceso, establecer indicadores de gestión, realizar la matriz DAFO y realizar el análisis causa-efecto de algunas áreas de mejora.

Trabajo coordinado entre el propietario, los directivos directamente relacionados con el proceso y el equipo de soporte a la implantación: facilita la puesta en control y evaluación del proceso, y el establecimiento de acciones de mejora.

La metodología de gestión por procesos permite al propietario la formulación explícita y estructurada de la razón de ser del proceso en el que trabaja, es decir, de su actividad diaria, así como de las relaciones existentes con otros procesos.

C-214

LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE CALIDAD Y LOS INFORMES DE ALTA

V. Ureña Vilardell y M.A. Sánchez Molano
Hospital Ramón y Cajal, Unidad de Calidad.

Palabra clave: Informes de Alta, Estrategias de Calidad, DPO.

Resumen: La obligatoriedad del Informe de Alta posthospitalización se estableció en 1984 a través de la Orden Ministerial 2254, BOE 14 Septiembre, pero nuestro hospital nunca evaluó su nivel de cumplimiento hasta 1994. Entonces el porcentaje de informes de alta definitivos al mes del alta del paciente era del 62,08%.

Objetivo: Mejorar el % de informes de alta definitivos, en pacientes hospitalizados, realizados al mes del alta del paciente.

Metodología: Las estrategias seguidas por el Programa de Calidad durante estos años fueron las siguientes:

1994-1996: Recomendaciones, reuniones, recordatorios, edictos... dirigidos a los Servicios en los que se recordaba la obligatoriedad e importancia del informe de alta.

1997-2001: Pacto del objetivo con los facultativos de los Servicios mediante Dirección Participativa por Objetivos (DPO), con estándares anuales y feedback mensual de resultados a los profesionales por el que se les notificaba el "ranking" de todos los Servicios del Hospital, pero estaban codificados y solo identificaban el suyo.

1999-2001: Pacto, también mediante DPO, con el personal administrativo de los Servicios, que diseñó, revisó y evaluó los circuitos de emisión de informes de alta.

2001: En el "ranking" mensual que se envía a los profesionales constan los nombres de los Servicios que han conseguido un 100% de cumplimiento. El resto de Servicios sigue apareciendo codificado.

El indicador utilizado para medir el cumplimiento del objetivo fue: N° de Informes de Alta definitivos realizados a los 30 días del alta del paciente x 100 / N° de total de altas del periodo estudiado. El promedio de altas totales fue de 30.000/año.

Resultados: Los resultados obtenidos como consecuencia de las distintas estrategias fueron: 1994-1996 (recomendaciones): 75%; 1997-1998 (DPO facultativos): 91%; 1999-2000 (DPO facultativos y administrativos): 96%; 2001 (DPO facultativos, administrativos y "ranking" de cumplidores): 97%.

Conclusiones: Para lograr mejoras sustanciales y perdurables no solo es necesario tener constancia en los objetivos, sino también establecer estrategias adecuadas. Las recomendaciones y recordatorios son poco efectivos. La DPO con implicación de todo el personal que participa en el cumplimiento del objetivo se ha mostrado una herramienta muy útil. Un feed-back continuado de resultados a los profesionales es imprescindible.

C-215

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECÍFICO PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA GRAVE

J. Altés Capellá, S. Perelló Aragón, M. Bricollé Ollé, C. Rizo Rey y J. Grau Cano
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.

Palabra clave: EPOC, reingresos, Guías clínicas, Gestión por procesos.

Objetivos: Valorar el impacto sobre los ingresos hospitalarios de la introducción de un Programa de atención ambulatoria específico para pacientes afectos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de grado severo atendidos en un Hospital Comarcal.

Metodología: La EPOC (DRG 088) es la primera causa de ingreso hospitalario en los servicios de Medicina de los Hospitales Generales de nuestro entorno. En 1999 un 18% de altas del Servicio de Medicina (SM) del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP) tuvieron como diagnóstico principal la EPOC. En este año se diseñó una estrategia para mejorar la atención al paciente con EPOC grave e intentar reducir los reingresos.

Para ello se llevaron a cabo las siguientes acciones: 1) detección de los pacientes reingresadores, afectos de EPOC de grado severo; 2) adecuación de una consulta externa de Neumología para facilitar al máximo el acceso de dichos pacientes reingresadores, con el compromiso del especialista en liderar dicho proceso; 3) educación sobre el uso de inhaladores en la consulta externa específica de enfermería, en la que también se realizan las pruebas de función respiratoria; 4) elaboración de una guía de práctica clínica de la EPOC, consensuada con las 3 Áreas Básicas de Salud de Atención Primaria de la Comarca.

Resultados: Comparando los indicadores asistenciales de 1999 con los de los años 2000 y 2001, se observa un descenso en el número de ingresos por EPOC (18% de altas en 1999, 14% en 2000, 12,5% en 2001). La estancia media depurada pasó de 8,42 días en 1999 a 7,84 días en el año 2000 y a 7,3 días en el año 2001, mejorando también el índice de reingresos a los 90 días. No se observaron cambios en los índices de mortalidad asociada a riesgo ni en el número de complicaciones.

Conclusiones: La implementación de un Programa dirigido a la Atención ambulatoria de los pacientes con EPOC severa, consensuado y liderado por un especialista en EPOC, ha conseguido resultados favorables a corto plazo, tanto en términos de reducción de ingresos como de reingresos, con una relación coste-beneficio altamente favorable.

C-217

ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PROCESO DEL EPOC

L. Martos Soto, J. Polonio Bellido y J. Castro González
Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad Docencia.

Palabras clave: Variabilidad, Cuidados, Procesos Asistenciales, EPOC.

Introducción: Dentro del marco de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de Andalucía, una de las líneas desarrolladas ha sido la definición de los Procesos Asistenciales. Estos procesos se contemplan de forma genérica, lo que conlleva a que puedan ser evaluados y permitan el desarrollo de actividades y criterios específicos.

En nuestro estudio nos referiremos al EPOC y el objetivo es analizar y caracterizar la variabilidad de los cuidados en nuestra unidad de hospitalización (organizativos o derivados de las características individuales de la persona).

Material y método: Estudio descriptivo de los cuidados de Enfermería a pacientes atendidos con proceso EPOC. *Criterio de inclusión:* "planes de cuidados con registros en los que se incluyen la acogida del paciente y familia y/o alta de Enfermería". Fuente de información: registros de cuidados de 24h obtenidos del Programa informático FLOR. Se han contemplado las variables edad, género, complicaciones y otras patologías, acciones estandarizadas y acciones individualizadas, estancia media por intervalos.

Resultados: El número total de registros con GDR 88 en el año 2001 fueron 189, cumpliendo el criterio de inclusión sólo el 24% (46). El 72% fueron hombres, con una edad media de 75 años y el 28% mujeres (edad media 83 años). La patología más frecuentemente asociada fue diabetes (34,8% de los casos).

Las acciones estandarizadas con una frecuencia > 80% son entre otras: valorar signos/síntomas de disnea (100%), recomendar ingesta líquidos (87,7%), medir diuresis (81%), posición de Fowler (78,6%), estimular/reforzar a la vigilia (83,3%), administración de medicación-aerosolterapia (88%).

Las acciones estandarizadas con una frecuencia < 20% son: recoger muestra de esputo (7,1%), recoger muestra de orina (9,5%).

Las acciones individualizadas con una frecuencia >25% han sido: administración O2 con mascarilla (35,7%), identificar factores que impiden sueño (31%), proporcionar infusión tranquilizante (26,2%).

En un 52% de los casos la estancia media es igual o inferior al estándar.

Conclusiones: Hemos podido comprobar la adecuación del plan estándar a la realidad de los pacientes que cuidamos. Nos planteamos la posibilidad de eliminar del plan estándar aquellas acciones con frecuencia < o = 20%, así como la incorporación de acciones individualizadas con frecuencia > o = 25%. Continuar revisiones periódicas del Plan Estandarizado.

C-216

MESA 24

Calidad y gestión

Sala Londres
Viernes 11, 9:00-10:00

DIAGNÓSTICO EKOSCAN DEL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

L. Aguirre Alberdi, O. Moracho del Río, A. Colina Alonso, M.V. Salgado Larrea, E. Ruiz Álvarez y M.D. Blanco Pompeyo

Palabra clave: Medioambiente. Gestión. Servicios Sanitarios.

Objetivo: Elaboración de un diagnóstico económico y ambiental (Ekoscan), reconocido por Ihobe, de la situación actual del Hospital de Zumárraga, analizando la existencia de posibilidades de minimizar la generación de todo tipo de residuos (urbanos, sanitarios etc..), emisiones y vertidos, así como de racionalizar el uso de agua o la energía.

Metodología: Asesorados por una consultora medioambiental y con la colaboración de personal del hospital se elaboran dos informes. En el primero de ellos se cuantifican los residuos, emisiones, materias primas, materias auxiliares, aguas, energía y embalajes generados en los diferentes servicios del hospital, identificando los puntos de interés para ahorrar costes y adecuar la situación del hospital a la legislación vigente relativa a estos aspectos. Finalmente se establecen diferentes indicadores de eficiencia que pueden ser empleados en el seguimiento de los resultados obtenidos tras haberse adoptado las medidas que se consideren oportunas.

En el segundo informe se recogen los planes de actuación de aquellas medidas de mejora que han sido previamente seleccionadas en un brainstorming realizado con varios grupos de mejora en el que participa personal del hospital.

Resultados: Elaboración de un Plan de Actuación 2002, que tendrá continuidad en años posteriores, que unifica las acciones que deben acometerse, el responsable de su ejecución, el plazo previsto y el indicador de seguimiento.

Conclusiones: El Ekoscan es un diagnóstico rápido, muy útil como paso previo a la obtención de la certificación ISO 14001 y precisa de una amplia participación y colaboración de un equipo multidisciplinar del hospital. Sirve para detectar medidas para el ahorro de costes y, al minimizar los residuos y las emisiones, reporta importantes ventajas medioambientales.

UNA APUESTA POR LA ÉTICA

E. Prats Alonso, L. Colomés Figuera, S. Llop Fortuño, J.M. Bajo Llauderó, M. Pereira García y Ll. Nualart Berbel

C-218

Palabra clave: Bioética, comisión de ética asistencial, código ético, formación. **Introducción:** Los objetivos de la calidad asistencial del Grupo, persiguen, entre otros el desarrollo de la competencia de los profesionales y su responsabilidad en la solución de problemas. Los profesionales sanitarios no solamente afrontan dilemas del ámbito técnico-científico, sino que en gran medida viven a diario conflictos morales, cuyo abordaje adecuado mejoraría la calidad percibida. La Bioética, disciplina reciente, permite acercarse a los problemas eticomorales con propiedad y método.

Objetivo: Describir el programa de implantación de la bioética en un grupo sanitario asistencial, en el marco del desarrollo de la política de calidad propia.

Método: a) Reseña de las acciones individuales. Años 1998-2001. b) Reseña de las acciones institucionales (mismo periodo). c) Comisión promotora de Bioética y Comisiones de ética asistencial de los centros. Valoración cuantitativa de sus actividades.

Resultados: a) Formación de un miembro en Bioética (Master 1998-1999) a propuesta de la gerencia y otro en 2001. b) Acciones institucionales: Elección de los líderes de las comisiones y del coordinador del programa. Incardinación del programa en el modelo FQM. Cumplimiento de los estandares de acreditación de la Joint Commission y encargo de la elaboración de códigos éticos de centro. Dotación de recursos para la formación. Jornadas anuales de las Comisiones de Bioética del Grupo desde 2001. c) Comisión promotora: 33 miembros. Pluridisciplinar. Sesiones de brainstorming y Delphi en 1998 y 1999. Formación interna: 6 sesiones de 2 horas. Definición de una estrategia propia de cada centro. Disolución progresiva y formación de núcleos de bioética en los centros. Constitución de las cinco Comisiones de ética asistencial. De 46 miembros iniciales (1998) se pasa a 56 (2001). Elaboración de reglamentos y trabajos específicos (confidencialidad, consentimiento informado, voluntades anticipadas). Elaboración de códigos éticos. Se analizan 7 casos reales por alguno de los comités. De 28 reuniones ordinarias (2000), se pasa a 37 (2001), con promedios de asistencia del 63 al 89%. Comunicaciones a jornadas 19, a congresos nacionales 1 (premio a la mejor comunicación). Formación específica en bioética, acreditada por IES o por CCFC realizada por los miembros de las comisiones: 1998: 10 horas, (90 horas/persona, promedio 2.74 h/p), 1999: 40 horas, (382 horas/persona, promedio 11.57 h/p), 2000: 44 horas, (284 horas/persona, promedio 6.17 h/p) 2001: 101 horas (1.463 horas/persona, promedio 26.12 h/p)

Conclusiones: 1) La dirección del Grupo ha realizado una acción sostenida en el tiempo para la difusión de la bioética en el seno de los centros asistenciales 2) La acción de una Comisión promotora durante los dos primeros años ha permitido la creación de los Comités de ética de los centros sin excesivas dificultades ni resistencia. 3) Los Comités han elaborado en un tiempo razonable reglamentos y códigos éticos propios y diferenciados. 4) El esfuerzo en formación cualificada ha sido creciente y ha tenido buena respuesta entre los miembros de las comisiones.

LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

J.D. Tutsaus, M.J. Garabito, A. Soto, C. O'Connor, I. Gómez-Blázquez y J. Díaz-Oller
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

C-220

Palabras clave: Formación Continuada, Calidad, Residentes, Docencia, Características.

Objetivos: Conocer como debe ser la Formación Continuada (FC) para que mejore la calidad de la asistencia sanitaria. Conocer la FC de otros centros.

Material y métodos: Encuesta acerca de características estudiadas (15 preguntas de varias respuestas) a directivos, facultativos de plantilla y residentes. Es cumplimentada por 141 profesionales (49,3%) de los 286 a los que se ofreció aleatoriamente estratificados por especialidades, para una confianza del 95% y error máximo del +-5%.

Resultados: La mejora de calidad de la competencia profesional es el objetivo compartido por un 86,8% y la mejora del nivel de conocimientos por un 96,4%. Para ello deben de dedicar a la FC una media de 8,8 horas semanales de estudio, hacer 1,9 cursos anuales y asistir a 1,2 congresos anuales. El estudio debe hacerse fundamentalmente en revistas y libros (93,4%). Para el 68% debe financiarla el hospital. El 69% piensa que debe estar proporcionada por sociedades científicas. Un 55% considera que la deben organizar las Jefaturas de Estudios-Comisiones de Docencia, aunque un 50% consideran debe hacerlo una unidad específica e independiente. El 37% considera que ha cambiado, mejorando, su práctica clínica, fundamentalmente los cursos más interactivos (reanimación cardiopulmonar, medicina basada en la evidencia, gestión y Calidad).

Conclusiones: Se conoce la FC y sus objetivos. Se considera que debe finanziarse por el hospital, programarse por las sociedades científicas y organizarse por las Jefaturas de Estudios-Comisiones de Docencia. Se estima que solo los cursos más interactivos promueven cambios de calidad en la práctica clínica, lo que coincide con los metaanálisis internacionales publicados.

**ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA PARA LA
MEJORA DE LA TÉCNICA DE ENTREVISTA EN LA
VALORACIÓN DE LAS PERSONAS**

M.C. Bravo Rodríguez, J.C. Gimena Aparicio, F. Aguilera Peña, J. Toro Santiago, M.A. Prieto Rodríguez y M.D. de la Torre Peinado
Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad Docencia.

Palabras clave: Competencias, entrevista, valoración, enfermera.

Objetivos:

- Analizar las competencias actuales de las enfermeras/os para realizar la entrevista de valoración de cuidados: conocimientos, habilidades y actitudes.
- Diseñar los perfiles ideales de competencias necesarias
- Evaluar las diferencias entre ambos perfiles para diseñar un plan de mejora de la valoración de cuidados

Metodología: Este proyecto se ha realizado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (SAS), durante el primer semestre de 2002.

1) Para el análisis de las competencias actuales se han realizado 90 entrevistas a otros tantos profesionales de 28 unidades de cuidados. Además, a cada profesional se le ha grabado en vídeo y/o en audio una entrevista de valoración de cuidados real e "in situ" y se ha analizado su contenido. 2) Los perfiles ideales se han diseñado en grupos de trabajo con enfermeros. Se han realizado 6 grupos y en cada uno han participado 15 profesionales. 3) A partir de esta información se ha analizado el "gap" existente.

Resultados y conclusiones: La dimensión relacional de los cuidados enfermeros se basa en las competencias necesarias para establecer una relación de cuidados y de ayuda con el paciente (compromiso de complicidad mutua), consiguiendo su participación en el plan de cuidados (empatía y motivación), garantizando una comunicación satisfactoria (información y escucha) y abordando la problemática emocional y psicológica de la persona enferma y de la familia que le cuida y no sólo sus necesidades biológicas ó físicas.

Se está desarrollando un plan de mejora de la entrevista de valoración enfermera consistente en:

- Revisión de la guía de entrevista de valoración de cuidados
- Protocolización de la entrevista de valoración inicial
- Talleres de entrenamiento en entrevista de valoración de cuidados (Resultados sobre los perfiles de competencias en fase de elaboración).

C-221

**LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL TRASPLANTE DE
PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS**

F. Moscardó, J. Palau Pérez, J. de la Rubia Comos y M.A. Sanz Alonso
Hospital Universitario La Fe Unidad de Gestión.

Palabra clave: Trasplante de progenitores hematopoyéticos; gestión por procesos; acreditación.

Metodología: Para la acreditación de nuestra Unidad de TPH según los estándares JACIE (Registro Europeo Trasplante de Médula Ósea), se aplicó la metodología de gestión por procesos en consonancia con las líneas de desarrollo estratégico de nuestro Hospital. Para ello se estableció un grupo de trabajo que definió los procesos correspondientes a los diferentes tipos de trasplantes hematopoyéticos y se definió al propietario de los mismos, límites, características de calidad de las actividades de los procesos, así como sus recursos e indicadores. El soporte de todas las actividades se ha documentado mediante protocolos de actuación y procedimientos que han sido puestos a disposición de cualquier usuario en el servidor de la Unidad.

Se desarrolló un plan de formación de personal, con reuniones estructuradas, sesiones temáticas, de mortalidad y otras de las que se levanta acta de los temas tratados y decisiones tomadas y de las que quedan definidas tareas a realizar para cumplir los objetivos de desarrollo de los procesos. Se estableció un plan de auditorías de historias clínicas y la puesta en funcionamiento de una hoja de recogida de reacciones adversas y errores.

Resultados: En este proceso han participado entre 5 y 8 profesionales que siguen un plan semanal de reuniones en el que se tratan temas explícitamente relacionados con aspectos de calidad, se detectan posibles áreas de mejora y se analizan los indicadores de calidad. El proceso desarrollado ha permitido la obtención de la acreditación europea pero, sobre todo ha sentado las bases para el inicio de la gestión por procesos dentro de un área clínica muy definida, ha permitido crear estructuras estables para mantener la evaluación y mejora continua de los procesos y ha servido para iniciar la aplicación de los principios de Calidad Total y gestión por procesos al resto de actividades del Área de Oncohematología.

Conclusiones: Los principios de Calidad Total y el desarrollo mediante Gestión por Procesos son métodos que permiten introducir con rigor cambios en un área asistencial e iniciar su transformación hacia una organización más horizontal y participativa, orientada al paciente y en la que el trabajo en equipos multidisciplinarios es imprescindible.

C-222

MESA 25

Calidad en el área de urgencias

Sala Florencia 1
Viernes 11, 9:00-10:00

C-223

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN URGENCIAS: VALORACIÓN DEL USO APROPIADO

F.J. Gracia San Román, L. Rodríguez Suárez, C. Navarro Royo, V. Pérez Blanco, J. Díez Sebastián y J. García Caballero
Hospital Materno-Infantil, Servicio Medicina Preventiva.

Palabra clave: Radiografía de Tórax, uso apropiado, propuestas de mejora.

Objetivos: Describir el uso de la Radiografía de Tórax en el Servicio de Urgencias de un hospital del Instituto Madrileño de Salud (IMSLUD), y valorar, de acuerdo a las guías de práctica clínica existentes, basadas en la mejor evidencia disponible, el grado de adecuación de dicho uso. Identificación de situaciones clínicas asociadas a un mayor uso inapropiado de la Radiografía de Tórax: propuestas de mejora en base a los resultados obtenidos.

Metodología: Búsqueda sistemática de guías de práctica clínica y protocolos sobre indicación de Radiografía de Tórax basados en la evidencia científica disponible. Creación de una hoja de recogida de datos en base a la mayor evidencia disponible. Estudio descriptivo a partir de los datos recogidos del sistema de información del Servicio de Radiología y de las hojas del Servicio de Urgencias de pacientes atendidos en las urgencias del Hospital La Paz a los que se solicitó una Radiografía de Tórax en la semana del 18 al 24 de Febrero del 2002. Valoración del uso apropiado de la Radiografía de Tórax según estándares de indicación adecuada (guías de práctica clínica y protocolos revisados).

Resultados: En la semana de recogida (18 al 24 de Febrero del 2002) se revisaron un total de 317 peticiones de Radiografía de Tórax; en base a los criterios de adecuación seleccionados se observó que 268 peticiones del total se ajustaban a dichos criterios, lo cual supone un 84,5% de adecuación; por el contrario, el resto de peticiones que no se ajustaban a dichos criterios y que por lo tanto consideraríamos inadecuadas sería el 15,5% restante (49 de las 317). Aunque puede parecer un % de inadecuación aceptable, consideramos que existe un margen de mejora, más aún cuando analizamos que de esas 49 peticiones inadecuadas, un 51% eran por dolores torácicos de características mecánicas, tras traumatismo torácico leve o incluso sin él. El dolor abdominal inespecífico también ocupa buena parte de la inadecuación (24,5%), así como síntomas inespecíficos (maletar general, fiebre,...) que supone el % restante (24,5%).

Conclusiones: La localización de la inadecuación de la petición de la Radiografía de Tórax nos permitirá realizar propuestas de mejora enfocadas hacia dónde realmente existan problemas. La aplicación adecuada de la Radiografía de Tórax en urgencias mejorará la calidad de la asistencia y puede reducir el gasto en pruebas diagnósticas innecesarias que además representan un riesgo adicional para los pacientes (radiación innecesaria).

MEJORA DE LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN URGENCIAS

J. Alcaraz Martínez, B. Ferrer Pinar, C. Fernández Pérez, M.J. Ruiz Ríos, I. Egea Martínez y E. Martínez Larrull

C-224

Palabras clave: Ciclo de mejora. Enfermedad tromboembólica. Urgencias.

Objetivo: Evaluar y mejorar la calidad de la profilaxis en urgencias hospitalarias frente a enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes no quirúrgicos.

Metodología: Se puso en marcha un protocolo de Profilaxis de ETE en Octubre de 1999, propuesto por la Comisión de Trombosis y Anticoagulación de este hospital. En ese momento, se realizó una primera evaluación de cumplimiento tomando una muestra de 50 casos de pacientes ingresados con patología médica, analizando el cumplimiento de este protocolo en el Servicio de Urgencias. Posteriormente, se realizaron actividades de difusión del protocolo y sus niveles de cumplimiento. En Febrero de 2002, se hizo un nuevo muestreo de 108 pacientes para valorar las diferencias tras estas actividades. Como método estadístico se utilizó el test de la Chi-cuadrado, fijando un nivel de confianza del 95%.

Resultados: los resultados globales de cumplimiento en la primera evaluación fueron del 40 % ($\pm 13,5\%$) y en la segunda del 72,22 % ($\pm 8,4\%$), observándose una diferencia significativa ($p = 0,0001$). En cuanto a la dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM), en el 76,9% ($\pm 9,3\%$) la dosis era adecuada según el protocolo; en el 16,7% ($\pm 8,3\%$) era una dosis mayor de la correcta, y en el 6,4% ($\pm 5,4\%$) era menor.

Conclusiones: se ha observado una mejora en el cumplimiento del protocolo de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica con HBPM en Urgencias.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN URGENCIAS, ¿UN PROBLEMA IRRESOLUBLE?

M.I. Iloro Mora y L.C. Martínez Aguado

Hospital Clínico San Carlos. Atención al cliente.

C-225

Palabra clave: Urgencias, Satisfacción Usuarios.

Introducción: Se trata de conocer la situación, a fecha 31 de abril de 2002, del Servicio de Urgencias a través de la observación directa y de la información obtenida de las reclamaciones de los Usuarios de ese Servicio y compararla con el estudio realizado en 1996, que detectó los puntos débiles del sistema y elaboró una serie de propuestas para corregirlos.

Objetivos: Revisar la calidad percibida por los usuarios. Revisión del Estudio de Satisfacción del Servicio de Urgencias de 1996. Revisión de las Reclamaciones recibidas en el Servicio de Atención al Paciente durante el primer cuatrimestre de 2002.

Material y métodos: Estudio observacional del Área de Urgencias referido a arquitectura, ocupación y usos de trabajo, durante el primer cuatrimestre de 2002. Base de datos de reclamaciones del Servicio de Atención al Paciente. Estudio de grupos focales con personal de Urgencias.

Discusión: Los datos obtenidos de Reclamaciones son:

	Año 1996	1º cuatrimestre 2002
Total Hospital	725	785
Urgencias	212	168
% Urgencias/Total	29,2	21,3
Motivos	Año 1996	1º cuatrimestre 2002
Demoras	78	61
Confort	20	38
Desacuerdo asistencia	52	38
Información	19	12
Trato	16	2
Organización/Normas	13	5
Recursos	7	2
Varios	7	11

Hay un notable incremento del número de Reclamaciones, superándose en el primer cuatrimestre de 2002 las habidas hasta Noviembre de 1996. Pese al descenso porcentual de las del Servicio de Urgencias la proyección de futuro hace prever su aumento en valor absoluto. No todas las propuestas formuladas en su día se tomaron en consideración, manteniéndose puntos débiles.

Conclusiones: El Análisis de un Servicio, con identificación de puntos débiles e introducción de un Sistema de Mejora de la Calidad no basta para obtener resultados a largo plazo, debiéndose establecer sistemas de control, con designación de un responsable de seguimiento que vigilará: 1. Cambio de las necesidades. 2. Aparición de nuevos puntos débiles. 3. Agotamiento del Sistema. 4. Desconocimiento de la influencia de cada parámetro aplicado.

VÍAS VENOSAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS ¿DE QUÉ DEPENDE SU CORRECTA UTILIZACIÓN?

K. Botero, T. Dierssen Sotos, L. Piedra Antón, S. Sánchez Ortiz, B. Ruiz Ceballos y P. Rodríguez Cundín
Hospital Sierrallana, Servicio Medicina Preventiva.

C-226

Palabras clave: Vías venosas innecesarias, Servicios de Urgencias.

Objetivos: Determinar la incidencia de uso adecuado de accesos venosos en un Servicio de Urgencias e identificar factores asociados al mismo.

Metodología: *Diseño:* Estudio retrospectivo de cohortes. *Población de estudio:* pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias durante el mes de mayo de 2001. *Muestra:* Selección aleatoria de una muestra de historias de pacientes atendidos durante el período de estudio. Predeterminación del tamaño muestral: en base a una incidencia estimada del 80%. *Variables analizadas:* Dependientes: adecuación de la vía (criterios del plan de Calidad del INSALUD 2001). Independientes: variables del paciente y características asistenciales. *Análisis estadístico:* comparación de dos medias con la prueba t de student, comparación de proporciones con el test de Ji cuadrado. Medida de asociación entre la inadecuación y potenciales factores de riesgo: riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: La incidencia de uso de vía venosa en la muestra estudiada fue del 33,4% (104 casos), de los cuales el 70,2% se consideraron adecuados. Al analizar factores asociados a la adecuación la edad del paciente mostró una relación inversa: 78,6% en menores de 42 años (percentil 25 de la distribución) y 60,9% en mayores de 71 años (percentil 75). Los menores de 42 años presentaron un 29% más de adecuación que los mayores de 71 con significación límite (RR = 1,29 IC 95% [0,88-1,88]). Los pacientes con 3 diagnósticos al ingreso presentaron un 75% más de adecuación (RR = 1,75 IC 95% [0,88-3,94]) en relación a presentar un único diagnóstico. Respecto al riesgo de base (escala de McCabe Jackson), los pacientes de alto riesgo presentaron una proporción superior de adecuación (88,9% frente a 69,7%, RR = 1,28 IC 95% [0,96-1,69] p = 0,229). Por último, en cuanto al turno de asistencia, el mayor porcentaje de adecuación se registró en el turno de noche (81,8%) lo que supuso un riesgo del 33% respecto a la tarde (RR = 1,33 IC 95% [0,92-1,91]).

Conclusiones: La adecuación de la vía venosa se encuentra por debajo de la obtenida en otros estudios (70% vs 80%). El factor más fuertemente asociado a un uso adecuado fue el número de diagnósticos al ingreso, que constituye un indicador indirecto de gravedad del paciente.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN URGENCIAS, ¿UN PROBLEMA IRRESOLUBLE?

M.I. Iloro Mora y L.C. Martínez Aguado

Hospital Clínico San Carlos. Atención al cliente.

C-225

Palabra clave: Urgencias, Satisfacción Usuarios.

Introducción: Se trata de conocer la situación, a fecha 31 de abril de 2002, del Servicio de Urgencias a través de la observación directa y de la información obtenida de las reclamaciones de los Usuarios de ese Servicio y compararla con el estudio realizado en 1996, que detectó los puntos débiles del sistema y elaboró una serie de propuestas para corregirlos.

Objetivos: Revisar la calidad percibida por los usuarios. Revisión del Estudio de Satisfacción del Servicio de Urgencias de 1996. Revisión de las Reclamaciones recibidas en el Servicio de Atención al Paciente durante el primer cuatrimestre de 2002.

Material y métodos: Estudio observacional del Área de Urgencias referido a arquitectura, ocupación y usos de trabajo, durante el primer cuatrimestre de 2002. Base de datos de reclamaciones del Servicio de Atención al Paciente. Estudio de grupos focales con personal de Urgencias.

Discusión: Los datos obtenidos de Reclamaciones son:

	Año 1996	1º cuatrimestre 2002
Total Hospital	725	785
Urgencias	212	168
% Urgencias/Total	29,2	21,3
Motivos	Año 1996	1º cuatrimestre 2002
Demoras	78	61
Confort	20	38
Desacuerdo asistencia	52	38
Información	19	12
Trato	16	2
Organización/Normas	13	5
Recursos	7	2
Varios	7	11

Hay un notable incremento del número de Reclamaciones, superándose en el primer cuatrimestre de 2002 las habidas hasta Noviembre de 1996. Pese al descenso porcentual de las del Servicio de Urgencias la proyección de futuro hace prever su aumento en valor absoluto. No todas las propuestas formuladas en su día se tomaron en consideración, manteniéndose puntos débiles.

Conclusiones: El Análisis de un Servicio, con identificación de puntos débiles e introducción de un Sistema de Mejora de la Calidad no basta para obtener resultados a largo plazo, debiéndose establecer sistemas de control, con designación de un responsable de seguimiento que vigilará: 1. Cambio de las necesidades. 2. Aparición de nuevos puntos débiles. 3. Agotamiento del Sistema. 4. Desconocimiento de la influencia de cada parámetro aplicado.

CALIDAD EN LA ASISTENCIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Povar Marco, M.E. Ricarte Urbano, A. Herrer Castejón, P. Palazón Saura, P. Parrilla Herranz y L.M. Clároco Vega
Hospital Universitario Miguel Servet

C-227

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, infarto de miocardio, calidad asistencial.

Objetivos: Los avances en el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) han sido ampliamente difundidos y publicados en las guías de práctica clínica, pero no disponemos de datos fiables sobre el grado de aplicación de estas recomendaciones en el manejo de nuestros pacientes.

El objetivo de este proyecto de mejora de la calidad del SCA es aplicar las recomendaciones de las guías en el contexto asistencial de un Servicio de Urgencias.

Metodología: Para el desarrollo del proyecto aplicamos la metodología del ciclo de mejora. Identificamos como problema de calidad la selección del tratamiento más adecuado para el paciente de acuerdo con las evidencias científicas. Se elaboró un protocolo de asistencia consensuado con el Servicio de Cardiología y se establecieron como parámetros a evaluar los siguientes: realización del primer ECG en 10 minutos, tasa de AAS próxima al 100%, retraso puerta-aguja en prioridad I menor de 30 minutos (mediana), tasa de heparina y de inhibidores GP IIb/IIIa en SCA sin elevación del segmento ST. Se utilizó un método de registro con soporte informático en Acces para la recogida de los datos.

Resultados: Se evaluaron los datos de 139 pacientes recogidos hasta el 31 de mayo de 2002, 68 con SCA con ST elevado y 71 con SCA sin elevación del ST (70% varones, 30% mujeres). El resultado de los índices analizados fue: primer ECG en 12 minutos, tasa de AAS del 93,4%, retraso puerta-aguja en prioridad I de 35 minutos (n = 22), tasa de heparina (HNF o HBPM) 75,4% y tasa de inhibidores GP IIb/IIIa 18%.

Conclusión: 1) El proyecto de mejora de calidad diseñado en nuestro servicio es una herramienta útil para identificar las deficiencias de manejo de los pacientes con SCA respecto a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. 2) La detección de las oportunidades de mejora permitirá en una segunda fase diseñar intervenciones dirigidas a mejorar el tratamiento de los pacientes. 3) La aplicación de los ciclos de mejora es una metodología válida para la mejora de la calidad asistencial en el servicio de urgencias.

¿ACORTA ESTANCIAS LA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA?

M.A. Márquez Lorente, J. Gutiérrez Cebollada, A. Supervia Caparrós, M.J. Robles Raya, J. Puig de Dou y M. García Carasasan
Servicio de Urgencias.

Palabras clave: estancia corta, estancia inadecuada, ingreso hospitalario.

Objetivo: Valorar el impacto que tiene una UEC médica en la actividad de las unidades especializadas y determinar su eficacia en la disminución de estancias hospitalarias.

Material y método: Estudiamos 470 pacientes ingresados consecutivamente en la UEC desde el 16/11/01 hasta el 15/04/02. Determinamos el porcentaje de ingresos evitados en las unidades especializadas de neumología y medicina interna, así como la supuesta estancia media que hubieran presentado estos pacientes en la unidad especializada correspondiente y las estancias hospitalarias evitadas durante el período estudiado. Para determinar la estancia media calculada en dichas unidades se utilizó la siguiente fórmula:

$$(Posibles + reales) \times EM \text{ período anterior} = Reales \times EM \text{ período actual} + Posibles \times EM \text{ calculada.}$$

Pacientes reales: pacientes que durante el período estudiado ingresaron en unidad especializada.

Pacientes posibles: pacientes que durante el período estudiado ingresaron en la UEC.

EM período actual: estancia media de la unidad especializada en el período estudiado.

EM período anterior: estancia media de la unidad especializada en el mismo período del año anterior.

Para aceptar la fórmula es necesario que las estancias medias de las unidades especializadas estudiadas se hayan mantenido constantes en los últimos años.

Resultados: Durante el período estudiado, el porcentaje de ingresos médicos desde urgencias únicamente aumentó un 0,15%, aunque el número total de pacientes médicos que ingresaron aumentó en 212 (8,69%), a expensas del aumento de las urgencias médicas. Durante el período estudiado, medicina interna tuvo 426 ingresos y neumología 339. La UEC evitó el ingreso de 209 y 254 pacientes en dichas unidades, lo que representa el 32,91% y 42,83% respectivamente. La estancia media de los pacientes neurológicos de la UEC fue de 4,88 días mientras que la calculada fue de 8,54 días, evitándose 930 estancias hospitalarias. La estancia media de los pacientes de medicina interna de la UEC fue de 4,77 días mientras que la calculada fue de 8,41 días evitándose 761 estancias hospitalarias. Esto permitió el aumento de 1,4 ingresos médicos/día en nuestro hospital.

Conclusiones. Existe un progresivo aumento en la necesidad de camas hospitalarias generado por el aumento en la utilización de los servicios de Urgencias. Las UEC disminuyen considerablemente el número de ingresos innecesarios en unidad especializada. Las UEC consiguen acortar la estancia media con la consiguiente disminución de estancias innecesarias. Las UEC permiten al hospital dar respuesta al progresivo aumento en la demanda asistencial.

MESA 26

Calidad en servicios médicos

Sala Florencia 2
Viernes 11, 9:00-10:00

REVISIÓN MONITORIZADA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y EVALUACIÓN CUALITATIVA

M.J. Durá Jiménez, C. González Rodríguez-Salinas y P.M. Ruiz López
Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-228

Palabra clave: Mortalidad Intrahospitalaria.

Objetivos: Detectar posibles déficits de atención sanitaria mediante el análisis cualitativo de exitus producidos en determinados períodos.

Analizar la mortalidad evitable por causas MIPSE.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y cualitativo.

Fuente de datos: Informe de Alta de todos los exitus de hospitalización ocurridos durante febrero, agosto y diciembre desde 1998 a 2000 inclusive, en un hospital general universitario con 1400 camas. Se seleccionaron dichos meses por haberse observado sobremortalidad (± 3 desviación estándar de la media) en una serie de 4 años.

Para la evaluación de los exitus se diseñó una ficha al efecto por la Comisión de Mortalidad que recogía variables cualitativas y cuantitativas y se manifestaba si a juicio del observador podría haberse evitado. Los observadores eran miembros de la Comisión de Mortalidad.

Los exitus con dudas sobre su evitabilidad y los exitus MIPSE anuales se evaluaron sobre la Historia Clínica. Ambos tipos de episodios se discutieron en la Comisión de Mortalidad y se emitió juicio por consenso sobre la existencia de déficits en atención.

En los casos que se detectaron posibles déficits se comunicaron al Servicio Clínico correspondiente.

Resultados: En el período de estudio se produjeron un total 3872 exitus en hospitalización. La tasa de mortalidad intrahospitalaria descendió ligeramente en dicho período (de 3,7 a 3,1%). Se analizaron 501 episodios de exitus potencialmente evitables (13% del total de exitus del período de análisis). En un 2,7% de ellos se detectó déficits en la atención sanitaria. El número de exitus incluidos en la tabla de Holland se mantuvo constante y ninguno podía haberse evitado.

Conclusiones: Mientras no se dispongan de facilidades informáticas la revisión monitorizada de los informes de exitus de períodos predeterminados es un buen método para analizar la calidad de la atención sanitaria hospitalaria. Implantar y monitorizar un registro de evaluación de exitus ha demostrado ser buen instrumento para detectar defunciones potencialmente evitables. La evaluación de los exitus potencialmente evitables por el conjunto de la Comisión de Mortalidad puede evitar la subjetividad de un único evaluador.

DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA COMPARADA CON OTRAS SIMILARES DEL ENTORNO GEOGRÁFICO A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN DE LAS PRESENTACIONES AL CONGRESO NACIONAL

M.J. Condón Huerta, L. Val Lampreave y A. Mena Mur
Hospital Virgen del Camino.

Resumen: Para medir la calidad de una especialidad médica puede tomarse como metodología la valoración de los resúmenes de las presentaciones (comunicaciones y póster) efectuadas en el congreso nacional de la misma.

El objetivo del estudio es comparar la especialidad de Rehabilitación y Medicina Física de España (SERMEF) con la American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R) y con la Sociedad Francesa de Rehabilitación y Medicina Física (SOFMER) a través de las presentaciones a sus congresos nacionales del año 2001.

Material y método: *Diseño del estudio:* Observacional. *Material:* Se utilizaron los resúmenes de las comunicaciones y póster del 63 Congreso de la AAPM&R publicados en Arch Phys Med Rehabil 2001;82:1291-1343 (N = 296) y del 39 Congreso de la SERMEF publicados en Rehabilitación (Madr) 2001;35(S1):46-79 (N = 298) y de la SOFMER publicados en Annals de Readaptation et Medicine Physique 2001;378-489 (N = 163). Se evaluaron todos los trabajos publicados mediante la escala de la Agencia de Evaluación Tecnológica de Cataluña, que es una escala que va de 0 a 10 puntos (1), correspondiendo 10 a los ensayos clínicos aleatorizados con grupo control, 9 a los ensayos clínicos sin aleatorizar o a los ensayos clínicos aleatorizados sin grupo control, 8 a los estudios de cohortes o de casos control bien diseñados, preferiblemente multicéntricos, 7 a la evidencia obtenida de múltiples series, 6 a la evidencia obtenida de series pequeñas, 5 a las opiniones de autoridades respuestas basadas en la experiencia clínica o en informes de comités de expertos, 4 a los estudios descriptivos de series con aportación de resultados, 3 a las revisiones de temas con información suficiente, 2 a los estudios descriptivos sin resultados, 1 a las revisiones de temas sin información y 0 cuando no se aportan resultados, información sobre el objetivo propuesto o son casos anecdóticos.

Medida de resultados principales: Se incluyeron los resultados en una tabla EXCEL® y se trasladaron al programa de software SPSS 10®, realizándose un análisis de Kolmogorov Smirnov para ver la distribución de la muestra. Dado que no seguía un patrón de normalidad, las variables se compararon mediante un test no paramétrico (Wilcoxon).

Resultados: El valor medio de las comunicaciones en la AAPM&R era de $5,11 \pm 2,4$, en la SOFMER era de $4,3 \pm 1,7$, mientras que en la SERMEF fue de $4,1 \pm 2,2$, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre la AAPM&R y la SERMEF ($Z = 8,83$ $P < 0,0001$) y entre la AAPM&R y la SOFMER ($Z = 8,80$ $p < 0,0001$), pero no entre la SERMEF y la SOFMER ($P = NS$).

Existen diferencias sustanciales sobre los temas que comunican las tres sociedades lo que refleja la diferencia en su actividad asistencial, aunque los temas más frecuentes son: Procedimientos terapéuticos y Discapacidad por Alteraciones del Sistema Nervioso.

Conclusiones: Nivel más bajo de las sociedades francesa y española de Rehabilitación y Medicina Física, respecto a la sociedad americana de la misma especialidad durante el período 2001 estudiado, que atribuimos al desarrollo mayor de esta y a la mejor estructuración de las presentaciones. Proponemos que el comité científico de la SERMEF sea más estricto a la hora de aceptar los resúmenes, de forma similar a como lo hace la AAPM&R, de forma que no deberían aceptarse aquellas presentaciones (comunicaciones y póster) que no aporten resultados, los que no respondan a los objetivos propuestos, ni los casos anecdóticos. También podría habilitarse como mejora el alargar más el período entre la ficha límite de presentación de los resúmenes y la fecha del congreso.

REVISITA VS REINGRESO. ¿CUÁNDO INDICAN CALIDAD Y CUANDO CRONICIDAD?

M.A. Márquez Lorente, A. Supervia Caparrós, J. Gutiérrez Cebollada, M. Garreta Burriel, B. Dalama Gómez y E. Skaf Peters
Hospital Universitario del Mar, Servicio de Urgencias.

C-231

Palabras clave: Indicador de calidad, revisita, reingreso, cronicidad.
Objetivo: Valorar la utilidad de la revisita y del reingreso como marcador de calidad asistencial.

Material y método: Estudio retrospectivo de las revisiones a Urgencias generadas por 1.000 pacientes dados de alta desde una unidad de estancia corta. Se estudiaron las revisiones totales y por patologías. Se analizaron tres grupos de revisiones: antes de las 72 horas, entre 72 horas y entre 7 y 30 días post-alta. Se diferenció si la revisión era motivada por la misma causa que originó el ingreso previo o diferente y si ésta generaba ingreso o alta. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba de la Ji cuadrado con corrección de Yates y test exacto de Fisher en caso necesario.

Resultados: El 3,96% de las altas generaron revisión antes de las 72 horas, el 4,95% entre las 72 horas y 7 días y el 15,64% entre 7 y 30 días. La revisión estaba motivada por la misma causa o relacionada con el ingreso inicial en el 2,86%, 3,74% y 9,91% de las que reingresaron el 1,98%, 2,64% y 6,17% respectivamente, lo que supone un 50%, 53% y 39% de las revisiones.

El índice de reingresos entre 7 y 30 días post-alta de los pacientes con patología crónica (LCFA y cardiopatías) fue significativamente superior al de aquellos con patología aguda, diferencias que no existieron en el índice de reingresos antes de las 72 horas. El índice de reingresos entre 72 horas y 7 días presentó diferencias significativas según se tratara de pacientes crónicos o no, aunque fueron menores que las del índice entre 7 y 30 días. La infección bronquial y la neumonía mostraron diferencias significativas en el índice de reingresos entre 7 y 30 días según se tratara de pacientes con patología crónica pulmonar o no, cosa que no ocurrió en el índice de reingresos antes de las 72 horas y entre 72 horas y 7 días.

Conclusiones: El mal uso que la población hace de los Servicios de Urgencias hace de la revisión un parámetro poco objetivo de valoración de la calidad asistencial siendo más oportuno el estudio de los reingresos, sujetos a protocolos objetivos. El motivo de la revisión es esencial en la valoración de la calidad asistencial debiendo valorarse aquellas por una causa igual o relacionada a la que motivó el ingreso inicial. El reingreso entre 7 y 30 días estuvo muy influenciado por la cronicidad de la patología, por lo que únicamente podría utilizarse como indicador de calidad al comparar poblaciones con una cronicidad similar o con igual patología. El índice de reingresos por la misma causa que motivó el ingreso inicial antes de las 72 horas fue el indicador más objetivo y menos relacionado con la patología, por lo que se muestra como mejor indicador para el control de calidad. El índice de reingresos entre 72 horas y 7 días mostró una variable influencia con la cronicidad indicando probablemente que, cuanto más tardío es el reingreso mayor es la influencia de la cronicidad mientras que cuanto más cercano es a las 72 horas menor es esta influencia.

VARIABILIDAD INTERSERVICIOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DE UN MISMO GDR QUE PROVIENEN DE URGENCIAS

C. Silvestre Bustó, J. Gost Garde y P. Astier Peña
Hospital de Navarra, Servicio Medicina Preventiva.

C-232

Palabra clave: Ingreso urgente; diagnóstico principal; GDR; estancia media; servicios médicos.
Resumen: Antecedentes: El año 2001 ingresaron 16.872 pacientes en nuestro hospital. El 40% de forma urgente en servicios médicos. La presión de ingresos desde Urgencias es de 60,2%, aunque sigue una evolución descendente. La estancia media de los ingresos urgentes es más alta que el estándar (Insalud 99, Grupo 3) en todos los servicios.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias interservicios, cuando atienden pacientes de un mismo GDR, en las patologías médicas que más frecuentemente originan ingresos de urgencia.

Metodología:

Ambito: Hospital de Navarra. Fuente de datos: CMBD 2001. Estación Clínica 3M

Criterios de selección: Ingresos urgentes, GDR médicos con más de 100 casos, atendidos por servicios diferentes. Mínimo: 20 casos por servicio.

Variables estudiadas: GDR, edad, sexo, diagnóstico y procedimiento principal, nº de diagnósticos y procedimientos por episodio, estancia media del hospital, servicios de ingreso y alta, unidad enfermería de ingreso y alta.

Resultados:

La comparación de estancia media entre servicios por GDR muestra las siguientes diferencias:

GDR (N)	Servicios						p (interserv.)
	Estándar	A	B	C	D	E	
541 (445):	9,5	15,2	12,9	13,1			< 0,05
89 (127):	9,8	13,3	10,9	9,5			< 0,05
88 (108):	8,8	12,4	11,6	9,2			No Signif.
127 (245):	8,7	12,5	8,7	10,6			< 0,001
183 (213):	9		8		5,4	7,8	< 0,001

La comparación de estancia media entre servicios por diagnóstico principal muestra las siguientes diferencias:

Diagnósticos principales	Servicios				p
	A	B	C	D	
Neumonía orgán. NE:	15,2	12,1	10,1		< 0,05
Bronquitis crón. Exacerb.:	13,2	11,7	9,3		< 0,05
Neumonía neumocócica:	15,6	12,4	9,8		< 0,05
Insuficiencia cardíaca c.	13,9		8,2	12	< 0,05

Existen diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes en el servicio de Geriatría

No se aprecian diferencias significativas en relación con el resto de variables estudiadas.

Conclusiones y áreas de mejora: Los pactos de gestión para 2002 recogen la constitución de grupos de mejora interservicio al objeto de estudiar el proceso de atención en estos procesos para:

- aproximar su EM a la del estándar para los GDR estudiados.
- reducir la variabilidad de la estancia media interservicios para aquellos GDR y diagnósticos principales indicados, siendo la edad en Geriatría el único factor que parece justificar una mayor duración de la EM.

Discusión y limitaciones del estudio: Reducido tamaño de población, Outliers, Fiabilidad del CMBD, Análisis de regresión.

MESA 27**Actividad de mejora de la calidad en atención primaria**

Sala Ulzama
Viernes 11, 9:00-10:00

C-233**MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO**

J. Coll Verd, A. Gómez Nadal, V. Sánchez Bueno y J. García Torrandell

Palabra clave: Calidad. Protocolo. Diabetes.

Objetivos: Evaluar y mejorar la atención al paciente diabético.

Metodología: Se realizó una auditoría de las historias clínicas de los pacientes diabéticos registrados en el fichero de riesgo cardiovascular del Centro de Salud del Coll d'en Rabassa. Se revisaron 210 historias clínicas evaluándose el cumplimiento de 11 criterios: registro de tensión arterial; sensibilidad, pulsos e inspección de pies; fondo de ojo; electrocardiograma; analítica básica; orina de 24 h; hemoglobina glicosilada; protocolo de educación del diabético; tratamiento antiagregante. Se comunicaron los resultados al equipo y se creó un Equipo de mejora. Se realizó un análisis de las posibles causas de los déficits detectados y se propusieron las siguientes medidas correctoras: 1) Potenciación de la consulta programada. 2) Elaboración de una hoja de seguimiento del diabético. 3) Comunicación a cada microequipo de los pacientes sin tratamiento antiagregante. 4) Sesiones conjuntas de los pacientes sin tratamiento antiagregante.

Al año se realizó la 2ª auditoría con una muestra de 182 historias clínicas. Se presentaron al equipo los resultados globales y a cada microequipo los suyos.

Resultados:

Criterio	% cumpl.	Segunda evaluación	Mejora relativa	Nivel significación
1	71,4	90,1	65,4	p < 0,001
2	8,1	17,6	10,3	p < 0,01
3	11	20,3	10,4	p < 0,01
4	9,5	28	20,4	p < 0,001
5	24,8	41,2	21,8	p < 0,001
6	30	56,6	38	p < 0,001
7	40,5	62,1	36,3	p < 0,001
8	45,2	69,2	43,8	p < 0,001
9	18,1	46,2	34,3	p < 0,001
10	36,2	55,5	30,3	p < 0,001
11	12,9	38,5	29,4	p < 0,001

Conclusiones: Un buen control del paciente diabético ha demostrado una disminución del riesgo de complicaciones. La 1ª evaluación puso de manifiesto que la atención al paciente diabético era mejorable en muchos aspectos. Este estudio demuestra una vez más la efectividad de la metodología de mejora continua de la calidad. Para futuras evaluaciones se está considerando la utilización de métodos menos costosos en tiempo, como por ejemplo el muestreo para la aceptación de lotes (LQAS).

MEJORA DE LA CALIDAD DEL TIEMPO DE ATENCIÓN A PACIENTES EN UN CENTRO DE SALUD

M. Sánchez Lázaro, B. Pascual Guiroa, M.L. Rodríguez García, M.F. Roca Cubero, E. Romero García y R. Pérez Periago

C-234

Palabra clave: Atención Primaria, Tiempo de Consulta, Agendas, Accesibilidad.

Introducción: La calidad de la atención a los pacientes en las consultas de los Centros de Salud (CS) se ve afectada por las interrupciones del tiempo disponible por la intercurrencia de demandas, o por necesidades organizativas del médico de familia.

Objetivos: Evaluar y mejorar la calidad del tiempo disponible para la atención a pacientes en el CS Aguiles Norte.

Metodología: Se analiza el problema mediante un diagrama de causa efecto y se definen cuatro criterios de calidad, "c1" "reserva de tiempo mediante cita previa", "c2" "no atención a teléfono", "c3" "no falta documentación clínica" y "c4" "no falta material sanitario", especificando aclaraciones y excepciones para cada uno. La fuente de datos ha sido un registro específico de interrupciones de consulta en el CS Aguiles Norte y el marco muestral es el total de consultas realizadas durante dos semanas del mes de marzo de 2002. Se han seleccionado todos los pacientes atendidos en ese periodo de tiempo. La dimensión estudiada es accesibilidad y la evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

Resultados: Se han incluido 1.354 casos en el estudio. En la evaluación inicial los cumplimientos han sido 82,72% para "c1", 99,04% para "c2", 99,85% para "c3" y 99,63% para "c4". Los incumplimientos han sido respectivamente 234, 13, 5 y 2. El criterio 1 acumula el 92,13% de los incumplimientos. Las medidas correctoras han sido: el adiestramiento del personal que atiende el mostrador en el CS, intervenciones educativas a pacientes y carteles informativos sobre la cita previa y la atención a pacientes sin cita, la organización de las agendas para reservar tiempo para la atención de pacientes sin cita. En la reevaluación sobre 1.262 casos los cumplimientos han sido 87,83% (dif = 5,11%, p < 0,01) para "c1", 98,68% para "c2", 99,92% para "c3" y 99,75% para "c4". Los incumplimientos han sido 164,18,1 y 3 respectivamente. La disminución de incumplimientos ha sido de 27%.

Conclusiones: Ha mejorado la calidad del tiempo de atención a pacientes con la mejora del porcentaje de pacientes con cita previa, la principal causa de déficit de calidad.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN MODELO INTEGRAL DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

M.V. Fustero Fernández
Centro de Salud de Cariñena.

C-235

Palabra clave: Calidad, mejora continua.

Objetivo: Desarrollar e implantar un plan global de mejora continua de la Calidad, siguiendo un modelo progresivo de abordaje por problemas con ciclos de mejora para la prestación de una asistencia sanitaria mejor, adecuando los cuidados a las necesidades de la población, mejorando la continuidad de dichos cuidados y aumentando el grado de satisfacción de los profesionales y de los pacientes.

Metodología:

1. Formación en Calidad de varios miembros del equipo
2. Reestructuración del grupo de calidad existente en el equipo desde 1990
3. Presentación del plan elaborado al Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en Atención Primaria de Aragón.

Contenido del Programa integral de garantía de calidad del Centro de Salud de Cariñena (Zaragoza)

- Identificación inicial de problemas con un sistema doble: - Por los profesionales (Branswritting EAP, Brainstorming Grupo de Calidad y libro de sugerencias para los profesionales). - Por los usuarios (Cuestionario por correo a un grupo de informadores clave)
- Identificación continuada de problemas: - por los profesionales (RepeticIÓN anual de Branswritting EAP, Brainstorming Grupo de Calidad y análisis del libro de sugerencias). Por los usuarios (Análisis de las sugerencias y análisis de las reclamaciones).
- Priorización de los problemas detectados con la matriz decisional de criterios múltiples
- Realización de ciclos de mejora con los problemas seleccionados

Resultados: Se establecieron una serie de actividades que se han ido desarrollando en función del cronograma previsto: Reorganización del servicio de Urgencias; reparto de responsabilidades entre los miembros del EAP, para las diferentes áreas; instalación de buzones de sugerencias tanto en el centro de salud como en los consultorios locales; creación de un soporte (libro) para las sugerencias de los profesionales; revisión y actualización de algunos protocolos clínicos del EAP (HTA, Diabetes, Dislipemias, EPOC, Obesidad y Riesgo cardio-vascular), diseño, envío y análisis de respuestas de un cuestionario para informadores clave; reevaluación de la cumplimentación de la Hoja de Urgencias; reevaluación de la cobertura de vacunación infantil en la Zona de Salud; realización de un tríptico informativo para la población; puesta en marcha de la informatización del servicio de urgencias; evaluación del circuito y la calidad de la anticoagulación oral; modificaciones del perfil de prescripción antibiótica... (poner sólo el nº de actividades o las áreas....).

MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE SIN CITA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA EN UN CENTRO DE SALUD

E. Casado Galindo, M. García Moreno, M. Cano Moreno, M.P. Sánchez Fernández y E. López Torrecillas
Centro de Salud de San Diego.

C-236

Palabra clave: Atención Primaria, Calidad asistencial, Accesibilidad.

Introducción: Los pacientes que acuden a los Centros de Salud (CS) sin cita muchas veces no reciben una atención adecuada en tiempo y recursos, se atienden sobre la marcha, sin historia clínica, en un entorno emocional y de comunicación poco apropiado para una atención de calidad.

Objetivos: Evaluar y mejorar del proceso de atención al paciente sin cita en las Consultas de Pediatría del CS de San Diego de Lorca.

Metodología: Se analiza el problema mediante un diagrama de causa efecto y se definen tres criterios de calidad, "c1" "registro de la solicitud de consulta", "c2" "asignación de tiempo de acceso a consulta" y "c3" "Historia Clínica disponible en consulta", especificando aclaraciones y excepciones para cada uno.

La fuente de datos ha sido el registro específico de pacientes sin cita habilitado en el C.S. de San Diego y un formulario cumplimentado por los facultativos y el marco muestral las consultas sin cita atendidas en febrero de 2002. Se han seleccionado todos los casos.

Las dimensiones estudiadas son accesibilidad y científico-técnica y la evaluación es interna, retrospectiva y autoevaluada.

Resultados: Se han incluido 92 casos en el estudio. En la evaluación inicial los cumplimientos han sido del 0,0% para "c1", 86,961% para "c2" y 2,17% para "c3". Los incumplimientos han sido de 92 para "c1", 12 para "c2" y 90 para "c3". El los criterios 1 y 2 acumulan el 93,81% de los incumplimientos. Las medidas correctoras han ido dirigidas a.

En la reevaluación sobre 71 pacientes sin cita los cumplimientos han sido del 54,93% para "c1", 67,71% para "c2" y 54,93% para "c3". Los incumplimientos (ponderados) han sido 41 para "c1", 32 para "c2" y 41 para "c3". La disminución de los incumplimientos ha sido de un 42%.

Conclusiones: Ha mejorado el registro de pacientes sin cita y la utilización de la HC. Sin embargo el de la asignación de tiempo específico para el acceso a consulta ha disminuido. Será necesario diseñar agendas de consulta que permitan dedicar tiempo específico para pacientes sin cita.

PLAN DE MEJORA EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, EN UN CENTRO DE SALUD

C-237

S. Soto Villanueva, M.M. Soriano Caro, M. Jurado Sueiro, J.A. Veiga Paulet, B. Muñoz Gómez y T. Sanz Cuesta

Palabra clave: Cáncer de Cervix, Cribado, Citologías, Auditoría.

Objetivos: General.- Evaluación y mejora de la calidad del cribado de cáncer de cérvix en el EAP (Equipo de Atención Primaria). Específicos.- 1/ Aumentar el porcentaje de adecuación de las citologías solicitadas. 2/ Disminuir el porcentaje de mujeres que no acuden a la cita. 3/ Disminuir la demora para la citología.

Metodología: Ciclo de mejora y creación de un equipo de mejora multidisciplinar en el EAP.

Estudio del nivel de calidad: Evaluación del nivel de adecuación al Protocolo, mediante auditoría de 263 citologías (tamaño muestral calculado sobre 800 citologías anuales, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo de precisión del 5%), seleccionadas de forma consecutiva entre los meses de noviembre a marzo de 2000. La demora y el nº de mujeres que no acuden a las citas se obtuvo a partir del sistema de información del EAP.

Medidas correctoras implantadas en 2001:

- a/ Difusión del Protocolo entre los profesionales y usuarias (educación para la salud individual).
- b/ Mejora en la recogida de datos de las historias clínicas.
- c/ Disminuir las ausencias a la cita mediante la implicación del personal administrativo en las citaciones y entrega sistemática de un folleto informativo a las mujeres.
- d/ Implicación de enfermería en las tomas citológicas, sustituyendo períodos vacacionales.
- e/ Incremento del nº de citologías realizadas semanalmente.

Reevaluación del nivel de calidad: Análisis de todas las citologías citadas durante los 5 primeros meses de 2002. Las ausencias a la cita se han obtenido a partir del sistema de información del EAP.

Resultados:

Audit 1999: nº 263, Ausencias 36%, Citologías adecuadas 57%, Demora 51 días.

Enero 2002: nº 284, Ausencias 23%, Citologías adecuadas 88,6%, Demora 55 días.

Febrero: nº 147, Ausencias 11,5%, Citologías adecuadas 88,5%, Demora 29 días.

Marzo : nº 137, Ausencias 12,4%, Citologías adecuadas 86,2%, Demora 39 días.

Abril: nº 165, Ausencias 22,4%, Citol. adecuadas 91,6%, Demora 52 días.

Mayo: nº 158, Ausencias 15,1%, Citologías adecuadas 89,2%, Demora 33 días

Conclusiones: La metodología del ciclo de la calidad ha permitido: 1) Mejora significativa en la indicación de las citologías. 2) Disminución de las ausencias. 3) Tendencia a la disminución de la demora. 4) Implicación de los profesionales del EAP en la mejora del proceso.

MESA 28

Gestión de ingresos

Sala Roncal
Viernes 11, 9:00-10:00

ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS GENERALES URGENTES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE. FACTORES ASOCIADOS

M. Castro Bernárdez, M. Sande Mejide, J. Uribe Espinosa, M. García de la Vega Sosa, A. Blanco Sampayo y B. Uriel Latorre

C-239

Palabras clave: A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol); ingresos urgentes.

Objetivo: La proporción de ingresos urgentes en el Complejo Hospitalario de Ourense en el año 2000, se sitúa en un 71,17%. Se ingresan un 18,25% de las urgencias generales(excluidas pediátricos y ginecológico-obstétricas). Ambos indicadores parecen elevados, no siendo deseable para el buen funcionamiento del hospital una excesiva presión de urgencias, por ello consideramos necesario el: Estimar el porcentaje de ingresos inadecuados. Identificar los factores relacionados con la inadecuación.

Metodología: Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionó una muestra de 525 ingresos (para una situación inicial del 15% de inadecuación, un epsilon de 3 y un nivel de confianza del 95%). Cómo variables recogidas: datos de identificación, de atención/ingreso urgente, de estancia, de adecuación (sí/no, motivo) siguiendo el protocolo A.E.P. de la Universidad de Boston y distribuido por la Fundación Avedis Donabedian. La fuente de datos es la historia clínica. Revisión cruzada del 10% de las historias como control de calidad. Análisis descriptivo y regresión logística multivariante.

Resultados: Inadecuación del 7,1% (IC 95% 5,1-9,6). Solamente el día de la semana (lunes) y el grupo diagnóstico (IV: enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo y de la inmunidad; XIII: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo; XVI: signos, síntomas y estados mal definidos) influyen significativamente en el aumento de la inadecuación, independientemente del resto de variables introducidas en el modelo.

Conclusiones: No se confirma la hipótesis de que un porcentaje elevado de inadecuación justifique una elevada presión de urgencias en nuestro centro. La inadecuación presenta escasa variabilidad, posiblemente porque se mueve en niveles ya bajos. Se necesita investigar otros factores que justifiquen la presión (edad avanzada de la población, dimensión de la hospitalización en relación a la población, deficiencias en la asistencia a otro nivel...).

ADECUACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL GDR 383 MEDIANTE APLICACIÓN PROTOCOLO AEP

J. Álvarez Ponce, F. Marín Puerto, R. Díaz Peral, A. Arizti Bayón

C-238

Palabras clave: Calidad, Evaluación, Adecuación, Hospitalización
Objetivo: Evaluación del uso de la hospitalización de agudos. Identificar problemas subyacentes a la hospitalización inadecuada.
Hipótesis: Existencia de elevada proporción de ingresos y estancias inapropiadas.
Metodología: Aplicación "Appropriateness Evaluation Protocol", versión Adultos Médico-Quirúrgica. *Población: GDR 383 "Otros diagnósticos preparato con complicaciones médicas"*, altas en un año en hospital de > 600 camas. Objetivo del hospital por su alta incidencia y ganancia potencial. *Muestra:* 135 historias. Muestreo aleatorio simple en una sola etapa. Confianza del 95% y error 5%. *Revisión de historia clínica:* Estudio Observacional Retrospectivo. Dos revisores, entrenamiento de revisores, revisión cruzada y consenso. *Fuentes:* Historia clínica, CMBDA, Codificaciones del hospital y encuesta de validación. Oferta procedimiento diagnósticos ambulatorios y Demoras. *Análisis:* Adecuación de ingresos, estancias, y causas de inadecuación.. Relación con tipo y procedencia del ingreso, facultativos, edad, localidad paciente, diagnóstico principal. Test de significación estadística variables cuantitativas. *Criterios extraordinarios:* Pacientes Diabéticos o Prediabéticos, validación según "Guía Hospitalaria" e ingreso de pacientes con Hipertensión con riesgo de preeclampsia.

Resultados: 1. 100% de aceptación de la encuesta aplicada para la evaluación de la calidad de la codificación. 2. *Adecuación de Ingresos:* Adecuados 75,6% Inadecuados 24,4 %. Significación estadística ($p < 0,05$) con variables "Localidad" y "Diagnóstico principal" cie. 648,83 y 648,93. 3. *Causas de Inadecuación ingresos:* Nº1 "Pruebas, pueden realizarse en consultas externas" 94% de los casos, Nº2 "Pruebas, pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente vive lejos como para efectuarse de forma rápida" 30,3% casos. Significación estadística ($p < 0,05$) con la variable "Localidad". 4. *Adecuación de Estancias:* Adecuadas 48,3%, Inadecuadas 51,7%. Relación ($p < 0,05$), con variables "Facultativo", "edad", "Localidad", cie. 648,83, 642,03/23/33/43, 643,03/23/63/83/93. *Causas de Inadecuación:* Nº34 "Diag-Tto. puede realizarse externo" 48,1%. Nº25.- "pendiente de resultados pruebas diagnosticas/interconsultas" 21%, Nº32 "no alta rápida, conseguido propósito hospitalización, no agudo" 16,1%. Relación ($p < 0,05$) con variables "Facultativo", "edad", "Localidad". 1. Estancia Media "Apropiadada (AEP)": 4 días. Ganancia potencial: 447 estancias (89% objetivo GDR).

Conclusiones: Se confirma la hipótesis planteada. Se objetivan las causas de inadecuación y su imputabilidad a la práctica clínica, la organización del hospital y el entorno del paciente, posibilitando la introducción de mejoras.

REVISIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS. UN ESTUDIO CONCURRENTE DE 700 CASOS

J. Moliner, M. Arencibia, J.I. García, A. Vicente, R. Fernández e I. Barrasa Hospital Clínico Universitario.

C-240

Palabra clave: Evisión de la utilización, hospital universitario.

Objetivos: Conocer la proporción de días inadecuados en el hospital y su relación con variables del paciente y del tipo de Servicio. Analizar la distribución de motivos de estancias inadecuadas.

Metodología: Revisión de días de estancia utilizando el AEP, evaluando todos los pacientes que permanecían hospitalizados un día determinado y que llevaban al menos 24 horas en el hospital. Se evaluó la adecuación del día anterior (de las 0 a las 24 horas), mediante la revisión de la historia clínica por parte de residentes de Medicina Preventiva, previamente entrenados (con sesiones formativas de discusión de casos y un estudio de concordancia). Período de estudio: días elegidos al azar, de lunes a jueves, entre octubre del 2001 y marzo del 2002. De cada caso se recogió: edad, sexo, servicio, días de hospitalización hasta el día revisado, adecuación del día de estancia y motivos de inadecuación, en su caso. Las comparaciones de variables se hacen con los test de ji al cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se revisaron 697 días de hospitalización, correspondientes a 665 pacientes. El 54,2% de los pacientes son varones, edad entre 16 y 99 años (media 66,2) Los casos corresponden a 25 Servicios del Hospital. Entre el día de ingreso en el hospital y el día en que se revisó la adecuación pasaron entre media 11,8 días. El 39,02% de los días de estancia (272 de 697; IC 95%: 35,4%-42,7%) no son adecuados según los criterios del AEP. El porcentaje de días inadecuados es algo mayor en mujeres y en pacientes de más edad, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Tampoco la distribución de casos por tipo de Servicio, médico o quirúrgico, presenta diferencias significativas. Si resulta más probable encontrar días inadecuados cuanto más tiempo lleva hospitalizado el paciente, y también parece más probable en los casos de los Servicios que tienen valores más altos en los indicadores "porcentaje de ocupación" y "estancia media".

Los casos relacionados con la espera debida a pruebas o cirugía (programar, recibir resultados) son los más frecuentes (46% del total de días inadecuados). El otro gran grupo de motivos son los atribuidos a decisiones del médico responsable del paciente (40%, la mitad de ellos por actitud conservadora). El 4% de los días inadecuados se relacionan con la espera de traslado a otro hospital. Apenas el 1,5% se pueden atribuir a motivos sociales. Es más frecuente el motivo "pendiente de interconsulta" en los casos de Servicios con mayor estancia media, y más el de "actitud médica conservadora" en los servicios quirúrgicos.

Conclusiones: Existe una importante proporción de mejora en la gestión de la utilización de las camas del hospital. El análisis de las variables relacionadas y la comparación con estudios previos permite apuntar hipótesis sobre cuáles serán las intervenciones más efectivas.

RESULTADOS EN LA ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS AL INTERVENIR SOBRE LAS ESTANCIAS

P. Antón, J.M. Aranaz, S. Peiró, V. Ruiz, E. Leutscher y S. Lorenzo

C-241

Palabra clave: Utilización hospitalaria, Revisión de la utilización, Intervención controlada.

Objetivo: Conocer el impacto en la proporción de ingresos inadecuados interviniendo sobre las estancias, con la participación de los propios facultativos, en servicios de Cirugía General en Hospitales Universitarios de la provincia de Alicante.

Método: Estudio cuasi-experimental pretest-postest, con grupo control no equivalente, realizado en los servicios de Cirugía de 3 hospitales universitarios. Previamente se realizó un estudio de fiabilidad. Las estancias fueron revisadas por tres revisores independientes. Se evaluaron, de forma concurrente, 407 admisiones durante 4 semanas (1-2-1). Realizándose charla previa a los Jefes de Servicio en ambos grupos; el grupo de intervención (GI), compuesto por dos hospitales, recibió charla estructurada a los facultativos al inicio del periodo de intervención, información (Feedback) del periodo pretest, a mitad del periodo de intervención y aplicación de adeQhos® (cuestionario de autoevaluación) a todas las estancias, durante las dos semanas que duró el periodo de intervención. Se calcularon las proporciones de inadecuación y se estimaron las diferencias entre periodos, utilizando el Appropriateness Evaluation Protocol.

Resultados: En el estudio de fiabilidad previo, se alcanzó índices de concordancia simple superiores al 90% y valores del estadístico kappa en niveles de acuerdo excelente. En el GC los resultados por periodos fueron de 22,6%, 20,3% y 13% Para el GI de 23%, 7,2% y 4,9%. Si bien se observó una tendencia, en ambos grupos, hacia la disminución de la inadecuación, no se encontraron diferencias significativas entre el periodo basal y el resto de periodos en el GC ($p = 0,791$ y $p = 0,591$), pero sí en el GI ($p = 0,000$ y $p = 0,003$).

Conclusiones: 1. adeQhos® resultó de fácil cumplimentación, con mínimo esfuerzo en el pase de visita, siendo altamente efectivo en la mejora de los resultados. 2. La aplicación de adeQhos® y feedback son un complemento excelente en del protocolo de adecuación de la hospitalización. 3. El efecto se mantiene más allá del periodo de intervención y su uso periódico puede tener un efecto de claro refuerzo, para mantener en el tiempo las mejoras alcanzadas en la adecuación. 4. La intervención sobre las estancias tiene una efecto importantísimo sobre la adecuación de los ingresos.

PROGRAMA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ADMISIÓN

F. Martín Jusdado, J.R. Alcaide Costa, P. Colastrá Miranda y V. Ureña Vilardell

Hospital Ramón y Cajal, Unidad de Calidad.

C-242

Palabra clave: Servicios de Admisión, gestión de calidad.

Resumen: En un Servicio de Admisión se desarrollan un gran número de procesos que necesariamente deben estar estandarizados y bajo control. Además, dada su amplia gama de clientes, es importante tener implementado un buen sistema de monitorización para detectar oportunidades de mejora.

Objetivos: Implantar un Programa de Calidad del Servicio de Admisión, basado en la estandarización de procesos clave y su gestión mediante la monitorización de indicadores relevantes.

Metodología: El Programa de Calidad se inició en 1999 y termina su implantación en el año 2002. Se han desarrollando las siguientes acciones: 1.- Establecer las bases organizativas del programa de calidad (1999): Constituir una Comisión de Objetivos y nombrar un responsable de calidad, elaborar el organigrama funcional del Servicio, identificar los procesos clave y sus responsables.

2.- Diseño de procesos (mediante diagramas de flujo) e identificación de clientes (1999-2001).

3.- Definir criterios de calidad, estándares e indicadores de los procedimientos diseñados (2000-2002).

4.- Monitorizar indicadores, comparar los resultados con sus estándares e implantar de acciones de mejora (a partir del 2000).

Resultados: Se identificaron 20 procedimientos y todos ellos han sido diagramados y actualizados por sus responsables. Hasta el momento actual se han definido criterios y estándares de calidad en 9 procedimientos y se han monitorizado sistemáticamente 13 indicadores. Entre otros se ha trabajado con procedimientos de gestión de lista de espera quirúrgica, citación de consultas externas y pruebas diagnósticas, citación de consultas de preoperatorio y pruebas de preanestesia, y gestión de propuestas de canalización de pacientes de o a otros centros. Los resultados obtenidos han permitido comprobar el cumplimiento de 9 de los estándares y establecer diversas acciones de mejora.

Conclusiones: La estandarización de procesos constituye una buena herramienta para la implicación del personal, la detección de duplicidad de tareas y su reorganización. La monitorización de indicadores genera, por si misma, una tendencia hacia la mejora continua. Además, cada persona cuenta con su propio manual de trabajo, ha constatado la importancia que tienen sus actividades para el buen desarrollo de los procesos y aprecia y conoce el trabajo de los demás.

MESA 29

Coordinación atención primaria-atención especializada

Sala Bardenas-Belagua
Viernes 11, 9:00-10:00

C-243

INTEGRACIÓN DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA: IMPLICACIÓN VERSUS PARTICIPACIÓN (PRIMARIA/HOSPITAL)

A. Pérez Pons, LL. Guillamet Juncà, I. Cerdà Calafat, R. Clos Molina, M. Casadevall Ginestet y R. Carrera Goula

Palabra clave: Implicación, participación, primaria, hospital.

Resumen: La asistencia de Cirugía Ortopédica y traumatología (COT) estaba dividida entre el CAP Osona (primaria) y el Hospital General de Vic (HGV). A 2001 se realizó la integración de 3 especialistas al HGV con un sistema organizativo innovador que permitía transformar los contactos de participación con atención primaria, en contactos de implicación.

Objetivos: Aprovechar la integración de COT para mejorar la atención a los pacientes y reducir las listas de espera, implicándose tanto el ICS como el Hospital, en el uso compartido de recursos y tecnología.

Metodología: Se siguieron los principios organizativos de CCEE del HGV, que consisten en: 1) Reducir la lista de espera de primeras visitas 2) Valoración, diagnóstico y pruebas complementarias (Rx simple) en un único acto asistencial; 3) Informe mecanografiado con valoración y resultados de pruebas, tratamiento y conducta a seguir, 4) Visitas tanto por la mañana como por la tarde, dando así el máximo período de cobertura posible para los usuarios.

Se realizó el análisis del impacto de la integración y las repercusiones de documentación y servicios centrales, propiciando la implicación del ICS y el HGV. El ICS asumió el consultorio, enfermería, RX y el hospital asumió el coste de los profesionales, las pruebas complementarias, el material logístico y informático. Así, las visitas de COT para los usuarios derivados desde primaria se realizaban en el CAP Osona y el resto de derivaciones (propio hospital, urgencias y otros centros) se realizarían en el HGV. La documentación usada de COT es la misma, en red con el hospital, independientemente del lugar de visita.

	2000	2001
Primeras visitas	2.592	5.799
Lista de espera	26 días	15 días
Índice de reiteración	3,34	2,7

Actividad COT HGV realizada en CAP Osona (año 2001)

88,5% de las primeras visitas, un 47,7% dados de alta (96,4% médico cabecera). Programación quirúrgica 4,9%. RX simple misma visita 30%. 22,1% productos intermedios. 8,9% rehabilitación.

Conclusiones: Integración ágil, gracias a la implicación de todos los profesionales y las dos instituciones. Reducción de la lista de espera y el índice de reiteración. La capacidad resolutiva de las visitas realizadas en el CAP Osona es de casi el 50%.

INFORMACIÓN CLÍNICA ÚNICA. ELIMINANDO BARRERAS ENTRE NIVELES

F. Silvestre Pascual, F. Almenar Roig, F. Vera Espallardo y Vivente Tortosa
Hospital de Sagunto.

Palabra clave: Sistema de información de área. Codificación en atención primaria. Historia electrónica.

Objetivo: Facilitar el intercambio de información clínica relevante entre niveles asistenciales por medio de un subsistema de información que utilizando la CIE 9 MC, permita la existencia de un diccionario de diagnósticos único de área.

Metodología: Tipo de estudio descriptivo, la población a estudio son los registros de información clínica, diagnósticos, de los profesionales de un centro de salud del área sanitaria a estudio. El periodo a estudio corresponde a tres años. Las variables a estudio son los pacientes atendidos, diagnósticos codificados y en texto libre y los profesional que efectúan la asistencia. Se analiza el número de casos con y sin codificar, la tasa de repetición de códigos y los registros no codificables cuantificándolos por causas.

Se desarrolla un subsistema de conversión del lenguaje natural "Duende", recogido en el sistema informático de primaria, que permite su validación y codificación por documentalistas quienes determinan las expresiones diagnósticas aceptables por el sistema. Se discrimina el centro emisor y el profesional para devolver la información codificada al paciente y al episodio que la generó. Las expresiones diagnósticas múltiples se transforman en tantos códigos como diagnósticos expresan. Realiza la codificación automática de las expresiones identificadas con anterioridad, referenciando las expresiones rechazadas a su código correspondiente.

Resultados: De los registros analizados el 43% se encontraba codificado, tras la intervención y puesta en marcha del sistema "Duende" se alcanza un 97,9% de codificación, conservando el lenguaje expresado de forma habitual en las consultas.

Conclusiones: El alto grado de codificación alcanzado permite valorar positivamente el subsistema diseñado facilitando el intercambio de información en el lenguaje médico habitual. Es labor de los documentalistas el estudio de las bases de datos de atención primaria para dar respuesta a las necesidades de clasificar y codificar la información clínica de uso habitual en atención primaria. Y es imprescindible la comunicación con el facultativo de primaria para aumentar la especificidad de los diagnósticos.

C-244**C-246****PLAN DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA**

A. Gimeno Aznar, J. Apezteguia Urroz, L. Gabilondo Pujol, A. Galindez Zubiría, N. Loyola Eraso y J. Sada Goñi
Dirección Atención Primaria.

Palabra clave: Coordinación Primaria – Especializada.

Resumen: Tras una primera fase de análisis de situación y actuaciones de carácter estructural y normativo (1998-2000) se pone en marcha el "Plan de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada" (septiembre 2000). El Plan conlleva la corresponsabilidad de ambos niveles en sus objetivos y compromisos que se concretan con carácter anual en los "Pactos de Coordinación" que los años 2001 y 2002 han suscrito ambas Direcciones.

Marco General: Concreta 7 objetivos estratégicos. Establece un cronograma básico de actuaciones hasta 2004.

Estructura formalmente constituida:

- Dirección Técnica.
- Unidad Técnica Coordinación.
- Comité Técnico Coordinación.
- 18 Coordinadores Ambulatorios.
- 17 Comités de Mejora, uno por especialidad.

Principales resultados alcanzados:

- Aplicación efectiva libre elección y personalización atención ambulatoria. Ej.: atención preferente máximo 10 días.
- Cita directa a Especializada de primeras consultas y revisiones desde los 38 Centros Salud.
- Remisión electrónica a los 38 Centros e incorporación automática a historia informatizada de:
 - Informes de primeras consultas especializadas (50,95%).
 - Peticiones y recepción de resultados de laboratorio.
 - Se ha iniciado remisión de informes de alta hospitalaria y urgencias.
 - Se han realizado dos evaluaciones de calidad de volantes interconsultas.
 - Fijación de compromisos conjuntos de lista de espera, oferta y demanda de primeras consultas y preferentes entre ambas direcciones los años 2001 y 2002. Incorporación posterior a pactos de gestión de Primaria y Especializada.
 - Puesta en marcha de "Sistemas de Información de Origen de las Consultas" (SIOC). Hoy afirmamos es fiable. Mensualmente en Intranet desde el día 7-8: demanda y actividad por origen y destino, espera real media por especialidad, personas en espera más de 30 días, etc.
 - A cada médico Primaria cada seis meses informe individualizado.
 - Se han realizado dos encuestas de evaluación cruzada sobre la satisfacción con la coordinación: mejora de la percepción 60% especializada y 88% primaria.
 - Constitución de 17 comités de mejora y 8 grupos de trabajo específicos con profesionales de ambos niveles:
 - En 13 especialidades planes específicos de mejora en marcha.
 - Primeros protocolos conjuntos ya en Intranet.

PROGRAMA PILOTO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO A PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER

M.G. Torras Boatella, A. Guarga Rojas, M. García Carasusán, N. Serra Tauler, P. Solans Julian, J. Puig Campanya, J. Costa Borrat, J.M. Picas Vidal y H. Isàbal Roca

Palabras clave: Cáncer, Coordinación, Hospital, Atención primaria de la salud.

Objetivos: Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (hospital-atención primaria). Agilizar el proceso diagnóstico ante la sospecha de cáncer, reduciendo el tiempo transcurrido des de la consulta del médico de cabecera hasta el diagnóstico y tratamiento. Analizar la adecuación de los casos sospechosos de cáncer derivados al circuito rápido.

Metodología: El proyecto se impulsó desde el Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB), entidad que actúa como mutua pública en la ciudad de Barcelona. Se constituyó un grupo de trabajo formado por todos los agentes implicados en el proyecto: representantes de los equipos de atención primaria, de los hospitales y del CSB, que se encargó de la puesta en funcionamiento del programa. El programa, cuya fase piloto se inició durante el mes de noviembre del año 2001, incluyó 20 Zonas Básicas de Salud, dando cobertura a 436.128 personas de la ciudad (aprox. el 29% de la población de Barcelona). En esta fase inicial se priorizaron los siguientes tipos cánceres: pulmón, próstata, mama y colon - recto. Se identificaron los signos y síntomas guía que determinan la sospecha de cáncer para cada una de las localizaciones escogidas y se especificaron las pruebas complementarias que se realizarían. Se establecieron los circuitos y los mecanismos de coordinación necesarios para la derivación de los casos desde los centros de salud al hospital. Se determinó la información necesaria para la evaluación del programa, elaborándose una hoja específica para facilitar el registro y el intercambio de información clínica. En abril del 2002, se realizó un primer análisis, para valorar si los circuitos establecidos, se estaban consolidando y eran convenientemente utilizados. El análisis no incluyó el perfil demográfico ni la clínica ni los tiempos transcurridos, cuya evaluación está prevista en diciembre del 2002, después de 1 año de funcionamiento.

Resultados: Entre noviembre del 2001 y abril del 2002, fueron incluidos en el programa 135 casos, el 55% de los cuales eran sospechas de cáncer de colon-recto. Se detectó una desigual utilización de los circuitos establecidos en el territorio, algunos casos habían sido derivados al hospital a través de los especialistas vinculados a los centros de atención primaria u otras vías. La hoja específica no se utilizaba sistemáticamente para la derivación de pacientes. Ante la indicación de una colonoscopia, esta no era suficientemente accesible en algunos casos.

Conclusiones: La consolidación de los circuitos establecidos requiere de la implicación de todos los profesionales que trabajan en el entorno de la atención primaria (médicos de familia y otros especialistas) y en los hospitales. Es importante identificar un responsable del programa en cada centro de salud y en cada hospital. Es fundamental garantizar el acceso rápido a cualquier prueba diagnóstica de las que estén previstas dentro de los circuitos preferentes.

C-245**C-247****MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA (I.E.A.)**

D. Morán Casado, R. Lavín Bollaín, M.A. Marquínez Carrión, M. Peñáver Fernández y B. García Diana
Hospital Universitario Marques de Valdecilla.

Palabras clave: Continuidad de Cuidados, Relación interniveles, Informe Enfermería.

Introducción: El I.E.A. es el resultado del Proyecto multicéntrico de continuidad de cuidados Atención Primaria (AP) - Atención Especializada (AE) del Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: 1) Conocer el grado de cumplimentación del I.E.A. en Atención Especializada. 2) Evaluar la Calidad de cumplimentación del Informe. 3) Conocer el porcentaje de I.E.A. recibidos en Atención Primaria.

Metodología: Período de estudio: febrero 2001. Población: pacientes con alta del Hospital "Valdecilla" y Hospital "Sierrallana" y pacientes recibidos en AP. Tipo de estudio: Hospital "Valdecilla": muestreo aleatorio estratificado del 20% de las altas a domicilio, un mínimo de 10 y un máximo de 20 historias por Unidad de Hospitalización, precisión: 2,7% y un intervalo de confianza entre el 92 y 97%. Hospital "Sierrallana": revisión del total de las altas producidas en el periodo de estudio. Recogida de datos: cuantitativos: aportados por historia clínica (I.E.A.) y el Servicio de Admisión. Qualitativos: obtenidos del registro elaborado con 20 criterios. Profesionales encargados: cumplimentación: enfermeras de hospitalización; evaluación: enfermeras del Grupo de Trabajo, Área de Calidad y enfermera responsable de cada Centro de Salud. Definición de índices: Índice de I.E.A. realizados, Índice de Calidad de Cumplimentación del I.E.A. e Índice de Recepción del I.E.A. en AP.

Resultados: 1) Cumplimentación: Hospital "Valdecilla": 67,8%; Hospital "Sierrallana": 97%. 2) Calidad de Cumplimentación: Hospital "Valdecilla": 83,8%; Hospital "Sierrallana": 64,3%. 3) Recepción en AP: G.A.P 1: 15%; G.A.P. 2: 82%. Estos resultados junto con la opinión de las enfermeras por medio de Grupos de trabajo, han permitido realizar modificaciones al documento.

Conclusiones: El I.E.A. garantiza la continuidad de la Atención sanitaria por medio de la provisión de cuidados y mejora la satisfacción de los profesionales de ambos niveles. La evaluación asegura la calidad de los cuidados de enfermería al alta. Medidas correctoras: Difusión de resultados. Estudiar la población beneficiaria del I.E.A. Rediseñar los canales de comunicación teniendo en cuenta las características de cada Área de Salud. Establecer nuevos indicadores que permitan evaluar el resultado de los objetivos previstos en el Proyecto, abordando en esta nueva fase, el grado de satisfacción del paciente.