

## Defensa de pósters (I)

### LA ACCESIBILIDAD DEL SITIO WEB DE UN HOSPITAL, ÁREA PRIORITARIA DE MEJORA

M.T. Jiménez-Buñuelas, P. González-Diego,  
A.C. López-Martínez, L.M. Marrodán-Gil y C. Emparan  
*Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.*

P-002

**Palabras clave:** Tecnologías de la información y la comunicación.

**Introducción:** Desde la Dirección Gerencia y la Unidad de Medicina Preventiva se ha considerado prioritario mejorar la accesibilidad del sitio web del Hospital, con el fin de reducir las barreras de comunicación y lenguaje, en sintonía con los objetivos de la Estrategia de Política de Salud para Todos en el siglo XXI de la Región Europea de la OMS en el objetivo 2, Equidad en Salud, y los planes de acción de la Unión Europea (eEurope 2002 y eEurope2 005), alineada con el objetivo de reducir las dificultades ligadas a la accesibilidad de la Organización y la mejora continua (siete acreditaciones obtenidas antes de diciembre de este año).

**Objetivos:** Determinar el grado de accesibilidad según los estándares de la Web Accessibility Initiative (WAI) y el test de accesibilidad web (TAW) del sitio web del Hospital. Diseminar la accesibilidad como requisito prioritario en la arquitectura y diseño de sitios web de contenido médico con el fin de facilitar el acceso de todas las personas.

**Metodología:** Se llevó cabo un análisis de campos de fuerza (ACF) para diseñar estrategias de implantación de actividades de gestión de calidad. Se ha aplicado el test de accesibilidad web (TAW). El TAW se basa en un conjunto de pautas o reglas básicas de accesibilidad desarrolladas en la Web Accessibility Initiative (WAI) del World Wide Web Consortium (W3C), de ámbito europeo.

**Resultados:** A lo largo de los cinco años, se han implementado diferentes versiones del sitio web del Hospital. Se estudiaron los criterios de accesibilidad considerados como estándares en los tres grados de prioridad que establece la WAI. El TAW considera que una web no tiene problemas de accesibilidad cuando no detecta problemas de prioridad 1 (la web debe satisfacer esos puntos de verificación) tanto de forma automática como manual. En la evaluación de la última versión, se han detectado 23 problemas de accesibilidad. Entre las soluciones propuestas ante las oportunidades de mejora detectadas, está el proporcionar un texto equivalente para todo elemento no textual (imágenes, representaciones gráficas del texto, mapas de imagen, animaciones y objetos programados), por ejemplo, a través de "alt", "longdesc" o en el contenido del elemento.

**Conclusiones:** Es necesario desarrollar la arquitectura y el diseño de los sitios web respetando los requerimientos de accesibilidad y potenciar las iniciativas que mejoren la accesibilidad de las webs de contenido sanitario por el elevado beneficio que generan en la sociedad.

### ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL GIMNASIO DEL HAG DURANTE UN AÑO

J.L. Ruiz, E.S. Sueza, M.A. Ramírez, E. Mercado y P. González  
*Hospital Alto Guadalquivir.*

P-001

**Palabras clave:** Fisioterapia, Rehabilitación.

**Introducción:** Las terapias físicas y rehabilitadoras son cada vez más demandadas por la población en general. Por otro lado la actividad quirúrgica de un Servicio de Traumatología, debe ser complementada en la mayoría de los casos por este tipo de tratamientos para que sus resultados sean los deseados. Esta demanda tanto interna como externa obliga a rentabilizar al máximo los recursos de los que disponemos, evitando ineficiencias. Esto solo puede ser posible desde el conocimiento detallado de la actividad que se realiza en un gimnasio, del tipo de técnicas que se realizan, tiempo que ocupa cada técnica, etc.

**Objetivo:** Describir la actividad realizada en el gimnasio del HAG, durante un año, haciendo especial hincapié en el tipo de enfermos tratados, el tiempo que se emplea en cada tipo de paciente, el número de pacientes que trata cada fisioterapeuta, el número de altas y bajas de gimnasio y las demoras para pacientes no demorables, preferentes y normales.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de la actividad del gimnasio durante un año (01/05/2004 a 01/05/2005). **Fuentes:** o Informe quincenal remitido al DLP traumatológicos. o Informe de actividad general del HAG, de periodicidad mensual. El personal a cargo del gimnasio son: dos fisioterapeutas en turno de mañana y uno en turno de tarde con un celador 4 horas.

**Resultados:** El día 1 de junio del 2004 había 296 pacientes en lista de espera de Gimnasio, los pacientes no demorables iniciaban su tratamiento tras 10 días de espera, los preferentes en 120 días y los normales en 365. El 01 de junio del 2005 los no demorables esperan un día, los preferentes 29 días y los normales 92 y hay 99 pacientes en lista de espera.

**Conclusiones:** El conocimiento detallado de la actividad de un Gimnasio de rehabilitación es absolutamente necesario para planificar su funcionamiento eficiente. El control periódico de dicha actividad, en forma de cortes transversales dos o tres días de cada mes, junto con la mejora de los criterios de alta parecen ser los factores que mas han influido en la mejora de los datos del gimnasio del HAG.

### IDONEIDAD DE DERIVACIONES ¿ES FIABLE NUESTRA EVALUACIÓN?

P. Rodríguez-Cundín, T. Dierssen-Sotos, M. de la Cal López y M.J. Cabero-Pérez  
*Servicio cantabro de Salud.*

P-003

**Palabras clave:** Idoneidad, Derivaciones.

**Objetivos:** Evaluar la adecuación al protocolo de las derivaciones realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada por cefalea y lumbalgia.

**Métodos:** Se han evaluado las derivaciones por los procesos seleccionados realizadas desde los centros de salud de una Gerencia en el período comprendido entre los meses de abril y junio de 2004. El grupo evaluador de cada proceso de derivación lo constituyeron 3 personas: un facultativo especialista del hospital, un miembro de la Gerencia de Atención Primaria del área no evaluada y un miembro de la Subdirección del Desarrollo y Calidad del Servicio de Salud. Para determinar la idoneidad de la derivación se establece el acuerdo de al menos 2 de los evaluadores. Si no existe tal acuerdo se tomará como válida la opinión del especialista. Para establecer la fiabilidad de la evaluación o concordancia entre observadores se ha realizado una revisión a tres bandas de forma independiente y enmascarada en relación al médico que realiza la derivación, calculándose el índice kappa y su intervalo de confianza al 95%.

**Resultados:** Se han evaluado 59 derivaciones de cefalea y 114 derivaciones de lumbalgia realizadas en el trimestre de estudio, de las cuales se excluyeron 6 del primer proceso y 2 del segundo. De las derivaciones valorables de cefalea 25 se consideraron correctas de acuerdo al protocolo, con lo que la adecuación fue del 47,2% [33,3-61,4%], 8 hojas se consideraron incompletas (15,1%) y 20 (37,4%) inadecuadas. De las derivaciones valorables de lumbalgia 63 fueron adecuadas (56,3%), 35 (31,3%) se consideraron incompletas por al menos 2 de los evaluadores y 14 inadecuadas. En cuanto a la concordancia en la evaluación tomando 3 categorías (adecuada, inadecuada y sin datos) se obtuvo un kappa global de 0,36 [0,22-0,51], lo que supone una concordancia pobre de acuerdo a la clasificación de Fleiss, en el caso de las cefaleas y un kappa global de 0,62 [0,52-0,72], lo que supone una concordancia moderada, en el caso de las lumbalgias.

**Conclusiones:** La evaluación retrospectiva de la adecuación al protocolo siempre tiene cierto carácter subjetivo a pesar de usar un protocolo de referencia, aspecto que queda patente en nuestro estudio con los resultados obtenidos.

**LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Santiago-García, A. Barragán-Pérez, M. Moreno-Valero, J. Martínez-García, J. Foncubierta-Martínez y A. García-González  
Gerencia de Atención Primaria. Murcia.

**P-004**

**Palabras clave:** Demoras, Atención primaria, Oportunidad de mejora.

**Objetivos:** Evaluar la accesibilidad a los servicios sanitarios en Atención Primaria. Analizar las agendas de consulta médica en un Área de Salud.

**Métodos:** Ámbito y emplazamiento: Centros de Salud y Consultorios informatizados del Área de Salud de Cartagena. Valoración de la demora para obtener cita para consulta médica a través de todas las agendas informáticas del Área creadas con la aplicación OMI-AP. Se consideró agenda potencialmente generadora de demora (en adelante demora) a la agenda sin hueco libre a citar por el personal administrativo. La búsqueda del hueco libre se realizó mediante procedimiento automatizado lanzado durante la noche previa al día analizado. Se determinaron en todas las agendas cuales eran los códigos de hueco considerados como de libre acceso por el personal administrativo. Se evaluaron las siguientes situaciones-problema: 1. *Demora actual:* Agendas de Médicos de Familia (MF) y Pediatras (P) que en la última evaluación (Marzo-2005) presentaban demora. 2. *Demora continua:* Agendas de MF y P que presentaban demora en más del 50% de las evaluaciones (4 de las 8 efectuadas en 2004). 3. Número de días de demora. Se analizó el problema de demora con el diagrama de causa efecto (Ishikawa), relacionándolas con sus causas potenciales. Se propusieron 10 medidas correctoras, abordando cada una: medidas de tipo organizativas, liderazgo, registros, informatización, etc. *Análisis estadístico:* Distribución de frecuencias.

**Resultados:** Número de agendas informatizadas en Enero-2003: 112 de MF y 33 de P (145 en total) Número de agendas informatizadas en Octubre-2004: 128 de MF y 38 de P (166 en total) Intervención: Noviembre-2003. Agendas con demora: Enero 2003: 58,1% Marzo 2003: 33,1% Julio 2003: 39% Octubre 2003: 57,4% Enero 2004: 42,8% Marzo 2004: 32,9% Julio 2004: 18,7% Octubre 2004: 24,7% Enero 2005: 28,3% Marzo 2005: 27,7%.

**Conclusiones:** 1. Las intervenciones sobre las demoras en el acceso a consulta han contribuido a disminuir su frecuencia. 2. El diagrama de Ishikawa ha permitido el análisis global del problema y el conocimiento de su pluricausalidad. 3. La demora en Atención Primaria debe ser inexistente, por lo que es preciso continuar con la aportación de soluciones para la consecución de este objetivo.

**MEJORA DE LOS TIEMPOS DE ESPERA DE RESULTADOS DE GASOMETRÍAS EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA**

M. Pérez-Maiquez, J.M. Sánchez-Nieto, I. Veracruz, A. Carrillo, C. Belmonte y T. Abellán  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-005**

**Palabras clave:** Demora, Gasometrías, Consultas.

**Introducción:** Los pacientes en consulta de neumología (NML) son evaluados mediante gasometrías arteriales (GA). Los resultados, tras procesarse en laboratorio, son remitidos a la consulta. Se ha observado en esta secuencia un tiempo de demora excesivo en los resultados.

**Objetivos:** Aplicar un ciclo de mejora en el problema detectado.

**Material y métodos:** Medición cuatro criterios explícitos relacionados con tiempos. *Criterio 1:* Tiempo entre extracción y envío a laboratorio no > 5 minutos. *Criterio 2:* Tiempo entre envío a laboratorio y emisión de resultados no > 8 minutos. *Criterio 3:* Tiempo entre emisión de resultados y recepción en consulta no > 15 minutos. *Criterio 4:* Tiempo total entre petición inicial y recepción por el facultativo no > 28 minutos. Dimensión estudiada: accesibilidad. *Tipo de datos:* de estructura y de proceso. Unidades de estudio: muestras de gasometría obtenidas de los pacientes. *Fuente de datos:* Hoja de medición de tiempos. *Identificación de casos:* pacientes de consulta con petición de GA. *Muestreo:* consecutivo. Período de tiempo evaluado: de enero 2005 a abril 2005.

**Resultados:** 47 muestras primera evaluación y 34 muestras (re)evaluación. Criterios primera: Cr1: 9 (19,1%), Cr2: 28 (59,5%); Cr3: 6 (12,8%), Cr4: 22 (46,8%). Medidas de intervención: Cambio en el circuito de información de resultados, con sustitución del informe impreso en papel por visualización en intranet a tiempo real. Criterios (re)evaluación Cr1: 5 (14,7%), Cr2: 25 (73,5%), Cr3: 0 (0%), Cr4: 12 (35,3%).

**Conclusiones:** 1. Existe mejoría significativa en el criterio tres, que es el relacionado directamente con la medida de intervención aplicada. 2. El criterio dos relacionado con aspectos estructurales (de laboratorio) experimenta poca mejoría repercutiendo poco en el área de mejora conseguida.

**INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD DE LA CITAS A CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

P. Rodríguez-Cundín, T. Dierssen-Sotos y M.L. Tato-Antonio  
Servicio cantabro de Salud.

**P-006**

**Palabras clave:** Accesibilidad, consultas externas.

**Objetivos:** Identificar indicadores de accesibilidad en las citas a partir de los datos de agendas de atención especializada y factores asistenciales relacionados.

**Métodos:** El análisis de accesibilidad se ha desarrollado mediante la explotación de la base de citaciones de un hospital comarcal durante 1 semana del mes de agosto. Para la evaluación de la accesibilidad se han confeccionado cuatro indicadores: 1. Citas por tramo horario. 2. Agendas flexibles: definidas como aquellas en las que no se acota horario en función del tipo de cita o de la actividad del especialista. 3. Citas sin horarios duplicados: no se citan dos pacientes a la misma hora. 4. Agendas con oferta los 5 días laborables de la semana.

**Resultados:** Se han valorado 48 agendas de 20 especialidades en el período comprendido entre el 2 y el 6 de agosto, con un total 1565 pacientes citados con los siguientes resultados: 1) *Citas por tramo horario:* El resultado del indicador fue del 66,6%, dividiendo la jornada en 4 tramos, el de 8h a 10h presentó el mayor porcentaje de citas (49,2%), seguido del de 10 a 12 h, mientras que sólo 4 pacientes presentaron cita en el último tramo horario de mañana (14-15h). Al desglosar el indicador por tipo de consulta (1<sup>a</sup> o sucesiva) tan sólo 3 agendas (10,7%) de 1<sup>a</sup> consulta presentaron citas en al menos 3 tramos horarios frente a casi la mitad (48,6%) de las sucesivas. Globalmente más del 80% de las primeras consultas se citaron entre las 8 y las 10 de la mañana frente al 32% en consultas sucesivas. 2) *Agendas flexibles:* El 38,5% de las agendas presentaron flexibilidad horaria (FH). Por servicio ORL, Cardiología, Neumología y Pediatría presentaron FH en todas sus agendas; 3) *Duplicidad de citas:* la mitad de las agendas evaluadas no presentaron duplicidad horaria en la cita lo que supone que el 93% de los pacientes citados recibieron una hora de cita individual. Las agendas que presentaron una mayor proporción de citas duplicadas correspondieron a Medicina Interna (18,8%), ORL (14,3%-21%) y Digestivo (13,8%). Agendas con oferta los 5 días laborables de la semana: Un 36,9% de las agendas médicas presentaron disponibilidad de cita 4 o 5 días a la semana respectivamente, mientras que en el 23,9% sólo se citó en un único día. Por día de la semana se observa que el mayor volumen de pacientes atendidos se concentra los martes y miércoles.

**Conclusiones:** La evaluación de las agendas aporta información útil para la mejora de la accesibilidad de nuestros usuarios.

**MEJORA DEL CONOCIMIENTO DEL HOSPITAL POR LOS CIUDADANOS MEDIANTE STAND EN FERIA NACIONAL DE MUESTRAS MULTISECTORIAL**

J.F. Herrero, A. Castro, J.L. Guijarro, V.M. León, F. Díaz y R. Garrido  
Hospital Infanta Margarita.

**P-007**

**Palabras clave:** Conocimiento, ciudadano, stand.

**Objetivos:** Presentar las actuaciones y actividades realizadas en el stand que el Hospital Infanta Margarita expuso en la 5<sup>a</sup> edición de la feria nacional de muestras multisectorial Expobética, como estrategia de acercamiento a la sociedad.

**Metodología:** Dentro de las líneas de actuación marcadas dentro del III Plan Andaluz de Salud figura como eje central la participación de los ciudadanos en el sistema. Para fomentar ésta se decidió el acercamiento del Hospital a la población de la comarca mediante la presencia del centro, en la 5<sup>a</sup> edición de la feria nacional de muestras multisectorial Expobética. Dentro del recinto expositivo de la muestra contamos con un espacio, formado por una carpeta de 300 mts2 y una superficie exterior de más de 200 mts2. En el interior se habilitaron zonas expositivas donde participaron distintas organizaciones pertenecientes al SSPA en el sur de la provincia. Se expuso la trayectoria del Hospital, desde su génesis hasta su futuro próximo, con una muestra de la evolución técnica del material médico-quirúrgico, fotografías, y material audiovisual. El recinto contó con un auditorio con capacidad para 30 personas en donde se realizaron encuentros entre profesionales, asociaciones de usuarios, y representantes de la administración pública, que debatieron sobre el pasado, presente y futuro del Hospital. En la zona exterior se realizaron experiencias sobre ergonomía en el aula, escenificaciones de accidentes de tráfico, desayunos cardiosaludables, RCP básica y demostraciones de vehículos de transporte sanitario.

**Resultados:** Durante los días 4 días que duró la muestra pasaron por el recinto más de 75.000 visitantes, que fueron atendidos de forma permanente por 10 trabajadores. Participaron 35 profesionales de la salud y 10 asociaciones de usuarios, en las 8 charlas, 4 mesas redondas, y en 8 audiovisuales proyectados. Se entregaron más de 5000 folletos, entre promocionales de salud y otros que daban a conocer diferentes aspectos del Hospital.

**Conclusiones:** Hemos implicado a profesionales, usuarios, corporaciones municipales y administración pública, a trabajar de forma conjunta en la promoción y difusión de la cultura de mejora de la calidad asistencial en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, haciéndoles partícipes del proyecto de todos los profesionales que integran el Hospital, de elevar la salud y el bienestar de la población que atiende.

## MEDIDAS DE CALIDAD Y DISEÑO ESTRUCTURAL DE UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE RECIENTE APERTURA

J. Zazo, S. Sánchez, F. Arias y R. Mogedano  
Fundación Hospital Alcorcón.

P-008

**Palabras clave:** Seguridad, diseño, psiquiatría.

**Introducción:** Las unidades de psiquiatría requieren medidas especiales de seguridad para el internamiento de sus pacientes que no son necesarias en otras unidades hospitalarias. La unidad de psiquiatría de nuestro centro se inauguró el 20 de octubre de 2003. Se trata de un hospital de segundo nivel, situado en el área 8 de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 220.000 habitantes. La unidad tiene capacidad para 20 pacientes agudos distribuidos en 9 habitaciones dobles y 2 habitaciones individuales de aislamiento, 4 locales de consultas externas para adultos y 1 de psiquiatría infantil. Se encuentra situada en la planta baja, independizada totalmente del resto de unidades de hospitalización. La media de ingresos en la unidad desde su apertura fue de 34 ingresos /mes y 135 consultas externas/mes. Se intentó sacar el máximo partido a la amplitud de los espacios comunes, a la luminosidad de las habitaciones, despachos y salas de terapia. En el diseño y ubicación de la Unidad se utilizaron: criterios terapéuticos, la prevención y detección de conductas autolesivas y/o heteroagresivas, la necesidad de favorecer el esparcimiento y la utilización del ocio por parte del paciente ingresado así como la disposición de espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras, procurando un ambiente facilitador y seguro para su recuperación.

**Objetivos:** Evaluar la idoneidad de las instalaciones de acuerdo a los criterios utilizados en el diseño de la Unidad.

**Metodología:** Análisis retrospectivo de las incidencias relativas a seguridad que han tenido lugar en el centro desde la inauguración de la Unidad y estudio descriptivo fotográfico de los elementos estructurales de la misma que favorecen la estancia y tratamiento de los pacientes.

**Resultados:** Tras el estudio descriptivo y 2 años de funcionamiento de la unidad de psiquiatría se han valorado como facilitadores del tratamiento y seguros el 100% de los elementos estructurales que conforman la Unidad. Desde su inauguración no se ha registrado ningún caso de fugas o de autolesiones en los pacientes ingresados ni en consultas externas. Podemos afirmar que no ha habido ninguna incidencia con pacientes con relación al mal uso de las instalaciones de la unidad, por lo que se ha cumplido el objetivo planteado al desarrollar e implantar estas medidas de seguridad al poner en marcha la unidad.

## ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE CONSULTA PREFERENTE EN TRAUMATOLOGÍA

E. Lamíquiz, B. Garitano, A. Gubia y M. Bacigalupe  
Hospital Txagorritxu. U.G.S.

P-009

**Palabras clave:** Gestión de pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la demanda de consulta preferente en Consultas Externas de Traumatología. Evaluar la información contenida en los volantes de derivación preferente.

**Metodología:** Estudio descriptivo. Establecimiento por especialistas de criterios de adecuación; Diseño de hoja de recogida de datos; Revisión de volantes; explotación estadística de los datos. Variables del estudio. Constancia de datos administrativos: filiación; centro de derivación; médico que deriva; prioridad; Constancia de datos clínicos: antecedentes personales; motivo de consulta; exploración física; tratamiento pautado; realización de pruebas complementarias básicas; Adecuación de la derivación preferente; Criterio de derivación preferente: Rx patológica; Ciática aguda; Derrame articular; Dolor limitante; Control de fractura a fecha fija; Otros.

**Resultados:** Revisadas 554 solicitudes de cita "preferente" realizadas entre Febrero y Abril de 2004. Información contenida en el volante: 5% correctamente cumplimentados en su totalidad. *Presencia de datos administrativos:* filiación: 99%; centro de origen: 38%; médico que deriva: 96%; prioridad: 98%. Completos: 37%. *Presencia de datos clínicos:* antecedentes personales: 54%; motivo de consulta: 98%; Exploración física: 33%; Tratamiento pautado: 50%; realizadas pruebas complementarias básicas: 45%. Completos: 11%. Adecuación de la indicación preferente: 157 (28%), de los cuales presentan: Dolor limitante: 32%; Rx patológica: 17%; Ciática aguda: 16%; Derrame articular: 6%; Control de fractura a fecha fija: 5%; Otros: 24%.

**Conclusiones:** Deficiencias en la cumplimentación de datos administrativos, sobre todo del centro de origen. Cumplimentación de datos clínicos muy deficiente. Elevado porcentaje de volantes sin antecedentes personales del paciente, exploración física ni realización de pruebas complementarias básicas. Alto grado de inadecuación en priorización "preferente". La ausencia de información clínica dificulta en algunos casos la determinación de la adecuación de la derivación preferente. Las altas demoras en la especialidad para las consultas ordinarias aumentan la tasa de derivación preferente. Los médicos que derivan establecen el criterio "preferente" para reducir la espera, produciendo una "sobredemanda" de atención a corto plazo no adecuada a la oferta existente, que dificulta la gestión de pacientes. Necesidad de valoración previa de los casos "preferentes" por los especialistas.

## LA CITA PARA EL ESPECIALISTA DESDE MI CENTRO DE SALUD

V. Pico, M.A. García-Orea, M. Trigo, E. Dendarrieta e I. Dolsac  
Servicio Aragonés de Salud.

P-010

**Palabras clave:** Accesibilidad Telecita.

**Objetivos:** 1. Mejorar la accesibilidad del usuario en la solicitud de cita con el especialista, pudiendo elegir día y hora. 2. Obtener la cita en tiempo real, accediendo directamente a las agendas de especialistas desde el centro de salud. 3. Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Métodos Se definió para todo Aragón el modelo y los requisitos organizativos (definiciones, apertura y estabilidad de agendas, demoras), se analizaron los requisitos técnicos en los centros de salud (conexión red RACI del Servicio Aragonés de Salud, equipos actualizados) y en los hospitales (Sistema HP-HIS), y se planificó la estrategia de implantación, que sería progresiva, tanto territorialmente como en el número de especialidades, de modo que la transición al nuevo modelo de funcionamiento supusiera las mínimas alteraciones. La reciente estructura organizativa del Servicio Aragonés de Salud en Sectores Sanitarios, que unifica la dependencia de centros y niveles asistenciales, aconsejó la creación en cada Sector de un grupo mixto de trabajo para la implantación y el seguimiento del proyecto. Estos grupos han estado constituidos por responsables asistenciales, técnicos e informáticos, tanto de atención primaria como de atención especializada, y por responsables y técnicos de la empresa que suministró el software de Telecita.

**Resultados:** Los grupos mixtos han sido operativos y han dado buenos resultados en la puesta en marcha y seguimiento del proyecto. La implantación en los 121 centros de Aragón finalizó en mayo de 2005. Sobre el número de citas tramitadas mediante Telecita, se puede exponer a modo de ejemplo, que durante el mes de marzo de 2005 y evaluando 11 centros de salud del sector Zaragoza II, se han efectuado 2.666 citas en 6 especialidades: Digestivo, Endocrinología, Reumatología, Tocología, Endocrinología y Urología.

**Conclusiones:** 1. Si bien las mayores dificultades para la implantación del proyecto se han presentado en la parte técnica del mismo, que también las hubo, si no en la coordinación entre niveles, ha quedado claro que se ha iniciado un estilo de trabajo conjunto y multidisciplinar que ha resultado efectivo para el abordaje y resolución de problemas concretos. 2. Se ha mejorado la gestión de agendas y la accesibilidad del usuario a la solicitud de cita. 3. A pesar de los contrastes existentes entre las distintas zonas de salud y también entre hospitales de referencia, se ha establecido un sistema homogéneo y accesible, sin diferencias para los usuarios en función de su residencia.

## DESARROLLO DEL PLAN INTEGRAL DE ACOGIDA AL PACIENTE: INCORPORACIÓN DE LA FIGURA DE LAS MONITORAS DE BIENVENIDA

M.N. Sánchez y M.M. Prieto  
Hospital Virgen Macarena.

P-011

**Palabras clave:** Información, familiares, satisfacción.

**Objetivos:** 1. Conseguir que los pacientes que ingresen en nuestras unidades no presenten problemas añadidos a la situación de salud que padecen, derivados de la propia hospitalización. 2. Procurar la máxima satisfacción y confortabilidad posible del paciente y su familia, durante la estancia en nuestro centro.

**Método:** Se ha creado un grupo de mejora multidisciplinar, formado por Directivos de las distintas divisiones del Centro; Servicios Generales, Gestión de Usuarios, Dirección Médica, Dirección Enfermera, Unidad de Calidad, coordinados por la Directora Gerente. Se hace un análisis de la situación actual del paciente y familia en la acogida, recogiendo las necesidades que se objetivan en el mismo. Se decide realizar un plan integral de acogida, en el cual se contempla la conveniencia de crear una nueva figura, con el objeto de cubrir necesidades relacionadas con la confortabilidad, que era de difícil inclusión en los protocolos de otros profesionales.

**Resultados:** Decisión de crear una figura que cubra los aspectos de confortabilidad para el paciente. Esta figura se denomina "monitora de bienvenida". Se definen las competencias de la misma así como sus sistemáticas de trabajo y un protocolo de actuación.

**Conclusiones:** La monitora de bienvenida ejerce un papel fundamental en la atención de aquellos aspectos más relacionados con la confortabilidad, su intervención se centra en mantener adecuadamente informados al paciente y familia de los temas de su interés que hagan más acogedora su estancia, dando toda la información posible al respecto. Se ha creado un clima de confianza y seguridad que ha repercutido directamente, en la relación con el resto de profesionales de su entorno más próximo. A pesar de que hay situaciones de ansiedad y preocupación, en el paciente y familia relacionadas con su proceso, y que seguramente no se resolverán totalmente, hasta que no finalice el mismo, hay por el contrario otras situaciones que generan las mismas sensaciones, derivadas de las interacciones con el entorno, que si se están mejorando con la intervención de estas monitoras.

**OTRO CONCEPTO DE CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN**

R. Tejido, Y. Pinta, M. Izquierdo, S. López, M.J. Prieto  
y E. Zubillaga

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**P-012**

**Palabras clave:** Consultas de Alta Resolución.

**Objetivos:** La Unidad de Alta Resolución (UARH) es una unidad asistencial no convencional, que tiene como objetivos evitar estancias inadecuadas y acortar el ingreso hospitalario. La UARH funciona desde Abril del 2002, con una capacidad de 19 camas. La UARH es una Unidad de pacientes hospitalizados, inicialmente sin estructura física, recursos humanos ni diseño organizativo para el seguimiento ni la atención de pacientes en régimen ambulatorio. Para mejorar nuestra eficiencia (evitar estancias inadecuadas por pruebas diagnósticas, evitar reingresos) y la seguridad en la asistencia (evitar yatrogenia) hemos desarrollado un sistema alternativo de consultas.

**Metodología:** Asistimos en régimen ambulatorio a: 1. Pacientes que se presupone que puedan tener un reingreso precoz (multingresadores, pacientes con enfermedad "inestable", pacientes con cambios significativos en el tratamiento...). 1. *Objetivo:* evitar reingresos precoces. 2. Pacientes con riesgo de yatrogenia/ reacción adversa medicamentosa y que precisan una monitorización "precoz". *Objetivo:* mejorar la seguridad. 3. Pacientes dados de alta pendientes de una prueba diagnóstica. Se les asiste el mismo día que se realiza la prueba, informándoles del resultado. *Objetivo:* evitar estancias inapropiadas.

**Resultados:** Durante el año 2004 han sido asistidos 228 pacientes en régimen ambulatorio. Los procesos más frecuentes por los que fueron citados son: 1. Pacientes con riesgo de reingreso precoz: pacientes que habían ingresado previamente en la Unidad con asma, neumonía, insuficiencia cardiaca. 2. Pacientes con riesgo de yatrogenia: pacientes que había ingresado previamente por Insuficiencia cardiaca y presentaron deterioro de la función renal, pacientes a los que se inició la anticoagulación con Sintron y tenían dificultades para el 1º control ambulatorio, pacientes a los que se había iniciado tratamiento con betabloqueantes por arritmia o insuficiencia cardiaca. 3. Pacientes dados de alta y pendientes de una prueba diagnóstica, ecografía doppler carotídea en pacientes con ictus, gammagrafía de perfusión miocárdica en pacientes con dolor torácico o angina, colonoscopia en pacientes con rectorragia.

**Conclusiones:** Esta alternativa en la asistencia ambulatoria ha logrado evitar reingresos, estancias inadecuadas y mejorar la percepción del usuario.

**¿CÓMO ACERCAR NUESTRO HOSPITAL A LA POBLACIÓN?  
PROYECTO "CONÓCELOS" Y DEMANDAS DETECTADAS  
TRAS 6 MESES DE FUNCIONAMIENTO**

M. Güeto, J.F. Herrero, A. Castro, R. Martínez y F. Enríquez  
Hospital Infanta Margarita.

**P-014**

**Palabras clave:** Programa comunicación, demandas.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar dicho proyecto de comunicación y algunas demandas expresadas por los ciudadanos tras 6 meses de funcionamiento del proyecto.

**Métodos:** Se ha creado una Unidad de Participación Ciudadana, desde la cual, conjuntamente con la Dirección Gerencia del Hospital, se ha elaborado el proyecto. Este consiste en realizar visitas organizadas al Hospital de las asociaciones y entidades de la comarca que atiende el mismo. Dichas visitas se adaptan en su contenido a las características de cada colectivo. Tras la realización de las visitas programadas, se recoge la valoración de la visita en unos cuestionarios elaborados para tal fin y se le pide a los visitantes que emitan propuestas de mejora, modificación de prácticas y actividades. Se analizan los cuestionarios y las propuestas recogidas se agrupan siguiendo la estructura de la encuesta de satisfacción telefónica diseñada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía que se aplica en nuestro hospital, a fin de poder realizar un análisis comparativo de las demandas emitidas con los resultados de la encuesta de satisfacción.

**Resultados:** En noviembre del 2004 comienzan las primeras visitas. Se han recibido las Juntas de Gobierno de 5 Centros de día de Mayores, las Juntas Directivas de 3 Asociaciones de Vecinos y escolares de ESO y Bachillerato de 5 Institutos, alcanzando un total de 156 visitantes. Las propuestas de mejora se han agrupado en relativas al equipamiento del hospital, a la rapidez y horarios, personal asistencial, edificación, trato y atención y aspectos administrativos. Destacan por su elevado número las referentes a la rapidez y horarios, con más del 50% y por su escasez, las de personal (5%) En las encuestas recogidas, el 96% manifiesta tener un mejor conocimiento del hospital tras la visita y casi en el 100%, se incrementa su valoración del mismo.

**Conclusiones:** La recepción de las verdaderas demandas de los usuarios de forma directa, ha generado nuevas formas de comunicación y participación de los usuarios del sistema de salud. Además, la apertura del hospital a la sociedad, desde el conocimiento del mismo y desde la concreación de nuevas experiencias participativas que emergen a través del dialogo con las entidades que nos visitan, creemos ayudarán a la mejora de la valoración de nuestra entidad por la sociedad. Igualmente, es muy satisfactorio, el incremento en la valoración hacia el hospital manifestado por los visitantes.

**ESTUDIO DE ACCESIBILIDAD A MÉDICOS DE FAMILIA Y  
PEDIATRAS EN U.G.C. "ALCAZABA" DURANTE EL PRIMER  
TRIMESTRE DE 2005**

R. Dueñas, C. Cerezuela, M. Camenforte, J. Conchillo, M. Cueto y M. Ger  
U.G.C. ALCAZABA.

**P-013**

**Palabras clave:** Accesibilidad personal facultativo.

**Introducción:** La Atención Primaria es la puerta de entrada al Servicio Sanitario Público de Andalucía. Una buena gestión de las citas favorece la accesibilidad. En la U.G.C. "Alcazaba" hemos decidido hacer un estudio de la distribución de la demanda, para conocer y actuar sobre la accesibilidad de nuestra zona.

**Objetivos:** Los Objetivos del estudio son: *Generales:* Conocer la distribución de la demanda en la U.G.C: "Alcazaba". *Específicos:* Mejorar la accesibilidad de los usuarios a las consultas de atención primaria. Fomentar e implicar a los profesionales en la gestión de las agendas.

**Material y método:** Se han utilizado los registros de citas del centro. Se ha realizado un estudio descriptivo.

**Resultados:** Hay diferencias entre la demanda de los diferentes profesionales y en los diferentes días de la semana.

**Conclusiones:** Los resultados nos permiten gestionar las agendas.

**UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL  
MEIXOEIRO**

M.J. Menor, E. Menduiña y L. Amador  
Hospital Meixoeiro.

**P-015**

**Palabras clave:** Confianza del usuario.

**Objetivos:** 1. conocer la realidad de quién solicita atención en nuestro Servicio de Urgencias. 2. conocer el destino de nuestros pacientes al alta de urgencias. 3. analizar nuestra atención teniendo en cuenta el porcentaje de reingreso de pacientes en un intervalo menor ó igual a dos días del alta.

**Métodos:** Estudio transversal de dos meses de duración (15 de marzo - 15 de mayo 2005) con carácter anónimo y voluntario realizado en turno de tarde a pacientes mayores de 18 años, tanto al ingreso como al alta en urgencias. Se contemplaron los siguientes ítems: 1. motivo por el que acude a urgencias (iniciativa propia, derivado de A.P.; derivado de CCEE). 2. Reingreso en urgencias en un plazo ≤ a dos días del alta (igual proceso, distinto proceso, no reingreso). 3. Tipo de alta desde Urgencias (domiciliaria, HADO, ingreso hospitalario, cita para consultas externas de especialista).

**Resultados:** Se realizaron 140 encuestas completas, de las cuales: 1) El 60% de nuestros pacientes acuden al S.U. por iniciativa propia - un 40% de éstos porque confían más en el Hospital que en A.P.; un 20% por accesibilidad; un 20% para que les realicen un chequeo completo; un 10% para adelantar las citas de consulta; el resto NS/NC. 2) El 98% de nuestros pacientes no reingresan en nuestro S.U. en un plazo ≤ a dos días del alta. 3) El 88% de las altas que se producen son de tipo domiciliario; el 11% ingresan en hospitalización; el 1% de nuestros pacientes se derivan a consultas de especialistas.

**Conclusiones:** 1. Se confirma la creencia de que los pacientes acuden al S.U. Hospitalario por iniciativa propia, ya que consideran que el nivel de atención es mayor. 2. El nivel de ingresos hospitalarios de nuestro S.U. se mantiene en un 11-12%. 3. Creemos que nuestro nivel de atención es el adecuado si tenemos en cuenta que el porcentaje de reingreso con un margen inferior ó igual a dos días por igual ó distinto motivo es mínimo.

## MEJORAS EN EL ACCESO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y CREACIÓN DE NUEVOS REGISTROS

I. Gallego-Camíña, N. González-Ladislao, A. Chueca-Ajuria, S. Castelo-Zas, B. Segurola-Álvarez y M. Domínguez-Fernández  
Hospital de Galdakao.

**Palabras clave:** Accesibilidad, Registros, PDCA.

**Objetivo:** Mejorar la accesibilidad al Sistema de Gestión de la Calidad y crear diversas herramientas que faciliten a la Unidad de Metodología de la Calidad y la Dirección del Hospital la gestión del mismo.

**Método:** Nuestro Hospital está comprometido con la cultura de Calidad Total, por tanto con la Mejora Continua; la propia Unidad de Calidad sigue el ciclo PDCA, y posee una Sistématica de Revisión de su propio sistema. Se celebran reuniones de seguimiento en las que se han detectado diversas áreas de mejora: 1) La necesidad de mejorar la accesibilidad al sistema de Gestión de la Calidad. A este respecto hay que tener en cuenta los límites que planteaba la propia presentación del Sistema diseñada por la Unidad de Metodología de la Calidad anteriormente, que entre otros aspectos no ofrecía la posibilidad de consultar el mapa de procesos del Hospital. 2) Las limitaciones de la Unidad de Calidad para hacer un seguimiento del conjunto de las No Conformidades encontradas en los distintos procesos del Hospital. 3) La falta de un registro de la formación en materia de Calidad. Una vez detectadas estas áreas de mejora se han creado los mecanismos para intentar solventarlas.

**Resultados:** 1) Se ha vuelto a diseñar la presentación del Sistema de Gestión de la Calidad. La nueva presentación estará accesible en la Intranet para las personas del Centro. En la misma hay diversos mecanismos de búsqueda que facilitan la navegación; así se puede acceder a la documentación de los distintos procesos a través del Mapa de Procesos o de un mecanismo de búsqueda habilitado para facilitar las consultas. 2) Creación de una Base de Datos de No Conformidades. 3) Creación de una Base de Datos de formación.

**Conclusiones:** 1) Al hacer más accesible el sistema de Gestión de la Calidad se facilitan las consultas que deban o quieran realizar las personas de la Organización. Como consecuencia aumenta la motivación, y crece el interés en aquellas personas que todavía no están directamente inmersas en la gestión por procesos pero que desean tener un primer acercamiento a la calidad. 2) Con la creación de la base de datos de No Conformidades se dispone de un registro actualizado y sistematizado de los hallazgos de cada proceso. 3) Con la creación de la base de datos de formación, se registra información referente a las personas formadas en materia de Calidad, lo que permite al Hospital conocer y gestionar adecuadamente el conocimiento existente. También se recoge la formación impartida por la propia Unidad de Calidad del Hospital.

**P-016**

## PAPEL DEL ÁREA DE FARMACIA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL DISTRITO SANITARIO SERRANÍA

I. Moraga, E.E. Moreno, G. Ortega, M. Bayona, J.A. Garrido y J. García  
Distrito Sanitario Serranía de Ronda. Málaga.

**Palabras clave:** Acreditación, autoevaluación, farmacia.

**Objetivo:** Principal: Implantación, desarrollo y seguimiento de políticas y criterios de calidad en el Distrito para la mejora continua en el Uso Adecuado del Medicamento, de forma integral. Secundarios: Unificar criterios de actuación en diversas áreas. Evaluación continua de las estrategias implantadas para conseguir la satisfacción del profesional y del ciudadano como centro del sistema sanitario.

**Metodología:** Estudio de los estándares del Programa de acreditación de la Agencia de Calidad en los que está implicada, directa o indirectamente, el área de farmacia. Análisis y autoevaluación de las actividades que se vienen desempeñando, para detectar puntos de mejora. Elaboración de estrategias para conseguir las mejoras identificadas. Implantación y seguimiento de los planes en los Centros, implicando a los profesionales.

**Resultados:** Se han revisado y evaluado 282 estándares clasificados en 5 áreas: Ciudadano (67), Actividad (37), Profesionales (26), Estructura (136) y Resultados (16). El Área de Farmacia interviene en 20 estándares; en 8 de ellos de manera directa. Las mejoras obtenidas en el proceso de Acreditación son: Información continua para profesionales. Información para ciudadanos; folletos, programa de radio para la prevención y promoción de la salud, uso adecuado de los medicamentos (favorecer la adhesión a tratamientos y evitar efectos secundarios). Información a los jóvenes para favorecer vida saludable, evitar embarazos, contagios de enfermedades y prevención de accidentes de tráfico. Desarrollo del Programa de Gestión de Visado (GeVi) mejorando la accesibilidad del ciudadano, dando respuesta a tiempo real y asegurando la confidencialidad. Se favorece la accesibilidad de las cuidadoras para la recogida de las recetas, y en especial se ha articulado un sistema interno para anticipar las que necesitan visado. Participación activa en diferentes proyectos de investigación. Elaboración de manual único para el control de almacenaje y caducidad de medicamentos. El Área de Farmacia está dentro de la dinámica de mejora continua del Distrito.

**Conclusiones:** El área de farmacia, al estar implicada en el proceso de acreditación, se ha visto favorecida por la implantación formal de mecanismos que garantizan la autoevaluación y por consiguiente la mejora continua de esta área.

**P-018**

## EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA: UN CAMINO LARGO Y SEGURO

A.R. Díaz, Z. Gancedo, M. Rodríguez, P. Herrera, E. Martínez y M.A. Alzueta  
Hospital Sierrallana.

**Palabras clave:** EFQM, Metodología.

**Objetivos:** Esta comunicación persigue definir el futuro método a emplear en el marco del modelo EFQM de Excelencia, tras evaluar dos procesos de autoevaluación. 1) Estableciendo las diferencias a la hora de aplicar el modelo con factores metodológicos distintos. 2) Valorando la evolución y el impacto obtenido, por la puesta en marcha de acciones de mejora resultantes de un primer ejercicio de autoevaluación bajo el modelo EFQM, a través de los resultados del segundo ejercicio; y si hay relación entre los resultados y las características de los dos métodos empleados.

**Métodos:** Hemos realizado dos procesos de autoevaluación con el modelo EFQM, en los años 2002 y 2004. 1) Para conocer las diferencias metodológicas entre ambos procesos hemos comparado algunos criterios como: a) características del grupo autoevaluador. b) evaluación externa o no. c) iniciativa d) tipo de herramienta e) tipo de informe f) difusión de resultados. 2) Se han analizado las áreas de mejora resultantes del primer ejercicio y comparado las puntuaciones obtenidas en cada proceso y en cada criterio para ver si tuvieron incidencia directa sobre los resultados.

**Resultados:** En la comparación entre ambos ejercicios y su método, la diferencia más importante ha sido el perfil de los grupos de autoevaluación y el tipo de tutoría realizada por la evaluación externa. Respecto a la comparación de las puntuaciones obtenidas, hay diferencias al alza importantes en los dos criterios que más se trabajaron y diferencias al alza pero de menor importancia en el resto.

**Conclusiones:** La puntuación obtenida en el segundo ejercicio se corresponde en dos criterios con las acciones de mejora emprendidas, pero en el resto de criterios posiblemente sea atribuible en gran medida a las características del grupo. La próxima autoevaluación será lo más semejante posible al segundo proceso, dado que resultó ser el más eficaz tras evaluar ambos.

**P-017**

## PLANIFICACIÓN Y EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. Martínez, E. Enríquez, J.F. Herrero y A. Castro  
Hospital Infanta Margarita.

**Palabras clave:** Planificación autoevaluación, acreditación.

**Objetivo:** Describir el proceso de planificación y el desarrollo del plan operativo, destinado al análisis de la organización, como primer paso del proceso de autoevaluación y los resultados de este primer análisis.

**Métodos:** En el mes de febrero de 2005, se decide iniciar el proceso de acreditación de nuestro hospital según el modelo de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, produciéndose en este mes, el primer contacto entre la Agencia y nuestro hospital. Durante el mes de marzo se procede a la designación del responsable de acreditación del centro, a la selección del resto de autoevaluadores y a la formación de estos en el manejo de la aplicación del programa ME\_joya 2.0. En abril, se asignan los estándares según áreas de responsabilidad a cada autoevaluador y en mayo, estos forman sus grupos de trabajo y comienzan las reuniones de análisis de la organización. Como plan operativo, se decide realizar el análisis de los 280 estándares contemplados en el manual de acreditación y en diciembre del 2005 está previsto tener finalizada la autoevaluación. Se ha elaborado un Plan de Comunicación y Seguimiento desde la Comisión de Dirección y se han planificado actividades formativas en acreditación sanitaria y calidad.

**Resultados:** Los autoevaluadores designados son 13, abarcando todas las áreas de responsabilidad del hospital, siendo profesionales de áreas de admisión y documentación, gestión, económico-administrativa, mantenimiento, prevención, informática y asistencial. El total de participantes en los diferentes grupos de trabajo, asciende a 75, aunque este número no está cerrado y pueden posteriormente incorporarse nuevos miembros según las necesidades de afrontamiento de los estándares. En junio, está previsto disponer de los resultados de este primer análisis, con lo que podremos realizar la estrategia de abordaje de estándares según prioridades.

**Conclusiones:** El optar por un plan operativo de análisis de la totalidad de estándares, consideramos, nos aportará una visión global del hospital, aunque la estrategia de abordaje de estándares, acabada esta fase, irá dirigida a los estándares del grupo I. Destacamos como valor fundamental de nuestro proceso de autoevaluación, la elección de este método abierto y participativo, en el que tomarán parte una gran cantidad de profesionales, y el que estos sean los encargados de detectar los puntos fuertes y débiles de la organización y proponer las áreas de mejora que se deben fomentar.

**P-019**

**Palabras clave:** Liderazgo, EFQM, empowerment.

**Objetivo:** Establecer un sistema de gestión del liderazgo que permita dentro de un Hospital público favorecer la implicación, la identificación con los objetivos de la organización y la motivación de los profesionales que trabajan en el mismo. Aumentando a su vez la satisfacción con la tarea realizada.

**Método:** El Hospital de Zumarraga partiendo del modelo EFQM con sistema de evaluación de la gestión ha venido desarrollando diversas herramientas que facilitando la comunicación, el empowerment, la participación, el reconocimiento y la formación de sus profesionales que buscaban establecer una efectiva gestión del liderazgo que a través del sistema de gestión por procesos dejara en manos de profesionales las decisiones que respecto al mejor funcionamiento de su servicio pudieran adoptar bajo la supervisión del equipo directivo. Dentro de estas medidas se han utilizado los grupos focales, las reuniones, los documentos, los planes de formación y otra serie de herramientas que durante los últimos años han permitido mejorar la gestión del liderazgo. La evaluación y revisión de este sistema de gestión se realiza mediante diversos ítems de la encuesta de satisfacción de personas y otras encuestas y grupos focales de menor impacto que se vienen desplegando durante el año.

**Resultados:** Dentro de un Hospital público y a pesar de la falta de medidas que permitan valorar la aportación diferencial de los profesionales de manera expresa existen herramientas que permiten actuar sobre la gestión del liderazgo y evaluarlo a través de las encuestas de satisfacción.

**Palabras clave:** Autoevaluación. Mejora.

**Objetivos:** El Servicio de Evaluación y Calidad Sanitarias, de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias (DGFICS) de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, está trabajando en un Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (CSES), que se traduce en una serie de criterios y estándares inspirados en el Modelo EFQM, y que cuenta con dos herramientas: autoevaluación y acreditación de CSES. Considerando la autoevaluación como la herramienta fundamental en el proceso de mejora continua de la calidad, se pondrán a disposición de los CSES todos los elementos de apoyo necesarios.

**Métodos:** Se deben facilitar a los profesionales todas las herramientas necesarias, tanto para la comprensión de los objetivos del Modelo, como para el desarrollo de las tareas de autoevaluación. Así, el Servicio de Evaluación y Calidad, ha desarrollado varias de estas herramientas a partir de documentos base, que procediendo de un miembro del Servicio, iban siendo enriquecidos con las aportaciones de los demás. Se ha contado en algunos casos con el asesoramiento de una consultora externa. En la búsqueda de ejemplos para determinar el cumplimiento de determinados estándares, se ha solicitado la opinión de expertos en las materias a la que se referían. El Servicio de Sistemas de Información ha aportado soluciones informáticas de soporte. Se ha contado con la colaboración del Servicio de Inspección general de prestaciones y servicios sanitarios y socio-sanitarios.

**Resultados:** Se están desarrollando las siguientes estrategias de apoyo a la autoevaluación: Difusión del Modelo de Calidad a las Áreas de Salud de Extremadura. Formación en Metodología para la autoevaluación. Desarrollo de herramientas, como Manual para la autoevaluación de CSES y Herramienta informática. Pilotaje del Modelo: se pretenden poner de manifiesto los "puntos fuertes" y las "áreas de mejora", aprendiendo de las experiencias y aportaciones recabadas. Asesoría técnica: Servicio de Evaluación y Calidad Sanitarias de la DGFICS.

**Conclusiones:** Un adecuado diseño de estrategias de apoyo a los profesionales en la realización de la autoevaluación de CSES, facilitando su acceso a las diferentes herramientas del Modelo de Calidad de CSES, será sin duda fundamental en el camino hacia la mejora de la calidad.

**Palabras clave:** Derechos, evaluación, acreditación.

Averiguar si en la rutina de la actuación sanitaria, hacemos todo lo que podemos para que el paciente se sienta respetado en su dignidad, intimidad, información y autonomía de decisión (Ley 41/2002). Pretendemos dar una serie de indicadores o criterios para, no solo garantizar que cumplimos los preceptos, sino que se puede demostrar y evaluar.

**Objetivo:** Elaborar medidas (considerándolas estándares mínimos), cuyo cumplimiento pueda evaluarse fácilmente y del que se pueda deducir que el servicio cumple con los derechos que la Ley 41/2002 otorga a pacientes y familiares. Realizar evaluación externa de un servicio quirúrgico.

**Metodología:** Derecho: Dignidad e intimidad Citación horaria, individualizada y con tiempo asignado Atención individualizada Todo acto sanitario incluida la información, debe realizarse en espacio específico Entorno amigable, si la prueba puede intimidar al paciente, explicarle en que consiste y que va a sentir. Tener en cuenta las reclamaciones/sugerencias de los pacientes. Realizar y explotar la encuesta de satisfacción de pacientes. A ser posible por servicios Derecho: Confidencialidad de los datos Obligación secreto profesional, incluso empresas externas Condiciones y límites informáticos. Cumplir normativa de funcionamiento de la historia clínica, Información sanitaria Clínica y del proceso Oral y escrita. En tiempo, forma, a demanda. Se debe dar información sobre como recibir información. Quién (designación de médico responsable) A quién (paciente, familiares y allegados). Opción de evitar información. Autonomía del paciente. Derecho de elección Libre elección de hospital, especialista, protocolo segunda opinión Elección de alternativas de diagnóstico y tratamiento Consentimiento Informado Protocolo de alta voluntaria Implantación de documento últimas voluntades Cumplimiento Protocolo de Ensayos Clínicos.

**Resultados:** Para cada criterio implantado si no es mejorable, si no como, quién, fecha límite de implantación.

**Conclusiones:** Propuesta de un protocolo de evaluación con una relación de medidas, que puestas en marcha facilitan su cumplimiento, pudiendo ser registradas, evaluadas periódicamente, en un tiempo determinado y por un responsable. El cumplimiento de estas normas evitaría el 80% de las reclamaciones El respeto a los derechos de los pacientes de la ley 41/00 es evaluable en sí mismo, sino a través de indicadores objetivos, de cuyo cumplimiento y registro se deduce que el servicio o centro los respeta.

**Palabras clave:** Acreditación/formación/evaluación.

**Introducción:** Dentro del plan de calidad de la consejería de salud, uno de los objetivos propuestos en la línea de desarrollo de profesionales es el de dotar al sistema sanitario público de los profesionales adecuados, definiendo el mapa de competencias de todos los que participan en cada proceso asistencial y diseñando las acciones de formación y entrenamiento necesarias para la mejora continua.

**GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN: MODELO Y ESTRATEGIA DE ACREDITACIÓN EN CALIDAD**

R. Martí, M.J. Blázquez, S. Hernández, L. Sánchez  
y R. Giménez  
Grupo Hospitalario Quirón.

**P-024**

**Objetivo:** Desde el año 2002, GHQ está desarrollando, la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad, basado en las normas ISO. La primera fase de este proyecto ha culminado con la certificación de los centros de Bilbao, Valencia, Zaragoza y los Servicios Corporativos. En esta comunicación queremos presentar la metodología de trabajo empleada y los resultados obtenidos.

**Método:** GHQ ha implantado y certificado todas las actividades propias que desarrolla en cada hospital mediante: Creación de grupos de trabajo, el desarrollo del Departamento de Calidad y de los órganos de seguimiento del sistema. Definición de clientes y servicios prestados por centro. Política de Calidad de GHQ. Descripción del Mapa de Procesos por centro y de Indicadores de Proceso. Definición e implantación de la documentación necesaria para el desarrollo del SGC. Medición/Revisión de Indicadores. Definición Métodos de Evaluación Satisfacción de Clientes y evaluación de sus resultados. Establecimiento, desarrollo y comunicación de Objetivos. Realización auditoria interna. Implantación de acciones de mejora consecuencia de auditorías, no conformidades/reclamaciones y sugerencias.

**Resultados:** En noviembre del 2004 se obtuvo la certificación de los centros mencionados con los siguientes resultados. Los clientes de nuestros hospitales se encuentran clasificados en tres grandes categorías: entidades, facultativos y pacientes. Nuestros procesos se han clasificado por centro en 7 claves, 7 de apoyo y 4 estratégicos. Se han codificado y redactado unos 1400 documentos. Se han establecido por centro unos 25 indicadores (100 medidas por centro). Se ha medido la satisfacción de nuestros clientes, resultando un IGS que se sitúa alrededor de "Bueno". Se establecieron 4 objetivos generales por centro para el segundo semestre del 2004. - Se han registrado alrededor de 400 No Conformidades/Reclamaciones y de 300 sugerencias/observaciones. Se han originado 300 Acciones de Mejora. La auditoria de certificación tuvo un resultado favorable con la apertura de 4 No Conformidades que fueron cerradas en el instante de entrega del informe.

**Conclusiones:** El proceso de acreditación nos ha permitido conseguir: La implantación de un nuevo sistema informático (HIS). La colaboración entre los distintos estamentos laborales. La detección de puntos de mejora en la actividad asistencial. La participación activa, la concienciación como grupo y la unión entre los trabajadores y el cuerpo médico del hospital.

**PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL USUARIO DEL HOSPITAL PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ**

J.M. Rivera, M.D. Cruzado, P. Cantizano, F. Carral, M.D. Ramos  
y P. Moreno

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Acreditación. Intimidad usuario.

**Objetivo:** 1) Evaluar el grado de adaptación del Centro a una serie de criterios mínimos de intimidad y confidencialidad. 2) Proponer y fomentar iniciativas y modificaciones estructurales y organizativas que redunden en una mejora de los derechos de intimidad y confidencialidad del ciudadano.

**Metodología del estudio:** Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de Abril y Mayo de 2005 en las Unidades de Hospitalización, Hospitales de día, Quirófanos, Consultas, Radiología, Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Puerta del Mar de Cádiz. Se definen tres sistemas de registros (Hospitalización-Hospitales de día, Quirófanos-UCIs y Consultas-Urgencias) que incluyen, cada uno, doce criterios de intimidad y confidencialidad.

**Resultados:** En el año 2005 el Hospital Puerta del Mar constituyó un Grupo de Intimidad con la misión fundamental de evaluar el cumplimiento de los derechos de Intimidad y Confidencialidad del ciudadano en el Centro y proponer estrategias de mejora que garanticen el cumplimiento de tales derechos. Tras definir los indicadores de intimidad y confidencialidad a evaluar, los integrantes del grupo de intimidad evaluaron un total de 33 Unidades de Hospitalización, 20 Hospitales de día, 7 Quirófanos-Ucis, todas las Consultas externas y los Servicios de Radiología y Urgencias del Hospital. En total se evaluaron 354 criterios de intimidad y 290 criterios de confidencialidad, objetivándose un cumplimiento del 87,5% de los criterios de intimidad y un 83,7% de los criterios de confidencialidad. Además de las medidas locales propuestas a los Supervisores de los distintos Servicios y Unidades, se han realizado una serie de propuestas de mejora organizativas y estructurales y se ha aprobado un Decálogo de Intimidad y Confidencialidad para su difusión a todos los trabajadores del Centro.

**Conclusión:** Es necesario garantizar el derecho a la intimidad y privacidad del paciente durante toda la asistencia sanitaria, así como hacer un adecuado uso de la información del paciente con absoluto respeto a la confidencialidad de la misma. El establecimiento de sistemas periódicos de registros, la identificación de deficiencias y el establecimiento de áreas de mejora son iniciativas válidas y necesarias para mejorar el cumplimiento de los derechos de intimidad y confidencialidad del ciudadano.

**CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000 EN EL SECTOR SANITARIO Y SOCIO-SANITARIO**

E. Juárez, M.A. Julve, A. Sánchez, F. Pérez, C. Artero  
y L. Pagonessa  
SANITAS, S. A.

**Palabras clave:** Evaluación, certificación, acreditación.

**Objetivos:** Crear una entidad de certificación de sistemas de gestión de la calidad de acuerdo con la norma UNE EN ISO 9001:2000, especializada exclusivamente en el sector sanitario y socio-sanitario, con el fin de generar mayor confianza al mercado sobre las organizaciones sanitarias certificadas e impulsar la mejora continua de las mismas.

**Método:** Sanitas dispone de un sistema de evaluación de profesionales sanitarios, centros diagnósticos, hospitales y centros socio-sanitarios, de acuerdo a criterios fijados por la compañía basados en la experiencia de Sanitas en el sector y en los sistemas de evaluación de la calidad existentes en la actualidad (ISO, EFQM, JACHO). Con este sistema la compañía ha realizado más de 4.300\* evaluaciones entre las que destacan 124 hospitales, 251 laboratorios de análisis clínicos, 194 centros de radiodiagnóstico, 464 centros dentales, 385 centros de fisioterapia y 37 residencias. Se observaron paralelismos entre el sistema de evaluación de SANITAS y la norma UNE EN ISO 9001:2000. Por otro lado, el sector sanitario representa actualmente el 2,5% del total de las certificaciones en España. Las entidades de certificación están acreditadas en más de un sector siendo la media de sectores acreditados superior a 30. Teniendo en cuenta esta situación, la experiencia acumulada y la competencia adquirida por los auditores, Sanitas se planteó la acreditación, por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) como entidad de certificación de Sistemas de Calidad de acuerdo con la norma ISO 9001:2000.

*Las fases del proceso de acreditación por ENAC fueron las siguientes:*

1. Preparación de la documentación de la entidad de certificación.

2. Formación de los auditores en la norma ISO 9001:2000.

3. Auditorias de ENAC.

4. Acuerdo de la Comisión de Acreditación de ENAC.

**Resultados:** SANITAS CERTIFICADORA obtiene la acreditación de ENAC convirtiéndose en la primera entidad de certificación acreditada exclusivamente en el sector sanitario/socio-sanitario. Todos los auditores de SANITAS CERTIFICADORA están especializados en el sector sanitario y socio-sanitario (Médicos, Farmacéuticos, Biólogos, Químicos, etc.).

**Conclusiones:** La entidad proporciona al mercado un valor diferencial

basado fundamentalmente en la competencia técnica de sus auditores y en la experiencia de una compañía dedicada desde hace más de 50 años al cuidado de la salud.

\*Datos de abril de 2005.

**PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL USUARIO DEL HOSPITAL PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ**

J.M. Rivera, M.D. Cruzado, P. Cantizano, F. Carral, M.D. Ramos  
y P. Moreno

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-025****LA ACREDITACIÓN EXTERNA Y SU IMPACTO EN LA MEJORA CONTINUA**

G. Ortega, M. Bayona, A. García, J.A. Garrido y J. García  
Distrito Sanitario Serranía de Ronda. Málaga.

**P-027**

**Palabras clave:** Acreditación, atención primaria.

**Objetivos:** 1) Difundir e implantar del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario en el Distrito Serranía, mediante la Acreditación. 2) Evaluar el proceso de Acreditación, como acción formativa destinada a desarrollar en los profesionales la cultura de la mejora continua. 3) Utilizar como fuente para el diseño del plan de formación, las acciones de mejora identificadas en el proceso.

**Material y método:** El Distrito en su totalidad inicia el proceso de Acreditación con ACSA en Octubre 2004, 6 proyectos simultáneos. Los profesionales se organizaron en grupos de trabajo para las distintas áreas descritas en el modelo de acreditación. Estos grupos revisaron, analizaron y propusieron mejoras, autoevaluación, para nuestra actividad diaria, utilizando como guión los estándares de la aplicación informática Me-jora 2.0. Para asegurar la continuidad del proceso de mejora, incluimos como punto del día fijo en las comisiones de dirección del Distrito, el seguimiento de las acciones de mejora detectadas.

**Resultados:** Nº Estándares (E): 1336 E revisados: 1179 %E revisados: 88,24% E cumplidos: 1141 %E cumplidos: 85,40% Acciones de mejora (AM): 1143 /AM conseguidas: 542% AM conseguidas a 1-6-05: 47,52%.

**Conclusiones:** 1) El proceso de acreditación de ACSA ha favorecido la gestión de calidad iniciada en nuestro Distrito, mediante el control periódico de las acciones de mejora. 2) El proceso de acreditación ha supuesto la participación de todos los profesionales del Distrito, 40% autoevaluación y 100% en la implantación de las mejoras. 3) El haber implantado un 47,52% de las áreas de mejora a su tiempo, y que no existan áreas de mejora no implantadas caducadas, demuestra que el proceso de acreditación, como acción formativa ha tenido un impacto real que es posible medir y seguir. 4) Dentro de las áreas de mejora detectadas, existen actividades de formación programadas a lo largo del año. Igualmente, estas áreas de mejora han puesto de manifiesto necesidades formativas que se recogerán en los planes de formación individuales de los profesionales por la UAP.

**DISEÑO DE UN MAPA DE RIESGOS APLICANDO EL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA**

R. Monís, M. Vilaseca, F. Martín, J.M. Jiménez, J. Melgarejo y M. Bustó  
Distrito Málaga.

**Palabras clave:** Calidad, gestión de riesgos, acreditación.

**Introducción:** La gestión de riesgos sanitarios (GRS) es una dimensión transversal de la calidad de los servicios. En el Modelo de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) la GRS opera a través de los bloques, criterios y estándares. Objetivos Diseño de un instrumento de apoyo para la auto-evaluación de la GRS en unidades clínicas de gestión (UGC) en atención primaria.

**Metodología:** Definición del marco teórico para la GRS desde un enfoque holístico. Revisión de los estándares del Manual de Acreditación de Unidades Clínicas de la ACSA. Definición de fuentes, registros y sistemas de información para el soporte de evidencias.

**Resultados:** Clasificación y agrupación de estándares en función de la naturaleza y cliente del riesgo: éticos, clínicos (organizativos, seguridad), estructuras y equipamientos, cuidadores y profesionales. Definición del mapa de riesgos de la UGC en función del cumplimiento de los estándares en el Ciclo PDCA.

**P-028**

**MODELOS DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

R. Monís, B. Herrera, V. Villatoro, A. Hormigo, A. García y J.M. Morales  
Distrito Málaga.

**Palabras clave:** Atención primaria, gestión riesgos, acreditación.

**Introducción:** Los modelos y esquemas para la acreditación de servicios de salud más extendidos integran, en mayor o menor medida, la gestión de riesgos sanitarios (GRS) como componente esencial de la calidad de los servicios en función de los distintos marcos teóricos de referencia. El propósito de la revisión fue testar la aplicabilidad de los enfoques de GRS al ámbito de la gestión de servicios en Atención Primaria de Salud (APS).

**Objetivos:** Descripción de los elementos más relevantes para el abordaje de la GRS en los distintos modelos de acreditación y evaluación del potencial de aplicación para la GRS en APS.

**Metodología:** Elaboración del marco holístico-teórico de la GRS para los modelos seleccionados: Malcolm Baldrige Healthcare, Joint Comisión International (JCI), European Foundation Quality Management (EFQM), Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), Agence Nationale d'Acreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Australian Council on Health care Standards (ACHS) y Clinical Governance (UK). Clasificación de riesgos sanitarios según su naturaleza y cliente: éticos, clínicos de seguridad y organizativos, de estructuras y equipamientos, de cuidadores y profesionales. Evaluación de la trazabilidad de los enfoques de GRS y matriz de benchmarking entre modelos.

**Resultados:** El mayor potencial instrumental para su aplicación al ámbito de APS lo presentaron los modelos: ACSA, JCI, ACHS y el risk management del esquema Clinical Governance.

**P-029**

**CULTURA DEL CAMBIO: CAMBIO DE CULTURA**

G. Ramos-Rolón, M. Mohedo-Caballero, M. Ramírez-Moreno, M. Ortiz-Martín y A. Raya-Serrano  
Hospital San Juan de Dios.

**Palabras clave:** Acreditación, Cultura, Resistencia.

El sumergirnos en un proceso de Acreditación en Calidad en nuestro centro ha supuesto un cambio en la cultura del personal, tanto sanitario como no sanitario. Somos conscientes de la resistencia natural que esto conlleva, ya que es una actitud fisiológica y propia del ser humano. Nuestras estrategias de cambio han estado basadas en esta premisa. Pertenecer a una organización con más 500 años de antigüedad y con tradición en la cultura de calidad, nos ha permitido que el cambio no resultase traumático. Las herramientas que hemos utilizado para conseguir nuestro objetivo han sido la información y formación como eje central de actuación, la consolidación de equipos de trabajo comprometidos con el cambio, lograr definir con claridad la visión del cambio y se han descrito objetivos y estrategias claras, específicas y realistas. En todo este proceso ha sido importante el dar a conocer a los trabajadores los resultados que se han ido obteniendo durante el período de cambio, en el que permanecemos, a través de acciones formativas incluidas en el Plan de Comunicación Interna del centro. Hemos intentado "salvar" los núcleos de resistencia valiéndonos de aquellos profesionales que inicialmente manifestaron creer en el proyecto de cambio y mostraron su disponibilidad para participar en el mismo. Los cambios en la cultura producen a la larga un cambio cultural y solo circunstancias muy extremas producirían un retroceso.

**P-030**

**ESTRATEGIA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS EN BLOQUE Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS ESTAMENTOS LABORALES**

R. Martí, M. Blázquez, S. Hernández, L. Sánchez y R. Giménez  
Grupo Hospitalario Quirón.

**Objetivo:** En esta comunicación queremos presentar las razones que ha llevado a GHQ a elegir como estrategia de acreditación la certificación de todas las actividades propias del hospital.

**Método:** Las razones que han llevado a una certificación completa del hospital han sido: aprovechamiento de las sinergias que produce la gestión de los hospitales como parte de un grupo, participación de todos los estamentos hospitalarios (mediante grupos de trabajo antes de la acreditación, con sugerencias/no conformidades después de la acreditación), utilización como herramienta de gestión total.

**Resultados:** La acreditación completa ha llevado a los hospitales a homogeneizar la documentación utilizada en el grupo (todos trabajamos con el mismo tipo de documentación), a canalizar las peticiones y sugerencias del personal y de los pacientes (desde su implantación se han registrado 400 No Conformidades/Reclamaciones y de 300 sugerencias/observaciones), a establecer objetivos del centro encaminados a la consecución de la política del grupo (aproximadamente 16 objetivos que se

**Conclusiones:** El proceso de acreditación nos ha permitido conseguir: 1. La implantación de un nuevo sistema informático (HIS). 2. La colaboración entre los distintos estamentos laborales. 3. La detección de puntos de mejora en la actividad asistencial. 4. La participación activa, la concienciación como grupo y la unión entre los trabajadores y el cuerpo médico del hospital.

**P-031**

**RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN SOBRE EL SERVICIO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN ÁREA DE SALUD**

M. Santiago-García, A. Barragán-Pérez, M. Moreno-Valero, J. Foncubierta-Martínez, A. García-González y J. Martínez-García  
Gerencia de Atención Primaria. Murcia.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Ciclo de mejora. Atención primaria.

**Objetivos:** 1. Determinar la prevalencia diagnosticada de HTA en el Área de Salud de Cartagena. 2. Analizar el grado de seguimiento y de control de los pacientes con HTA según las normas de proceso de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) pre-post introducción de medidas correctoras.

**Métodos:** Se realizó un ciclo de mejora del servicio "Atención a Personas con HTA" (Metodología de R.M. Palmer), evaluándose 3 criterios: *Criterio de accesibilidad (cobertura)*: número de pacientes incluidos respecto al total de población mayor de 14 años. *Criterio de proceso (seguimiento)*: número de pacientes diagnosticados de HTA con, al menos, 3 determinaciones de la T.A. en el período 1-10-2002 al 30-09-2003. *Criterio de Resultado (control)*: número de pacientes diagnosticados de HTA con, al menos, 3 determinaciones de TA en el período descrito y cuyas cifra de TA (promedio) eran inferiores a 140/90. Las fuentes de datos fueron todas las historias clínicas de los pacientes (tanto en formato papel como en soporte informático) para el primer criterio, y sólo las historias clínicas en soporte informático (85% del total) para los otros dos criterios. Tras la primera evaluación, se pusieron medidas correctoras referidas a mejorar el registro, la organización interna dentro de los Equipos de Atención Primaria (EAP), formación y sensibilización en el tema. Posteriormente se hizo una segunda evaluación del período 1-10-2003 al 30-09-2004.

**Resultados:** *Primera evaluación (2002-2003)*: Cobertura: 36.314 (14,3% de los > de 14 años). Seguimiento: 12.173 (42,3%). Control: 5.790 (20,1%). *Segunda evaluación (2003-2004)*: Cobertura: 37.546 (14,13% de los > de 14 años). Seguimiento: 14.767 (47,7%). Control: 7.316 (23,6%).

**Conclusiones:** 1. La prevalencia diagnosticada de HTA en nuestro área de salud es del 14% de la población, que dista de la prevalencia esperada del 20% de la población mayor de 14 años. 2. El número de hipertensos seguidos y controlados con TA controlada es mejorable. 3. Las intervenciones para mejorar el Servicio posiblemente necesiten tiempo para ver resultados y deben basarse en registrar la actividad de los profesionales, mejoras organizativas y de formación. 4. Nuestra área de salud es una comarca de gran incremento de población, que crece a mayor velocidad que las detecciones de hipertensos, lo que difumina las mejoras establecidas.

**P-032****LA HIGIENE DE MANOS COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**

C. Gallo, J. Llimon, A. Irastorza, J. García e I. Conde  
Servicios Centrales del S.A.S.

**Palabras clave:** Campaña higiene manos.

Una de las medidas más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales (IN) es la higiene de manos, porque la forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes es la transmisión cruzada. En revisiones bibliográficas sobre programas de intervención en higiene de manos con un uso adecuado de soluciones alcohólicas, se han llegado reducir los valores de prevalencia de IN y el número de nuevos casos de infecciones por microorganismos multirresistentes a antimicrobianos. Por otro lado, en el año 2002 el Center for Disease Control and Prevention (CDC) publica una guía sobre recomendaciones sobre higiene de manos. Basándose en las experiencias previas y en las recomendaciones de carácter científico, el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.) ha diseñado y planificado una campaña de higiene de manos, como medidas de control dentro del Plan de Vigilancia y Control de las IN en el S.A.S. El objetivo principal de la campaña es prevenir, controlar y reducir las IN en los Hospitales del S.A.S. Los objetivos para los hospitales: 1. Concienciar a los profesionales de la importancia y repercusión del lavado e higiene de las manos y uso correcto de guantes. 2. Mejora continua de estas prácticas. 3. La incorporación progresiva y gradual de las soluciones alcohólicas para la higiene de las manos. 4. Mejorar, controlar y/o reducir sus niveles de IN. Como metodología de trabajo para la campaña se constituyó una Comisión compuesta por miembros de distintas Sociedades Científicas y especialistas en la higiene hospitalaria. Se tomó como documento maestro para la campaña la guía de los CDC, teniendo en cuenta las circunstancias y condiciones de trabajo en nuestro medio. Además se han incorporado estrategias divulgativas e informativas que impulsen y faciliten la consecución de los objetivos. El resultado de la campaña se podrá evaluar centralizada e indirectamente a través de los indicadores del Plan de vigilancia del SAS. Los hospitales evaluarán la campaña a través de unos indicadores propuestos en la guía sobre higiene de manos.

**Conclusión:** en el segundo semestre del año se iniciará la campaña, con la pretensión de alcanzar la reducción de las IN, tal como ha ocurrido en las experiencias revisadas. Además se podría valorar la repercusión, por ejemplo, en la relación del consumo en sustancia alcohólica/indicadores de IN, en las estancias hospitalarias, entre otras cuestiones.

**P-034****CICLO DE MEJORA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

J.A. Díaz Benito, I. Pérez Litago, M. Arizaleta Beloqui  
y M.J. León Díaz  
CS Iturrama. Navarra.

**Palabras clave:** Hemoglobin A, Glycosylated; Quality of Health Care.

**Ámbito del estudio:** Atención Primaria, centro de salud urbano. Ciclo de mejora, con diagrama de Pareto, que evalúa criterios de proceso (dos HbA1c anuales; antiagregación) y de resultados intermedios (última HbA1c < 7%; último LDL < 100 mg/dl; media de las dos últimas TA < 130/80 mmHg; último IMC < 30). La unidad de estudio comprendió los pacientes de nuestro centro de salud, durante el año 2004, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (código T90 de la CIAP). De 656 pacientes (prevalencia 3,6%) se seleccionaron 60, mediante un muestreo aleatorio sistemático, estratificado por sexo. Los criterios con mayor número de incumplimientos fueron los siguientes: dos HbA1c anuales (50), LDL < 100 (47), TA < 130/80 (40). La mejora se centró en el cumplimiento de estos criterios. Para su implantación se insistió en solicitar los análisis a través del perfil Diabetes de OMI, con la implicación de enfermería, y se recordaron mensualmente las propuestas de mejora. En la revaluación intermedia, a los 6 meses, el número de incumplimientos en las dos HbA1c anuales fue de 30, lo que supone una mejora estadísticamente significativa ( $z = 3,74$  y  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** se puede mejorar la calidad asistencial mediante intervenciones asequibles, como por ejemplo la realización anual de al menos dos HbA1c a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**P-033****TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERTROCANTÉRICAS DE CADERA MEDIANTE TÉCNICA PERCUTÁNEA**

J.L. Arranz, J. Delgado, M. Moreno, P. González y S.E. Sueza  
Hospital Alto Guadalquivir.

**Palabras clave:** Fractura cadera, cirugía percutánea, osteosíntesis.

**Introducción:** Las fracturas de cadera del anciano tienen una gran trascendencia en la sanidad, pública, tanto desde el punto de vista social como económico. Lograr que estos pacientes se reincorporen lo antes posible a su actividad normal es un objetivo de todos. La menor agresividad quirúrgica en la reparación de estas fracturas puede ayudar a cumplir este objetivo, siempre que con estas técnicas logren al menos los mismos resultados funcionales que las clásicas.

**Material y métodos:** Entre el Hospital Alto Guadalquivir de Andújar y el Hospital de Montilla, se han intervenido mediante esta técnica 33 pacientes, 10 varones y 23 mujeres, a lo largo de la segunda mitad del 2004. Se realiza una revisión retrospectiva valorando la estancia media de los pacientes, el porcentaje de transfusiones, el resultado funcional final entre los 6 meses y el año de la intervención. Se comparan las variables analizadas con el histórico del Hospital Alto Guadalquivir.

**Resultados y conclusiones:** El uso de esta placa percutánea no ha incrementado significativamente el tiempo quirúrgico, pero ha disminuido de forma significativa la estancia media de las caderas y el porcentaje de transfusiones. Se han producido tres casos de desmontaje, que han necesitado nueva intervención. Los resultados funcionales no han variado significativamente frente al histórico de las fracturas de cadera del HAG.

**P-035**

**TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE SEGUNDO GRADO CON ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA DE LOS NERVIOS (TENS)**

E. Mercado, S.E. Sueza, J.L. Ruiz y A. Ramírez  
Hospital Alto Guadalquivir.

**Palabras clave:** Úlceras por presión; TENS; corriente de baja frecuencia.  
**Introducción:** El objetivo de este estudio es determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de corrientes de baja frecuencia en el tratamiento de las úlceras por presión de segundo grado y la disminución del tiempo de curación de dichas úlceras, caracterizadas por una nula o muy escasa tendencia a la cicatrización espontánea.

**Material y métodos:** Para tal fin se ha realizado un estudio experimental prospectivo en el que se determina al azar un grupo de intervención y un grupo control no intervenido de entre una muestra de 60 pacientes de la población diana. En lo que se refiere a las úlceras tratarémos los siguientes aspectos: Definición de las úlceras de la piel. Tipos de úlceras de piel. Etiopatogenia. Según grados, (SHEA) Estudios Localización más frecuente de las uu.p. Factores de riesgo. Escala de Norton. Factores de riesgo. Tratamiento de las UU.P. Tratamiento específico según el grado: Grado 2: En lo referido al uso del TENS. Concepto e historia. Características de las fibras. Características de la estimulación eléctrica transcutánea. Cicatrización de heridas por estimulación nerviosa transcutánea. Tratamiento de úlceras. Tratamiento escaras por decúbito. El criterio de selección de pacientes se basa en la similitud de las variables que influyen en la curación de las úlceras por presión. De esta forma todos los pacientes reúnen las mismas características y el resultado final depende únicamente del uso o no de la aplicación de la corriente de baja frecuencia. Se obtuvo una muestra de 60 pacientes. De forma aleatoria, la muestra de 60 pacientes se ha dividido en dos grupos: un grupo de intervención y un grupo control. La aplicación de la corriente de baja frecuencia se aplica tras la limpieza con suero fisiológico y antiséptico, y justo antes de la aplicación de las enzimas proteolíticas y los apósitos hidrocoloides.

**Resultados, discusión y conclusiones:** Se verán los resultados estadísticos obtenidos, concluyendo que Existe una relación estadísticamente significativa entre la aplicación de una corriente de baja frecuencia (TENS) y la disminución del tiempo de cicatrización de las úlceras por presión de segundo grado.

**P-036****VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE DUELO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

C. Cros, R. Solé, M. Canales, M. Bonet, P. García y G. de Febrero  
Área Sociosanitaria. Hospital Sant Joan de Reus.

**P-038**

**Palabras clave:** Protocolo de duelo, sistemas de información.

**Introducción:** El protocolo de acompañamiento al duelo, tiene como objetivo paliar el impacto emocional causado por una enfermedad y pérdida de una persona querida. La familia y el paciente son la unidad a tratar, para ello el correcto intercambio de información es vital y son ellos quienes determinarán sus necesidades y prioridades.

**Objetivos:** Elaborar y aplicar el protocolo de duelo. Estudiar y analizar el proceso de duelo del paciente/familia durante el ingreso a la Unidad de CP y posterior al exitus del paciente, valorando la aplicación del protocolo.

**Material y métodos:** Elaboración de un protocolo de actuación en los procesos de acompañamiento al duelo, al paciente/familia aplicando el momento del ingreso hasta el exitus del paciente. Estudio retrospectivo de las historias de los pacientes a los cuales se ha aplicado el protocolo en tres años. Registro de los datos identificativos del paciente, grado de implementación del protocolo, entrevistas realizadas, cartas de duelo, análisis de la aceptación del duelo, diagnósticos sociales en el momento del alta.

**Resultados:** El nº de pacientes paliativos fue de 293, 138 fueron exitus en la Unidad, y por tanto subsidiarios del Protocolo de Duelo. En el 100% de los casos se aplicó el protocolo, con una media de 4 entrevistas por los profesionales de la Unidad. Edad pacientes: < 65 años – 16%, 65-75 años – 28,4%, 75-85 años – 42,3%, > 85 años – 13%. Diagnósticos sociales: 46% enfermedades terminales, 21% problemas específicos cuidador, 8% procesos enfermedad crónica, 7% dificultades para la atención al enfermo. Aumento progresivo de la aplicación de protocolo: 2001 – 45,1%, 2002 – 76,3%, 2003 – 83,6%, 2004 – 98%. En el 52,9% se aplicó la totalidad del protocolo con el envío de la carta de duelo.

**Conclusiones:** Creemos que es necesario la aplicación del protocolo de duelo para la correcta atención paciente/familia durante el ingreso en la Unidad. La aplicación del protocolo de duelo permite garantizar la aceptación de la pérdida y evitar duelos patológicos. Es necesario una buena detección de los diagnósticos sociales, para afrontar de forma correcta todo el proceso de duelo.

**IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL EVOLUTIVO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

F.J. Ruiz, A. Flamarique, M. Amores, M.P. Samperiz, J.I. Pérez y B. Amores  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Servicio de M.I. (Prof. Cía).

**P-037**

**Palabras clave:** Calidad. Insuficiencia Cardiaca.

**Introducción:** La Insuficiencia cardiaca tiene una prevalencia en la población mayor de 65 años del 5%, lo que supone que unas 7.561 personas de nuestra área, representando el 14,33% de las altas de Medicina Interna de nuestro hospital en el año 2002.

**Objetivo:** 1. Mejorar la comunicación entre MAP y FEA de MI. 2. La educación higiénico-sanitaria del paciente. 3. Aplicar y difundir las guías de práctica clínica en Insuficiencia Cardiaca (IC).

**Método:** Se eligen los centros de Salud dependientes de nuestro hospital, correspondientes al sector III, siguiéndose la siguiente metodología: 1. Informar a su MAP notificando ingreso, alta e interconsultas. 2. Establecimiento de comunicación directa MAP-coordinador de estudio. 3. Ofertar una consulta externa de MI al MAP para ver enfermos de IC cuya evolución sea involutiva. **Evaluación y seguimiento:** Al inicio se realiza una evaluación de la calidad asistencial en IC en el Servicio de MI mirando: a) tasa de ingresos y reingresos, b) frecuentación de urgencias, c) estancia media, d) mortalidad y e) adecuación terapéutica. Al año y los dos años nuevas evaluaciones para comparar. Al final del estudio se realiza una comparación de estos parámetros antes y después del estudio en los centros de Salud dependientes del área III.

**Resultados:** En las fechas previstas de la celebración del Congreso dispondremos de los primeros parciales, que permitirán la realización de algunas conclusiones.

**EL DOCUMENTO DE INTERCONSULTA COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES**

J.C. Castillo, C. Santos, M.D. González, P. Sánchez y A. Manzano  
CS de Hellín. Albacete.

**P-039**

**Palabras clave:** Calidad. Documento intersonulta. Atención primaria.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la información transmitida a través del DI como elemento de coordinación entre el nivel de asistencia primaria y el secundario.

**Metodología:** *Diseño:* Descriptivo ciego para los médicos participantes. *Emplazamiento:* Centro de Salud urbano con 18 facultativos. *Sujetos:* DI emitidos desde 13 consultas de atención primaria. *Recogida de datos:* DI recibidos en el área de admisión durante tres semanas, período necesario para alcanzar el tamaño de la muestra. En los DI se comprobaron los criterios de calidad consensuados entre los dos niveles asistenciales.

**Resultados:** De los 399 DI evaluados, el 93,7% eran legibles (374). Las derivaciones más frecuentes fueron a oftalmología (18%), traumatología (11,8%) y ORL (10,3%). Analizados los DI legibles se obtuvieron los siguientes resultados: Criterios N % Antecedentes personales y/o familiares 123 32,9 Medicación habitual 66 17,6 Sintomatología por la que se remite 258 69 Exploración física 102 27,3 Exploraciones complementarias 207 55,3 Medidas terapéuticas para el proceso actual 202 54 Diagnóstico de presunción 354 94,7 Agrupándolos por nivel de calidad (recomendaciones de Irazábal et al y modificadas por Morera et al) el 2% eran buenos, el 79,45% aceptables y el 18,55% malos.

**Conclusiones:** Destaca el bajo porcentaje de DI de buena calidad, siendo la mayoría aceptables. Los criterios menos cumplimentados son la medicación habitual, la exploración física y los antecedentes personales y/o familiares. Es necesario llevar a cabo intervenciones para mejorar la calidad de los DI, elemento fundamental de comunicación entre niveles asistenciales.

## ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA EVALUACIÓN DE INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

A. Morillo-García, J.M. Aldana-Espinal, R. Valencia-Martín, R. Rodríguez-Romero, S. Sánchez-Gómez y F.J. Torrubia-Romero  
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla.

**Palabras clave:** Comisión de Tecnología Sanitaria, evaluación, guía.

**Introducción:** La Comisión de Tecnología Sanitaria (CTS) se constituyó en enero de 2002, dentro del organigrama de la Comisión Central de Garantía de Calidad de un hospital de primer nivel, como comisión interdisciplinar, con objetivos basados en: 1) Definición de vía de entrada de peticiones de nuevas tecnologías y de prioridades de análisis sobre las que deben incorporarse. 2) Valoración de la incorporación de nuevos procedimientos, mediante la utilización de la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT). 3) Estudio del rendimiento teórico de la tecnología y el uso apropiado una vez incorporada. 4) Valoración del grado de adecuación de procedimientos ya en marcha. 5) Realización de informes técnicos para la renovación de aparataje. 6) Elaboración de un catálogo de estándares asistenciales de procedimientos. Estrategias de mejora y funcionamiento. Como estrategia de mejora de las funciones de esta Comisión y con la intención de agilizar su actividad y evitar demoras en la valoración de peticiones, en febrero de 2005 se rediseñó el circuito de solicitud de tecnologías y fungibles, donde la principal novedad fue la división de CTS en dos Subcomisiones: de Tecnologías Sanitarias: fundamenta su actividad y decisiones en la Medicina Basada en la Evidencia y tiene como herramienta principal la GANT; de Fungibles, encargada de valorar aquellas tecnologías o material fungible de nueva adquisición que no requieren evaluación a través del informe GANT. Este circuito tiene como finalidad garantizar un plazo máximo de respuesta a las solicitudes de 90 días. Dicho circuito se inicia con la llegada de la solicitud al Comité Permanente de la CTS, donde se valora su derivación a una de las dos Subcomisiones. En el plazo de 45 días las tecnologías aprobadas son revisadas por la Subdirección de Suministros y posteriormente a la Dirección Médica. En los 30 días posteriores y, una vez comunicado a la Dirección Gerencia, se ponen en conocimiento los resultados a: peticionario, Comisión Central de Calidad, Subdirección de Suministros y Subdirecciones Médicas y de Enfermería implicadas.

**Conclusiones:** La actividad y funcionamiento de la CTS es fruto del aprendizaje realizado durante estos tres años y creemos que el actual diseño del circuito de peticiones supone una herramienta útil que permite agilizar la toma de decisiones sobre la incorporación de tecnologías sanitarias.

P-040

## IMPACTO DE UNA ACCIÓN DE MEJORA SOBRE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE MONTILLA

J.L. Zambrana, M.D. Adarraga, C. Alba, M.J. Velasco, F. Gavilán y L. Martínez  
Hospital de Montilla.

**Palabras clave:** Calidad, informes, alta.

**Objetivos:** Conocer el impacto que conlleva el informar a nuestros facultativos de la importancia del cumplimiento correcto de todos los ítems que conforman un informe de alta hospitalaria (IAH) conforme a la legislación vigente.

**Material y métodos:** Estudio observacional antes/después. Realizamos un primer análisis de la calidad de los IAH en enero/febrero del presente año obteniendo una muestra representativa de 249 informes. En ellos valoramos los 5 grandes apartados que deben estar siempre consignados en todo IAH. Los resultados fueron difundidos entre todos los responsables clínicos y facultativos del Centro, reseñando las áreas de mejora. En abril hemos repetido el análisis con una muestra de 265 informes.

**Resultados:** En la Tabla reflejamos en % el grado de incumplimiento de cada apartado valorado antes y después de las medidas de mejora.

	Pre (%)	Post (%)	% mejora	Chi cuadrado	p
Hospital	6,8	1,5	+78	7,96	0,005
Paciente	6,8	1,5	+78	7,96	0,005
Proceso	7,6	12	-58	NS	0,09
Diagnóstico	4,8	0,75	+84	6,5	0,01
Codificación	28,6	7,5	+74	35	0,0001

NS: No significativo.

**Conclusiones:** La calidad de nuestros IAH es elevada. Mediante sencillas medidas correctoras se consigue importantes mejoras en estos. Creemos que los profesionales de nuestro Hospital se encuentran motivados para la emisión de IAH de alta calidad.

P-041

## UNIFICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA EN LA FUNDACIÓN ALTHAIA

A. Prat, D. Llorens, J.A. Mora y T. Martín  
Fundación Althaia.

**Palabras clave:** Protocolización, unificación, equipo.

Desde 2002 nuestra organización se encuentra en situación de fusión Hospitalaria de dos organizaciones sanitarias en Manresa, con culturas y metodología de trabajo diferentes que han generado un aumento en la variabilidad de la práctica. Desde el Equipo de Soporte a la Dirección de Enfermería tenemos la oportunidad y la responsabilidad de: unificar los criterios y la metodología de trabajo de los profesionales de enfermería facilitar circuitos y procedimientos claros y únicos de trabajo crear espacios de formación y de información claves. Actualmente estamos trabajando en: unificación de protocolos y procedimientos asistenciales generales mediante la aplicación de las directrices y las matrices aprobadas por la Dirección. Elaboración del manual de difusión y de implantación de la documentación asistencial en línea con los circuitos de soporte y aprobación elaborados por el Departamento de Calidad. Unificación de la hoja de valoración general al ingreso. Diseño del informe de alta. En un futuro inmediato: unificación de todos los protocolos y procedimientos asistenciales específicos mediante la aplicación de las directrices y las matrices aprobadas por la Dirección. Unificación y la creación de las vías clínicas. Unificación de los registros de planificación de los cuidados de enfermería. Evaluación de la documentación como instrumento de mejora. Informatización de la documentación A nivel metodológico y estratégico desde la Dirección de Enfermería hemos planificado: un curso de formación en protocolización básica para los responsables. Talleres de difusión de los diferentes circuitos y procedimientos que existen en la organización y del manual de difusión y de implantación. La creación de sesiones de trabajo y de divulgación como instrumento de mejora y de intercambio. La creación de una profesional de enfermería que facilite, canalice y ofrezca el soporte metodológico necesario para la consecución del proyecto La Comisión de Calidad y la Dirección del Centro han aprobado la documentación finalizada hasta el momento, ha facilitado y aprobado las líneas de formación planificadas y nos estimula a trabajar con la INTRANET y en la mejora de la ETM como instrumentos de información y de trabajo claves para la organización. El proyecto es ambicioso y constituye un reto. Los resultados estarán enfocados a la evaluación de los resultados asistenciales y a la cumplimentación de los procedimientos y protocolos de actuación asistencial.

P-042

## EVALUACIÓN Y MEJORA DE INDICACIÓN DE FÁRMACOS GASTROPROTECTORES EN URGENCIAS

D. Rubira, B. Ríos, C. García, I. Romero, I. López y J. Alcaraz  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Gastroprotección, AINEs, Urgencia.

**Introducción:** En la actualidad los antiinflamatorios no esteroides (AINE) constituyen uno de los grupos farmacológicos de uso más frecuente. Estos medicamentos no están exentos de efectos adversos, destacando los gastrolesivos.

**Objetivo:** Mejorar la pauta de gastroprotectores a pacientes a los que se pauta AINEs desde urgencias.

**Metodología:** En enero de 2004, se obtuvo una muestra de 100 pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias a los que se prescribieron AINEs en su tratamiento de alta. La fuente de datos fue el archivo de historias de urgencias y se recogió información sobre la edad del paciente, antecedentes de gastropatía, factores de riesgo y uso de GP. Se aplicaron los protocolos de gastropatía obtenidos de la bibliografía. En mayo de 2005, tras dar a conocer los resultados por carta a los residentes y en sesión clínica a los adjuntos de urgencias, se volvió a tomar otra muestra de 50 casos de pacientes con factores de riesgo para gastropatía y otros 50 sin estos factores de riesgo.

**Resultados:** En la primera fase, 38 casos de la muestra tenían factores de riesgo, y los 62 restantes no los tenían. La prescripción correcta de gastroprotección pasó 34,21% en la primera fase, al 42% tras las actividades de mejora. En cuanto a los pacientes sin factores de riesgo, no se prescribieron gastroprotectores en el 91,93% en el primer muestreo, pasando al 82% de casos en la segunda fase. Estas diferencias no alcanzaron significación estadística ( $p > 0,05$ ). Se observó una mejora de uso de gastroprotector correcto, pasando del 27,3% de fármacos incorrectos en 2004 a 6,25% en la actualidad ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** Se ha mejorado el uso de gastroprotectores correctos, pero aún se debe seguir mejorando la indicación de gastroprotección a pacientes con factores de riesgo.

P-043

## INDICADORES DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

M.C. Martín-Delgado, L. Cabré-Pericas, J. Roca-Guiseris, P. Galdos-Anuncibay, J. Blanco-Varela y R.M. Saura-Grifol  
Hospital Universitario Virgen de Las Nieves.

P-044

**Palabras clave:** Indicadores de calidad, paciente crítico.

**Objetivo:** Diseñar los Indicadores de Calidad para la atención al paciente crítico (PC).

**Métodos:** La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en un acuerdo de colaboración con la Fundación Avedis Donabedian plantearon un proyecto por fases para la elaboración de un manual con los Indicadores de Calidad del PC. *Fases:* El proyecto se iniciaba en Noviembre de 2003 Y finalizaba en Junio 2005. 1. Formación en elaboración de Indicadores al Comité de diseño y a los responsables de los grupos de trabajo de la SEMICYUC. 2. Elaboración de Indicadores por parte de los grupos de trabajo. 3. Análisis, revisión y corrección por parte del comité de diseño. 4. Envío a grupo de expertos para las últimas sugerencias y propuestas de cambio. 5. Edición del Manual.

**Resultados:** Se elaboran un total de 120 indicadores distribuidos en las siguientes áreas temáticas: 12 de cardiología y RCP, 14 de respiratorio, 15 de neurotrauma, 9 de enfermedades infecciosas, 9 de nutrición y metabolismo, 6 de nefrología, 8 de sedación y analgesia, 4 de hemoderivados, 3 de toxicología, 4 de trasplantes, 12 de enfermería, 6 de bioética, 13 de planificación, 1 de internet y 4 de formación continuada, docencia e investigación. Del total se consideran relevantes 20 indicadores.

**Conclusiones:** 1. Los indicadores elaborados, son una herramienta de utilidad para los servicios de Medicina Intensiva para poder medir situaciones de mejora potencial. 2. Pueden ser de utilidad para poder realizar benchmarking. 3. Monitorización de señal de alarma.

## CALIDAD PREANALÍTICA, ESTUDIO DE LAS SOLICITUDES DE ANALÍTICAS URGENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Rodríguez-Marín, F. Abderraman, A. Maldonado, R. Cerdá, A. Flores y J. López-Barba  
Hospital del Ingresa de Ceuta.

P-045

**Palabras clave:** Preanalítica. Solicitudes Calidad.

**Objetivos:** Se pretende valorar el nivel de cumplimentación de las solicitudes de analíticas recibidas como urgentes. Valoración de la fase preanalítica, detectar puntos débiles y proponer mejoras.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio prospectivo de las analíticas recibidas en el período comprendido entre el 15 de Abril y el 15 de Mayo de 2005 en el Laboratorio de Urgencias. Se ha creado una base de datos en la que han sido recogidas las incidencias en relación a las solicitudes recibidas. Los datos han sido procesados mediante el sistema Statgraphics.

**Resultados:** Se han recibido un total de 1901 solicitudes, de ellas 1721 (90,53%) presentaron algún tipo de incidencia en la cumplimentación de la solicitud. La incidencia más frecuente ha sido la falta de información sobre el posible diagnóstico en 1623 (85,37%). En segundo lugar se encuentran la falta de datos personales del paciente como edad (56,49%), sexo (46,97%) y el número de Historia Clínica (36,34%). A continuación la falta de identificación del médico solicitante; con dos indicadores claros, falta de número de colegiado (14,99%) y falta de firma (7,5%). En el caso de las solicitudes de alcoholismos o de tóxicos en orina, no constó en ninguna de las 13 que fueron incluidas en el estudio los datos del enfermero responsable de la extracción. Es importante destacar que se recepcionaron 53 peticiones sin fecha y 27 en las que no constaban las pruebas. Por Servicio peticionario destaca que los Servicios de Cuidados Intensivos y Sala de Partos estaban perfectamente cumplimentadas en el 100%. La mayoría de las incidencias proceden del Servicio de Urgencias Hospitalarios.

**Conclusiones:** El porcentaje de no adecuación de la cumplimentación ha sido de 90,5%; el alto número de pacientes que son atendidos en el Servicio de Urgencias y el elevado turnover de Médicos podrían ser los causantes de esta situación. Entre las posibles mejoras en este aspecto se propone la realización de cursos y talleres de formación sobre la fase preanalítica y analítica. La falta de identificación del personal de enfermería en las extracciones de alcoholemia rompe la cadena de identificación de este tipo de muestras, hecho que ha ocurrido en el 100% de los casos, se ha de implicar a este tipo de personal en relación a la importancia legal de la extracción. La falta de juicio clínico o sospecha diagnóstica dificulta mucho la interpretación de los resultados analíticos por parte técnico y facultativa y es uno de los puntos de calidad más importantes a mejorar.

## EL CUESTIONARIO AGREE: ¿ÚTIL PARA MEJORAR LAS RECOMENDACIONES UTILIZADAS EN LOS HOSPITALES?

J.I. García-Montero, C. Aíbar, M.P. Rodrigo, I. Barrasa, E. Altarriba y R. Mareca  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

P-046

**Palabras clave:** AGREE, Guías-clínicas.

Entendiendo por Recomendaciones de Práctica Clínica (RPC) cualquier documento elaborado con la finalidad de influir sobre la toma de decisiones relativas a la salud y los servicios sanitarios, se incluyen en el concepto un variado grupo de escritos (protocolos, indicaciones, algoritmos, vías y guías clínicas, etc.). Si bien iniciativas como AGREE o Guíasalud están llamadas a conseguir mejoras significativas en la calidad de las guías clínicas, tal tarea es más difícil en el ámbito interno de centros y servicios clínicos.

**Objetivo:** Evaluar la aplicabilidad del cuestionario AGREE para valorar la calidad de las RPC del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

**Material y método:** Con el fin de mejorar la calidad y establecer criterios de mejora de las RPC, se realizó un programa formativo dirigido a personal médico y de enfermería. El programa constaba de una sesión de 4 horas, con el siguiente contenido: El contexto de la práctica clínica: concepto y tipos de normativas. Evaluación de Recomendaciones: Lectura crítica (Grupo EBM). El cuestionario AGREE Trabajo en grupos con lectura y evaluación de una RPC utilizando los criterios del cuestionario. Se seleccionaron una de uso interno en el hospital y una de elaboración y difusión nacional. Discusión y puesta en común. Se realizaron 4 ediciones del programa formativo. Cada una de las guías se evaluó por dos grupos de trabajo en cada sesión (5-7 personas por grupo). Posteriormente, las puntuaciones obtenidas por cada grupo se introdujeron en una hoja de cálculo, analizándose las puntuaciones obtenidas y la concordancia intragrupo y entre grupos.

**Resultados:** El cuestionario AGREE evalúa seis áreas de forma independiente: 1. Alcance y objetivo; 2. Participación de los implicados; 3. Rigor en la elaboración; 4. Claridad en la presentación; 5. Aplicabilidad; 6. Independencia editorial. De forma global se aprecia una mejor valoración de la guía nacional en las áreas 6, 3 y 4 (por ese orden). Apenas hay diferencias en las otras áreas. Las puntuaciones entre los diferentes grupos presentan un alto nivel de concordancia general para ambas guías.

**Discusión y conclusiones:** La validez y utilidad del cuestionario AGREE para la evaluación de guías de práctica clínica está suficientemente contrastada. Su aplicación es más limitada en la evaluación de documentos de ámbito reducido (centros, servicios y unidades clínicas), si bien el conocimiento de aspectos y criterios de calidad que evalúa, condiciona una mejora de los aspectos considerados.

## ELABORACIÓN DE LA GPC DE ASMA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO MEDIANTE UN MÉTODO DE ADAPTACIÓN-ELABORACIÓN

M. Merino, A. Etxeberria, I. Lecue, E. Rotaeche, M. Callén y M. Irizar  
Hospital Donostia.

P-047

**Palabras clave:** Asthma, guidelines, method.

**Introducción:** El proceso de elaboración de novo de guías de práctica clínica (GPC) requiere muchos recursos; la adaptación podría simplificar este proceso. En el asma existen GPC recientes y de calidad, pero no existe un método estructurado de adaptación.

**Objetivo:** Elaboración de la GPC de asma de la Comunidad Autónoma del País Vasco mediante un método de adaptación- elaboración-actualización de guías.

**Método:** Formulación de las preguntas clave, búsqueda de GPC y revisiones Cochrane. Evaluación y selección de GPC mediante instrumento AGREE. Resumen del contenido clínico mediante "Tabla de guías". Evaluación de GPC y revisiones Cochrane mediante 7 criterios: pregunta abordada en guías, existencia de revisión Cochrane, consistencia, necesidad de actualización, grado de recomendación, claridad y aplicabilidad. La estrategia tras la evaluación fue: elaboración de novo, elaboración parcial o adopción directa de recomendaciones. Análisis de los criterios de adaptación y de su resultado en función del tipo de cuestión: diagnóstico/pronóstico, prevención primaria/secundaria, tratamiento farmacológico, y educación sanitaria.

**Resultados:** Aplicamos el instrumento AGREE a 12 guías, seleccionando 7 con puntuaciones superiores a 60. Se han formulado 29 preguntas clave. Abordadas en guías: 25 completa, 3 parcial, 1 no abordada. Revisión Cochrane: 37,9%. Consistencia alta: 53,6%. Necesidad de actualización: 75%. Graduación: firme: 46,4%, consenso 39,3%. Se realizó elaboración parcial en 18 preguntas (62,1%), elaboración "de novo" en 4 (13,8%), y guías-Cochrane en 7 (24,1%). En todas las preguntas de diagnóstico hemos realizado elaboración parcial o "de novo", en el 100% de educación se ha seguido la estrategia guías- Cochrane. De las 13 preguntas de tratamiento, en 7 casos se ha realizado una elaboración parcial, en 3 "de novo", y en 3 guías- Cochrane.

**Conclusiones:** A pesar de disponer de guías de calidad, la mayoría de las preguntas han precisado una elaboración parcial. En las preguntas de tratamiento farmacológico el principal motivo ha sido la necesidad de actualización mientras que en el diagnóstico la formulación de recomendaciones mediante consenso en las GPC base. La aplicación del método ha supuesto un importante esfuerzo de búsqueda y evaluación de información, pero permite identificar pasos que pueden ser simplificados en futuros trabajos de adaptación.

**CICLO DE MEJORA EVALUACIÓN PROCESO EPOC EN CENTRO SALUD SAN TELMO**

J.A. Marín, F. de Osma, J.M. Recacha y P. Peña  
CS San Telmo. Jerez de la Frontera.

**P-048**

**Palabras clave:** Calidad, Epoc, Proceso.

**Objetivos:** Ciclo de mejora del programa/proceso EPOC, mediante análisis de cumplimentación de 5 criterios en una muestra de historias clínicas representativa.

**Método:** Estudio descriptivo transversal antes-después, de cumplimentación de 5 criterios en una muestra de 32 historias clínicas obtenidas por aleatorización sistemática de entre una población de N = 350 de pacientes con el icono de EPOC. Los criterios elegidos fueron los siguientes: 1. Hábito tabáquico registrado en la historia. 2. Espirometría realizada y registrada en historia en el último año. 3. Hematocrito realizado y registrado en último año. 4. EPS (Educación para la salud), al menos una visita de contenido educativo. 5. Patrón obstructivo (resultado de espirometría registrado compatible con patrón obstructivo). Se realizaron dos cortes, uno en jul del 2003 con datos referidos al período entre 1/07/02 y el 31/06/02 y otro en febrero del 2004, con datos de entre 31/06/03 y 31/1/04.

**Resultados:** De los 5 criterios, el Nº 1. tabaquismo, fue el mas cumplido y aquél cuyo cumplimiento mejoró más en la segunda evaluación (62,5% antes, 83,3% después, mejoría absoluta 20,8, mejoría relativa 55,5%, diferencia estadísticamente significativa para una  $p < 0,05$ ); el Nº 2, espirometría, mejoró pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (21,9% antes, 33,3% después, mejora absoluta 11,4, relativa 14,6%, probabilidad 0,1466, superior al 0,05 para significación estadística). Los demás criterios incluso empeoraron aunque las diferencias no fueron en ningún caso significativas.

**Conclusiones:** En nuestro Centro de Salud, situado en zona urbana en Jerez de la Frontera, la captación del programa ha subido desde el 61,9% en el 2002 hasta el 72% en el 2004. Al hacer un estudio transversal de la calidad de las historias clínicas encontramos una escasa cumplimentación de 4 de los 5 criterios propuestos (inferior inicialmente al 22% en los criterios 2, 3, 4 y 5). Tras analizar, difundir entre el equipo, proponer medidas de mejora y aplicar dichas medidas, se realizó un estudio transversal "después", con el análisis estadístico de las diferencias, encontrándose una mejoría significativa en el registro del hábito tabáquico y no significativa en el número de espirometrías. No hubo mejoría en los demás criterios que empeoraron, sin diferencias significativas, aunque hay que tener en cuenta que el período de observación en el segundo corte fue inferior al del primero (7 meses versus 1 año).

**INGRESOS INADECUADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

A. Carpio, M. Alonso, J.A. Mirón y M.C. Sáenz  
Hospital Universitario. Salamanca.

**P-049**

**Palabras clave:** Servicio de Urgencias, Utilización inadecuada, PAUH.

**Objetivo:** Estimar la adecuación/inadecuación de los ingresos en el Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de Referencia de Área.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas reconocidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003. Instrumento de medida: PAUH (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias).

**Resultados:** El  $71,7\% \pm 3$  (766) de los usuarios de un SU Hospitalario acuden "motu proprio", motivo rapidez y comodidad. Motivo de consulta en el  $75,2\% \pm 3$  (804) es un problema agudo y en el  $11,6\% \pm 2$  (124) la reagudización de un proceso crónico, principalmente dolor ( $31,3\% \pm 3$ ) y traumatismos/accidentes ( $23,5\% \pm 3$ ). Inicio de los síntomas, en el  $53,7\% \pm 3$  (573), horas antes. El  $30,3\% \pm 3$  (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés. El  $87,4\% \pm 2$  (933) no presenta constantes vitales alteradas. Tampoco se realiza prueba diagnóstica en el  $29,4\% \pm 3$  (314), ni prueba patológica en el  $56,9\% \pm 3$  (608). En el  $58,7\% \pm 3$  (627) no se instaura tratamiento en el SU. Más de la mitad ( $59,3\% \pm 3$ ) de las urgencias son atendidas por el MIR-I, solo  $26,9\% \pm 3$  (287) o supervisado por un superior  $32,4\% \pm 3$  (346), principalmente un especialista de M. Interna, seguido de Ginecología y Traumatología. El  $79,7\% \pm 2$  (851) de las urgencias son atendidas en el Hospital Clínico Universitario, siendo el lugar de atención preferente los consultorios  $53,6\% \pm 3$  (573).  $41\% \pm 3$  (438) son atendidas por la tarde,  $39,5\% \pm 3$  (422) por la mañana y  $19\% \pm 2$  (203) por la noche, siendo las franjas horarias más concurridas 8-12h (20,7% ± 2), 15-18h (19,8% ± 2), 12-15h (16,4% ± 2) y 18-20h (11,8% ± 2). Las diferencias entre días de la semana son mínimas, lunes- 164, jueves-163 y martes y miércoles-154. Igualmente, las diferencias entre meses son pequeñas, Agosto-104, Mayo-103 y Julio- 100. El destino es el alta  $82,1\% \pm 2$  (877), siendo el diagnóstico al alta en el  $90\% \pm 2$  (961) de los casos un diagnóstico CIE, sobre todo, traumatismos. La adecuación de la visita, según PAUH, resultó ser apropiada en el  $70,8\% \pm 3$  (756) de la muestra e inapropiada en el  $28,2\% \pm 3$  (301). Cumplían un solo criterio 283 pacientes (26,5%) y más de uno 458 (42,9%), principalmente radiografía de tórax y analítica básica. El criterio PAUH: intensidad diagnóstica, con el  $65,2\% \pm 3$  (696), resultó ser el más importante.

**Conclusiones:** El PAUH resulta sencillo y objetivo para valorar la adecuación/inadecuación de los ingresos en los SU.

**MEJORA DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES TRAS UN CURSO DE VENDAJES FUNCIONALES**

J. Alcaraz, M.A. Aznar, E. Abad y J.M. Sánchez  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-050**

**Palabras clave:** Vendaje funcional evaluación.

**Introducción:** Los vendajes funcionales constituyen un tipo especial de tratamiento de lesiones que aunque han demostrado su eficacia, no se ha generalizado su uso. La técnica para utilizarlos es algo diferente de la del resto de vendajes, por lo que requiere un adiestramiento especial. En nuestro Hospital se realizó un curso práctico sobre vendajes funcionales y se realizó un cuestionario previo y posterior a la finalización del mismo para comprobar los cambios producidos. En este trabajo se analizan los resultados del test.

**Metodología:** Se administró un cuestionario a los alumnos al inicio del curso con 3 cuestiones de conocimientos previos sobre vendajes funcionales, 6 cuestiones de conocimientos teóricos y otras tres sobre actitud ante los mismos. En el cuestionario se volvió a llenar al finalizar el curso. Adicionalmente se realizaron fotografías de los vendajes realizados el primer día y el último para comprobar su evolución.

**Resultados:** El 50% decía tener conocimientos sobre el tema previo al curso, habiendo usado estos vendajes con pacientes en el 40% de casos y en el 20% los había usado como pacientes. Respecto a las preguntas de contenido teórico, dos de ellos fueron contestadas bien por la mayoría en la primera encuesta y al volver a responder tras el curso, subía a 5 de 6. El número total de errores pasó del 61,6% al 18,33% de uno a otro test. Respecto a la actitud ante los vendajes, el 100% se atrevería a usarlos tras el curso (20% previo) y también todos estarían dispuestos a que se utilizaran con ellos como paciente.

**Conclusiones:** Se ha evidenciado una mejora en conocimientos y actitudes expresadas, tras el curso.

**INGRESOS INADECUADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

A. Carpio, M. Alonso, J.A. Mirón y M.C. Sáenz  
Hospital Universitario. Salamanca.

**P-049**

**Palabras clave:** Servicio de Urgencias, Utilización inadecuada, PAUH.

**Objetivo:** Estimar la adecuación/inadecuación de los ingresos en el Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de Referencia de Área.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas reconocidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003. Instrumento de medida: PAUH (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias).

**Resultados:** El  $71,7\% \pm 3$  (766) de los usuarios de un SU Hospitalario acuden "motu proprio", motivo rapidez y comodidad. Motivo de consulta en el  $75,2\% \pm 3$  (804) es un problema agudo y en el  $11,6\% \pm 2$  (124) la reagudización de un proceso crónico, principalmente dolor ( $31,3\% \pm 3$ ) y traumatismos/accidentes ( $23,5\% \pm 3$ ). Inicio de los síntomas, en el  $53,7\% \pm 3$  (573), horas antes. El  $30,3\% \pm 3$  (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés. El  $87,4\% \pm 2$  (933) no presenta constantes vitales alteradas. Tampoco se realiza prueba diagnóstica en el  $29,4\% \pm 3$  (314), ni prueba patológica en el  $56,9\% \pm 3$  (608). En el  $58,7\% \pm 3$  (627) no se instaura tratamiento en el SU. Más de la mitad ( $59,3\% \pm 3$ ) de las urgencias son atendidas por el MIR-I, solo  $26,9\% \pm 3$  (287) o supervisado por un superior  $32,4\% \pm 3$  (346), principalmente un especialista de M. Interna, seguido de Ginecología y Traumatología. El  $79,7\% \pm 2$  (851) de las urgencias son atendidas en el Hospital Clínico Universitario, siendo el lugar de atención preferente los consultorios  $53,6\% \pm 3$  (573).  $41\% \pm 3$  (438) son atendidas por la tarde,  $39,5\% \pm 3$  (422) por la mañana y  $19\% \pm 2$  (203) por la noche, siendo las franjas horarias más concurridas 8-12h (20,7% ± 2), 15-18h (19,8% ± 2), 12-15h (16,4% ± 2) y 18-20h (11,8% ± 2). Las diferencias entre días de la semana son mínimas, lunes- 164, jueves-163 y martes y miércoles-154. Igualmente, las diferencias entre meses son pequeñas, Agosto-104, Mayo-103 y Julio- 100. El destino es el alta  $82,1\% \pm 2$  (877), siendo el diagnóstico al alta en el  $90\% \pm 2$  (961) de los casos un diagnóstico CIE, sobre todo, traumatismos. La adecuación de la visita, según PAUH, resultó ser apropiada en el  $70,8\% \pm 3$  (756) de la muestra e inapropiada en el  $28,2\% \pm 3$  (301). Cumplían un solo criterio 283 pacientes (26,5%) y más de uno 458 (42,9%), principalmente radiografía de tórax y analítica básica. El criterio PAUH: intensidad diagnóstica, con el  $65,2\% \pm 3$  (696), resultó ser el más importante.

**Conclusiones:** El PAUH resulta sencillo y objetivo para valorar la adecuación/inadecuación de los ingresos en los SU.

**APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN EL PROCESO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

M.R. Abad, E. Núñez, A.B. Esteban, P. Mesa, M.L. Penón y C. Cánovas  
Hospital Geriátrico San Jorge.

**P-051**

**Palabras clave:** Calidad, medicamentos, hospital.

**Objetivos:** Evaluación y revisión del plan para mejorar el proceso de utilización de medicamentos Metodología: Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Geriátrico San Jorge. Un grupo interdisciplinar a través de una tormenta de ideas señaló los problemas detectados en la utilización de medicamentos, posteriormente se priorizaron las áreas de mejora mediante la técnica de Hanlon y se planificaron las acciones a desarrollar. A los dos años mediante consenso se han evaluado los resultados, puntuándose de 0 a 5 (0 = nada, 5 = totalmente resuelto) y se han planificado nuevas acciones.

**Resultados:** El grupo de mejora se reunió en 9 ocasiones durante los años 2003-04, detectó 27 problemas que priorizó y puso en marcha acciones de mejora en 25. Tras dos años de trabajo ha realizado un nuevo análisis, valorando 2 problemas: relación inadecuada de medicamentos en planta y devolución de medicación en el carro sin justificación como totalmente resueltos (puntuación = 5) y en otros 9 (puntuación = 4) las acciones han conseguido importantes mejoras en: eliminación de la administración de medicamentos sin historia de enfermería y siguiendo prescripciones orales, identificación correcta del paciente en la prescripción, adaptación de la medicación al estado del paciente, horario adecuado de dispensación, acondicionamiento correcto de los medicamentos en dosis unitarias, revisión exhaustiva de la nutrición en el carro de unidades, cumplimentación de recetas al alta del paciente y control adecuado del ritmo de administración de fluidos. Finalmente tras la revisión de los resultados se han puesto de manifiesto los problemas pendientes y que por lo tanto serán abordados durante este año, siendo destacables los siguientes: escasa notificación de reacciones adversas, deficiencias en el registro y control de administración de medicamentos, visualización insuficiente de alergias en la historia clínica y necesidad de normas de actuación claras ante la prescripción de medicamentos no incluidos en la guía fármaco-terapéutica del hospital.

**Conclusiones:** 1. El grupo de mejora interdisciplinar ha favorecido la implicación y motivación del personal involucrado en el proceso de utilización de medicamentos, creando una cultura de calidad. 2. La revisión del plan ha permitido poner de manifiesto los resultados conseguidos y detectar las áreas de mejora que deben ser abordadas en el futuro. 3. La evaluación periódica de los resultados y la planificación de nuevas acciones favorece el avance hacia la mejora continua.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA**

M. Esteban, G. Alejandre, A. Sánchez, N. Vallés, J. Rodríguez y M. García  
Gerencia de AP Toledo.

**P-052****Palabras clave:** Dolor torácico, Calidad.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la atención que se presta a los pacientes que consultan por dolor torácico, en los puntos de atención continuada (PAC) de atención primaria de un Área de Salud.

**Metodología:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2005 con la evaluación retrospectiva de hojas de atención continuada (HAC). Unidades del estudio: episodios atendidos en 28 PAC del Área de Salud de Toledo durante el año 2004. La población del estudio se dividió en 28 estratos (cada estrato correspondía a un PAC) y en estos se valoraron las HAC de todos los pacientes cuyo principal motivo de consulta fue el dolor torácico, durante los meses de octubre y noviembre de 2004. Los criterios evaluados fueron: anamnesis al menos sobre dos factores de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedentes personales de enfermedad cardiaca, anamnesis (al menos tres entre: inicio del cuadro, tipo, duración, localización e irradiación del dolor, factores desencadenantes, síntomas asociados y efectos de la medicación) y datos exploratorios: Tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC) y frecuencia respiratoria (FR). Intervención de mejora: se han presentado, comentados y debatidos en todos los Equipos de Atención Primaria evaluados, los resultados obtenidos. Reevaluación: prevista para el año 2007.

**Resultados:** Se evaluaron 545 HAC de pacientes con dolor torácico, sobre un total de 37488 urgencias atendidas en el período evaluado (1,5%). Constaba FRCV en el 30,8% con un rango en los 28 PAC evaluados que osciló entre 0 y 66, antecedentes personales de enfermedad cardiaca en un 37,28%, (rango 0-77), anamnesis adecuada en el 58,7% (rango 0-93), toma de TA en el 70,1% (rango 25-93), FC en un 60,7% (rango 20-92) y FR en un 17,8% (rango 0-50).

**Conclusiones:** El registro de factores de riesgo cardiovascular, de antecedentes personales y la exploración de la frecuencia respiratoria, se muestran como las principales áreas de mejora de calidad en la atención a pacientes con dolor torácico en los PAC de nuestra Área de Salud. La anamnesis específica, toma de TA y la exploración de la frecuencia cardiaca se registran en un porcentaje aceptable de casos.

**CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN AL ALTA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA COORDINADA CON ATENCIÓN PRIMARIA**

M.P. García, S. Cortijo, M. Campo, O. Serrano, M.J. Jiménez y A. Herreros Hospital Universitario 12 de Octubre.

**P-054****Palabras clave:** PAS, prescripción, alta.

**Objetivos:** El tratamiento prescrito al alta hospitalaria determina en gran medida la prescripción en Atención Primaria. El objetivo del siguiente estudio fue analizar la calidad de la prescripción al alta hospitalaria en una Unidad de Medicina Interna (M.I.) coordinada con Atención Primaria. Para ello, se utilizaron los indicadores del Programa de Actuación Sanitaria 2004 (PAS) de la Comunidad de Madrid (CAM).

**Métodos:** Se analizaron, durante 4 meses, los tratamientos al alta de 57 pacientes de la Unidad de M.I. Durante este período un farmacéutico se incorporó al equipo asistencial realizando un registro informatizado del tratamiento al alta de cada paciente, para lo que se utilizó el programa de información Infowin®. Los datos de este estudio se obtuvieron de dicho registro y el cálculo de los indicadores de calidad se realizó utilizando unidades de medicamentos en vez de DDD (Dosis Diarias Definidas) dado que esta modificación no afecta a los resultados, expresados en porcentajes. Los indicadores se refieren a la prescripción eficiente de: Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG), Novedades de Limitada Aportación Terapéutica (NLAT), Antiulcerosos, Antihipertensivos, Antidiabéticos orales (ADO), AINEs, Psicofármacos y Antiasmáticos.

**Resultados:** Los resultados obtenidos y el objetivo marcado por el PAS entre paréntesis (expresado en porcentajes) son: EFG: 7,52 (> 6,18); NLAT: 0 (< 5,38); Omeprazol: 100 (> 68,66); β-bloqueantes + diuréticos: 60 (> 26,9); Ara II + Asociaciones: 4 (< 46,96); Estatinas: 57,89 (> 27,36); IECA: 95,65 (> 80,57); ADO: 66,66 (> 63,68); AINEs: 100 (> 48,47); Antipsicóticos: 100 (> 12,72); Antidepresivos: 33,33 (> 64,66); Corticoides inhalados en asociación: 100 (< 55,29). La prescripción al alta en esta Unidad de M.I. se ajusta a los Objetivos marcados en 10 de los 12 indicadores estudiados. El indicador EFG está subestimado puesto que se registraron las marcas comerciales que se dispensaron al paciente al alta (las disponibles en el Hospital). El médico en el informe al alta prescribió mayoritariamente por principio activo. La mayoría de los Antidepresivos prescritos no son de elección y la totalidad de los corticoides inhalados se prescribieron asociados a β-agonistas de larga duración (en la misma forma farmacéutica).

**Conclusiones:** Las prescripciones de medicamentos al alta hospitalaria en esta Unidad se ajustan en gran medida a los Objetivos del PAS 2004 de la CAM. La adecuada calidad de la prescripción al alta hospitalaria puede tener una repercusión muy positiva en Atención Primaria.

**DESARROLLO, RESULTADOS: Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL "PADI" EN LA COMARCA GIPUZKOA EKIALDE**

C. Aranguren, C.I. Sánchez, E. Lombide y J. Herranz  
Comarca Gipuzkoa Ekielde.

**P-053****Palabras clave:** Prevención, caries, infantil.

**Introducción:** En el año 1998, el Comité Regional para Europa de la O.M.S. puso como objetivos para el año 2020 que al menos el 80% de los niños de 6 años estuvieran libres de caries y los de 12 años debieran tener un CAO inferior a 1,5. El Programa de Asistencia Dental Infantil se puso en marcha en la Comunidad Autónoma Vasca en el año 1990. Dicho programa proporciona una asistencia dental básica y de calidad, orientada a la prevención de las enfermedades dentales y al tratamiento, cuando hay patología.

**Objetivos:** Los objetivos del programa PADI, son reducir el nivel de caries de los niños, tanto en la cantidad de piezas careadas (índice CAO) como su prevalencia, por ello el programa está diseñado para que su utilización sea lo más accesible posible.

**Metodología:** La inclusión en el programa ha sido paulatina, incluyendo cada año la cohorte de edad que cumplía 7 años hasta que en 1998 quedaron cubiertos todos los niños residentes en la CAV de entre 7 y 15 años. El PADI se ofrece a los usuarios a través de un Talón de Aceptación anual que se envía a cada usuario por correo, junto con un listado de dentistas públicos y privados concertados. La elección de dentista es libre (lo decide la familia del niño/a).

**Resultados:** En la Comarca Gipuzkoa Ekielde, se atendió durante 2003 a 17.136 niños (62,06% de los niños con derecho al programa). Los dentistas privados concertados atendieron al 80,5% de los niños vistos, siendo el 19,5% restante visto en el sector público. **Evaluación:** Durante 2004 se planteó evaluar el programa por primera vez, optándose por hacerlo a través de una encuesta dirigida a los padres de los niños vistos en 2003. Se diseñó un cuestionario que permitiera conocer la satisfacción con las diferentes prestaciones del PADI y con distintas dimensiones, como accesibilidad, trato, información y rapidez. Los resultados de la misma arrojan una puntuación media de 8,37 puntos / 10, con un índice de satisfacción global del 97,6%.

**Conclusiones:** El enfoque preventivo es claro si estudiamos los tratamientos proporcionados, ya que por cada 100 niños se realizaron 42,37 selladores de fisura, 22,93 obturaciones, 0,44 extracciones y 0,47 tratamientos pulpares. Resulta llamativo que el número de tratamientos pulpares es mayor que el de las extracciones, reflejando un perfil de tratamiento muy adecuado y tendente a salvar el mayor número de piezas dentales, dando así respuesta al objetivo del programa PADI y contribuyendo a conseguir los establecidos por la OMS.

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

J.E. Sánchez-Basallote, N. Moyano-Bustillos, P. Morales y R. Rodríguez  
Distrito APS Sierra de Cádiz.

**P-055****Palabras clave:** Calidad. Atención al usuario. Atención Primaria.

**Objetivo:** Describir el diseño del programa de calidad del Servicio de Atención al Usuario (SAU) del Distrito de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz. **Métodos:** Se definió el marco de referencia geográfica y de población y la organización funcional del SAU por los miembros del mismo (responsable del Servicio y tres auxiliares administrativos) y se diseñó el programa de calidad del Servicio con el propósito de generar una herramienta para el SAU capaz de analizar su funcionamiento actual, desarrollar los procedimientos con la sistemática de la gestión por procesos, evaluar las actividades, monitorizarlas periódicamente, detectar problemas, analizar sus causas y llevar a cabo acciones que optimicen los procesos.

**Resultados:** El programa de Calidad del Servicio de Atención al Usuario del Distrito consta de los siguientes apartados: Misión: "Atender la demanda de los clientes con la mejor calidad y eficacia"; orientación del servicio, pilar fundamental, personal y ámbito de actuación; visión: "Pretende ser un servicio moderno y competitivo con orientación a los procesos"; cartera de clientes internos y externos; recursos humanos y físicos; cartera de servicios (procesos claves u operativos); previsión de la actividad anual y óptimo de actividad; diseño de los procesos no asistenciales; seguimiento y evaluación de los procesos (ciclo de mejora: PDCA) y plan de formación continua.

**Conclusiones:** El disponer de un programa de calidad del Servicio supone una herramienta para la mejora continua de la calidad. Es necesaria la implicación de todos los profesionales del Servicio para su desarrollo.

## APLICABILIDAD DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN POSTALTA

M.G. Arocena, S. Páramo, M. Galdiz, M.C. Tanco, M. Viciosa  
y S. Rabanal  
Hospital San Eloy. Bilbao.

**Palabras clave:** Infección postalta.

**Objetivo:** Valorar el rendimiento y grado de dificultad que conlleva la aplicación durante 1 año, de un sistema de vigilancia de la infección nosocomial que incluye el seguimiento postalta, en el procedimiento quirúrgico colecistectomía.

**Material y método:** En el año 2003 se diseñó un modelo para el control de la infección postalta (30 días) y se aplicó durante 4 meses en un estudio prospectivo, a todos los pacientes sometidos a colecistectomía como único procedimiento quirúrgico (códigos CIE-9- MC: 5122 Y 5123). Para el diagnóstico de infección se siguieron los criterios de la CDC; la recogida de datos durante el ingreso se realizó según ficha epidemiológica de la Comisión INOZ y el circuito para el control postalta incluía a los 7 días del alta, cta. enfermería del Ambulatorio (control herida) y a los 30 días cta Cirugía Hospital donde el Cirujano responsable del Proceso, controla la infección no quirúrgica con la colaboración del Médico de Familia. Evaluados los resultados y tras reunión del Servicio de Cirugía, personal de enfermería implicado y comunicación a la Dirección de Comarca de Atención Primaria, se decide ampliar el estudio a todo el año 2004. El análisis de los resultados se ha realizado según programa informático INOZ (resultados durante el ingreso) y programa EPI-INFO versión 6 (datos postalta).

**Resultados:** Han sido 94 colecistectomías con un seguimiento del protocolo en el 56,38%. La incidencia de infección nosocomial (ingreso y postalta) es del 15,09%, siendo el 13,21% la infección de herida; durante el ingreso la incidencia de infección nosocomial ha sido del 7,55%. El tipo de infección postalta ha sido: 1) tres infecciones de herida quirúrgica detectadas en cta. Enfermería en 1 caso y 2 en Urgencias Hospital. 2) Una infección urinaria diagnosticada por el Médico de Familia.

**Conclusiones:** 1) Los resultados obtenidos de incidencia de infección quirúrgica, se deben considerar en conjunto, componiendo una muestra de 95 procedimientos a evaluar, siendo la incidencia del 9,47%. 2) La pérdida de 41 pacientes (43,62%) en el período vacacional, nos hace cuestionar si es realmente efectivo y rentable el establecimiento sistemático de un sistema de vigilancia postalta en nuestro medio.

**P-056**

## RESULTADOS: DE LA MONITORIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LOS DIAGNÓSTICOS DE ALTA DEL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET

J. Vilarasau y C. Gimeno  
Hospital General de L'Hospitalet.

**Palabras clave:** Complicaciones, Diagnósticos.

**Objetivo:** Introducir mejoras en la práctica clínica a partir del seguimiento de los diagnósticos de complicaciones en los informes de alta hospitalaria en el Hospital General de l'Hospitalet.

**Método:** Se elaboró y validó un diccionario de complicaciones según el ICD-9-MC, junto con un aplicativo informático que permitiera obtener resultados de complicaciones registradas en los informes de las altas de hospitalización. A partir de los resultados anuales obtenidos, se han iniciado acciones de seguimiento y mejora dirigidas a aquellas complicaciones más prevalentes. Como comprobación de su impacto fiabilidad valoramos paralelamente el ratio de diagnósticos por alta y en el índice de complejidad global del hospital y comparamos los resultados obtenidos en un diagnóstico, el de flebitis, con un estudio de prevalencia de las mismas.

**Resultados:** Año 2001: se revisaron las complicaciones de Envenenamiento por cardiotónicos (972,1) y Seroma postoperatorio (998,51), Año 2002: se iniciaron mejoras en los diagnósticos de Flebitis (999,2), Oliguria postoperatoria (997,5). Año 2003: se insistió en el seguimiento de Oliguria postoperatoria (997,5), y se revisaron los criterios de codificación de la Insuficiencia pulmonar Postoperatoria (518,5) Evolución de la incidencia de estas complicaciones (2001 – 2002 – 2003 – 2004): - Envenenamiento por cardiotónicos (34 – 18 – 6 – 3) - Seroma postoperatorio (55 - 44 - 32 - 23) - Flebitis (28 - 38 - 42 - 11) - Oliguria postoperatoria (85 - 36 - 52 - 22) - Insuficiencia pulmonar Postoperatoria (75 - 51 - 51 - 22) El ratio de diagnósticos por alta fue de 3,35 en el 2001 y de 4,34 en el 2004; el peso específico ha pasado de 1,0100 (en el 2001) a 1,0322 (en el 2004) y la prevalencia de flebitis fue de 4,0 7% en el 2001 y ha sido de 1,33% en el 2004.

**Conclusiones:** El sistema permite: conocer las complicaciones más prevalentes en el hospital, y evolución. Revisar la actuación asistencial (protocolos, materiales, etc) en aquellos casos que se requiera. Modificar los criterios de codificación empleados en los informes de alta. Su aplicación no tiene repercusión en el registro global de diagnósticos de los informes de alta, ni en el índice de complejidad de los pacientes ingresados.

**P-058**

## UN PLAN DE CALIDAD PARA UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA

M. Ballestín, J. Guix y J.R. Villalbí  
Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Palabras clave:** Calidad, mejora continua.

Con la puesta en marcha de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) se definen unos objetivos estratégicos, uno de los cuales es el desarrollo de un Plan de Calidad que contribuya a conseguir otros objetivos estratégicos. Se adopta como modelo la propuesta de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Su laboratorio cuenta con un sistema de calidad propio que le ha permitido obtener la acreditación ISO 17025. Se define la calidad como una estrategia de gestión para satisfacer las expectativas de los clientes, los empleados, los ciudadanos en general y los Órganos de Gobierno. Se enuncian unos principios básicos, se formula una Política de Calidad con unos objetivos estratégicos de calidad, y se diseña un Plan operativo. El modelo de trabajo de calidad hace énfasis en la mejora continua; en la atención a los clientes/ciudadanos y clientes internos; un modelo inspirado en el modelo conceptual EFQM de procesos que visualiza las relaciones y dependencias existentes entre las diversas actividades. El sistema organizativo de la calidad hace recaer la gestión del Plan sobre el equipo directivo y sus asesores que priorizan los objetivos, establecen el sistema de evaluación e informan de los resultados. Los agentes del plan: la Dirección es el punto de partida para la implantación, desarrollo y generalización de la filosofía de la mejora continua con el soporte de los mandos y del núcleo de calidad. El sistema de información y comunicación prevé un mecanismo de feed-back que permite a los profesionales conocer los datos principales que proporciona el Plan. Se plantean unos objetivos iniciales y unas líneas de trabajo basadas en: La construcción del modelo de procesos: a partir del mismo, se identifican cuatro procesos estratégicos para hacer una prueba piloto, que se va ampliando. La puesta en marcha de grupos de mejora, inicialmente ligados a la valoración de la satisfacción de los clientes de diversos servicios. Otras acciones incluyen los contratos programa con determinados clientes, la cartera de servicios personalizada, la evaluación externa de algunas dependencias, la exploración de las expectativas de ciertos clientes, y la creación de comités de calidad... Tras dos años de trabajo se aprecian progresos y una creciente implicación de la organización, que se traducen en iniciativas desde diversas estructuras y no solo las generadas por la dirección.

**P-057**

## DISEÑO Y DIFUSIÓN DE UN FOLLETO CON LA METODOLOGÍA DE LOS CICLOS DE MEJORA

E. Bartolomé, E. Agraz, M. Cid, F. Alvear, T. Martín,  
Y. de la Fuente y T. Borque  
Gerencia Atención Primaria. Madrid.

**Palabras clave:** Mejora folleto formación,

**Introducción:** La evidencia científica en aspectos de gestión, nos demuestra como los modelos clásicos de formación no son efectivos si los profesionales que acuden a los cursos no proyectan aplicarlo en un período inmediato a su asimilación. En el año 2001 se dio formación en el Área 2 de Madrid de Atención Primaria, sobre la metodología de ciclos de mejora al 46% de los profesionales, de una plantilla de 648 trabajadores. Desde entonces y de forma anual, los 21 Equipos de AP del Área 2 adquieren en los Contratos de Gestión el compromiso de realizar un proyecto de mejora, haciéndose realidad, anualmente, en el 70% de los mismos. En esta dinámica nos planteábamos refrescar conocimientos o aprobarlos de nuevo a los trabajadores de incorporación reciente.

**Objetivo:** Difundir la metodología de Ciclo de Mejora entre los profesionales para facilitar su uso en el momento oportuno en el que se plantea en utilizarlo en la mejora continua de su actividad. **MÉTODO:** Diseñar y difundir un folleto de bolsillo con la metodología de los ciclos de mejora. Se formó un grupo de seis responsables de calidad que diseñaron el folleto. Una vez editado, se presentó al colectivo de Responsables de Calidad de los Equipos y Unidades de Apoyo y posteriormente ellos mismos lo presentaron y repartieron en los Equipos en una sesión formativa.

**Resultados:** Se elaboraron 1200 ejemplares y se difundieron a la totalidad de los trabajadores del Área. El folleto elaborado para la formación tiene 8 caras que recogen los siguientes apartados: Gráfico del Ciclo de Mejora: Con los pasos críticos a dar Apuntes de Metodología del Ciclo de Mejora: Recoge en cada paso las herramientas de mejora recomendadas. Actividades a realizar en el diseño del estudio de nivel de Calidad Elaboración de un Cartel Narrativo como presentación final del proyecto de mejora Contraportada con Autores, Abreviaturas empleadas y Bibliografía utilizada.

**Conclusiones:** Consideramos que los profesionales deben conocer cuáles son los pasos a emprender para llevar a cabo la mejora continua en sus trabajos. Tener visualizado en un folleto los pasos a dar y las herramientas a utilizar, les va a permitir ser más autónomos en su trabajo y les va a facilitar la puesta en práctica de la mejora continua de las actividades que realizan en el momento preciso que deseen llevarlo a cabo.

**P-059**

**ESTUDIO DE CONVIVIENTES DE TUBERCULOSIS DE LA ZONA DE INFLUENCIA DE LA U.G.C. "ALCAZABA" DURANTE EL AÑO 2004**

R. Dueñas, C. Ortega, B. Santos, M. Ger, J. Gay y M. Blanes  
U.G.C. ALCAZABA.

**Palabras clave:** Estudio convivientes Tbc.

**Introducción:** La U.G.C. "Alcazaba", atiende a población del casco antiguo de Almería y a las barriadas de Pescadería y La Chanca, consideradas como Zonas de Transformación Social. En ellas, la prevalencia de Tuberculosis es alta.

**Objetivos:** Los objetivos del estudio son: *General:* Disminuir la incidencia de infectados y enfermos de Tuberculosis. *Específicos:* Catalogar a los convivientes Hacer quimioprofilaxis primaria, secundaria y tratamiento según proceda.

**Método:** Estudio descriptivo de todos los convivientes de Tbc. Que han sido valorados en el año 2004 en la U.G.C."Alcazaba".

**Resultados:** El total de estudiados fue de 46 convivientes. De ellos el 8,69% estaban enfermos, el 23,91% infectados, el 41,3% contactos sanos, el 17,39% pendientes o no realizados, el 6,52% desplazados fuera de Andalucía y un fallecido por cirrosis hepática.

**Conclusiones:** Alta prevalencia de enfermos e infectados. Necesidad de continuar con la detección y abordaje de convivientes Necesidad de supervisión de quimioprofilaxis y tratamiento.

**P-060****PROTOCOLO DE MANIPULACIÓN DE METROTEXATO PARA EL PERSONAL EXTERNO AL SERVICIO DE FARMACIA**

J. Quero, M.J. Rodríguez, J.M. Burrueto, J.J. Mora, F. Perelló y V. Lloda  
Hospital Manacor.

**Palabras clave:** Metrotexato, preparación, protocolo.

El Metrotexato es un fármaco citostático antimetabolito del ácido Fólico. Entre sus indicaciones se encuentran: leucemias, linfomas, cáncer de mama, cáncer de pulmón de células pequeñas, etc. Entre las indicaciones no neoplásicas encontramos la artritis reumatoide, psoriasis, micosis fungoide. También es utilizado por el Servicio de Ginecología para la inducción del aborto en caso de embarazo ectópico. Dicha indicación no está autorizada en España, de ahí, que su uso deba tramitarse como Tratamiento Compasivo. Debido a la urgencia de este tratamiento, si se presenta un caso fuera del horario del Servicio de Farmacia, debe ser realizado por personal no habituado en la preparación/manipulación de dicho fármaco.

**Objetivos:** Realizar un protocolo específico de manipulación de metrotexato para el personal externo al Servicio de Farmacia.

**Material y métodos:** A partir de la bibliografía específica sobre manipulación de citostáticos (manual de procedimientos, fichas técnicas, normativa, publicaciones del INSHT, etc.) se desarrolla el protocolo específico sobre la manipulación del metrotexato en el caso de administración vía intramuscular adecuándolo, a los conocimientos del personal externo al Servicio de Farmacia. Dicho protocolo recoge: 1. Preparación y funcionamiento de Cabina de Flujo Laminar tipo IIB (Citostar). 2. Medidas de protección al personal manipulador con equipos de protección individual (EPIS). 3. Realización de etiquetaje (identificación de dosis del fármaco, tanto en miligramos como en volumen, nombre y apellidos del paciente/usuario/a, etc.). 4. Técnicas específicas para la preparación de citostáticos. 5. Medidas para el transporte del preparado desde el Servicio de Farmacia hasta el servicio donde se administrará. 6. Consejos básicos para la administración. 7. Recomendaciones para la posterior eliminación de los residuos contaminados por el fármaco.

**Resultados:** El protocolo resultante se edita en formato tríptico. Se reparte al personal del Servicio de Ginecología, y se decide ubicar una copia en el área de Citostáticos del Servicio de Farmacia, a disposición del personal externo.

**Conclusiones:** La edición del protocolo de preparación de metrotexato intramuscular, para el personal externo al Servicio de Farmacia, ha representado una mejora en la calidad de este proceso. Se han unificado criterios y se ha aumentando la seguridad de los profesionales así como la preparación, transporte, administración y eliminación de residuos citostáticos.

**P-061****ADECUACIÓN DE INDICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE RESONANCIA A UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL I**

R. Valencia, J. Molina, M.I. Medrano, J.A. Millán, M. Márquez-Muñoz, S. Márquez-Calderón y F.J. Medrano  
HH.UU Virgen del Rocío. Sevilla.

**Palabras clave:** Adecuación; resonancia magnética.

En los últimos años se ha producido un aumento de utilización de la Resonancia Magnética (RM) sin claro consenso sobre sus indicaciones. En el 2000 la UE adopta un Documento de Consenso del Colegio de Radiólogos de Reino Unido y en 2002 HH.UU. Virgen del Rocío (HHUVR) realizan su adaptación local y difusión. En nuestro ámbito no existe información sobre variabilidad de las indicaciones de RM.

**Objetivo:** Evaluar la adecuación de las indicaciones de RM en HHUVR tras la difusión de una guía local.

**Materiales:** Diseño: transversal descriptivo. Ámbito: HHUVR (hospital regional de especialidades). Metodología: revisión de peticiones de RM recibidas en el Servicio de Radiodiagnóstico entre 1/10 a 15/11 de 2004. Se evaluó la adecuación de cada solicitud a la guía, clasificándose como adecuada, inadecuada, dudosa o con datos insuficientes. La información clínica de cada petición fue analizada estandarizada e independientemente por dos miembros del equipo investigador tras entrenamiento específico. Las discrepancias e indicaciones dudosas fueron resueltas por un tercer observador con experiencia clínica (especialistas en radiología, medicina interna o neurología). Se realizó análisis de concordancia entre evaluadores. Tratamiento de datos: tabulación en base de datos (Access 2000) y análisis descriptivo (SPSS v.12.01).

**Resultados:** Se revisaron 1339 peticiones (54% mujeres, edad media 46,68 ± 18,45). Localización anatómica de los estudios: 37% columna vertebral, 30,5% cabeza-cuello, 24,1% aparato locomotor, 3,8% aparato digestivo, 4,5% otras. El estudio de concordancia entre investigadores en la valoración de adecuación mostró un grado de acuerdo moderado (Kappa: 0,46-0,61). Globalmente la adecuación de las solicitudes fue: 83% adecuadas; 6% inadecuadas; 8,1% datos insuficientes; 2,8% dudosa. El porcentaje de inadecuación según la localización anatómica del estudio: 15,5% aparato locomotor; 3,6% cabeza-cuello; 1,9 aparato digestivo; 1% columna vertebral; 19,3% otras.

**Conclusiones:** Globalmente existe un elevado grado de adecuación en las indicaciones de los estudios de RM tras implantación de una guía específica; aunque no puede concluirse que sea consecuencia de dicha implantación. El estudio ha permitido detectar áreas de inadecuación que podrían beneficiarse de estrategias activas de implantación de la guía.

**Financiación:** Red IRYSS (Investigación en Servicios Sanitarios para la toma de decisiones en el Sistema Nacional de Salud, GO3/202), Beca de la Consejería de Salud 25/04 y Acuerdo Colaboración HHUVR-AETSA.

**P-062****UN PASO MÁS EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN: SEGUIMIENTO POST-ALTA**

M.L. Saldaña, M. Torres y J. Vidán  
Servicio Navarro de Salud.

**Palabras clave:** Infección, post alta, seguimiento.

**Objetivo:** General: Determinar la tasa de infección nosocomial en los principales procedimientos quirúrgicos del servicio de cirugía general de nuestro hospital. Específicos: Incluir el Seguimiento Post-alta en la metodología de control de la infección hospitalaria. Implicar a los cirujanos directamente en los temas de infección nosocomial. Seguir a los pacientes intervenidos y valorar la presencia de complicaciones.

**Material y métodos:** Desde abril de 2001 a diciembre de 2004 se realiza un seguimiento de 1660 pacientes intervenidos de herniorrafía, cirugía de colon, apendicectomía y colecistectomía. Al alta hospitalaria se revisa la historia del enfermo y se incluyen en la base de datos de la Unidad de Medicina Preventiva (UMP) variables relacionadas con la intervención, datos del paciente, riesgo anestésico... Los pacientes son citados para revisión en la consulta de cirugía a los 30 días de la intervención. Desde la UMP se elabora semanalmente una plantilla de registro con los pacientes que van a acudir a la consulta en la que los cirujanos registran las complicaciones encontradas.

**Resultados:** Tras el seguimiento postal de los pacientes intervenidos, la tasa de infecciones se ajusta más a la realidad de los procesos; ya que los ingresos hospitalarios cada vez son más cortos. En el seguimiento Post-Alta: más del 98% acuden a la consulta y son revisados. Los cirujanos notifican algún tipo de complicación en 92 casos. El 2,17% presentan signos de infección en la herida quirúrgica. Se mantiene el interés por parte del servicio de cirugía que registra en el momento de la consulta las complicaciones tras el alta. Se propone esta forma de trabajo como un paso más en la mejora de la calidad de nuestros hospitales.

**P-063**

## CORRELACIÓN CLÍNICA CON EXPLORACIÓN EN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

E. Sánchez, A. Martínez, F. Guirado, a. Marín, A. Gómez y E. Ródanas  
Hospital de Molina.

**Palabras clave:** Correlación, exploración, clínica.

**Objetivo:** Conocer el grado de correlación que existe entre el diagnóstico de sospecha y el diagnóstico mediante potenciales evocados auditivos. Comprobar que los especialistas solicitan la exploración con un criterio adecuado acorde a los factores de riesgo. Adquirir una correcta protocolización en la realización de las técnicas de enfermería relacionadas con la exploración.

**Método:** Se lleva a cabo un estudio prospectivo, por medio de una muestra aleatoria simple por orden de llegada a la consulta. n = 60 exploraciones, que corresponden a 30 individuos. Considerando cada oído como una exploración individual. Inicio del estudio el 1/05/2005 La muestra está constituida por niños menores de 2 años a los que se le realiza una primera exploración, y en los que existe sospecha de hipoacusia, ya que presentan uno o varios de los siguientes factores de riesgo: hiperbilirrubinemia, antecedentes familiares de hipoacusia, meningitis bacteriana, peso al nacimiento menor de 1.500gr, malformaciones congénitas, infecciones prenatales (toxoplasmosis, lues, herpes, rubéola, VIH), Toxicomanía materna, tratamiento con fármacos ototóxicos, exposición a radiaciones ionizantes durante el embarazo, hipoxia neonatal con hipotonía, traumatismo obstétrico cefálico, ingreso en UCI superior a 48 horas, y en el caso que no existiera ninguno de estos factores de riesgo, también son susceptibles de exploración los niños que hayan obtenido otoemisiones acústicas negativas en alguno de los dos oídos.

**Resultados:** Se han llevado a cabo hasta ahora 20 exploraciones correspondientes a 10 individuos. En los primeros hallazgos se representa que el grado de correlación es del 0,6%.

**Conclusiones:** Gracias al estudio prospectivo que estamos realizando en el Hospital de Molina podemos conocer el grado de correlación del diagnóstico sospecha con el diagnóstico obtenido mediante la realización de los potenciales evocados auditivos. Pese al bajo índice de correlación, teniendo en cuenta la repercusión en la morbilidad del paciente, se deben mantener criterios de inclusión extensivos, ya que es extremadamente importante diagnosticar precozmente la hipoacusia.

P-064

## DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLÍNICA COMO LÍNEA ESTRÁTÉGICA EN EL ÁMBITO DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

M.J. Bueno, E. Prats, L. Colomés, J. Orobítg, E. Baeta y L. Nualart  
GRUP SAGESSA.

**Palabras clave:** Seguridad clínica, joint commission, cultura.

**Objetivos:** Elaborar e implantar un programa de Seguridad Clínica (SC) en los centros sanitarios del Grup Sagessa a partir de la experiencia que aporta la Acreditación Joint Commission (JCI) y de la sensibilización de los profesionales.

**Métodos:** Constitución de una Comisión Asesora multicéntrica de SC del Grup Sagessa. Constitución de una Comisión de SC propia de cada centro o en algún caso del ámbito asistencial. Definir y desarrollar objetivos de SC de Grup y de Centro. Creación de grupos de trabajo específicos para desarrollar y alcanzar cada objetivo. Formación específica. Seguimiento de consecución de objetivos. Elaboración de reglamentos propios de cada Comisión.

**Resultados:** Diseño del programa anual bajo la dirección de la Gerencia de Planificación Estratégica y de las Dir. de Bioética y de Calidad (Nov.04). Confección de un listado con posibles objetivos a implementar en cada centro. Jornada sobre SC ofrecida a los profesionales para comenzar a difundir la línea estratégica del Grup (Dic.04). Constitución de una Comisión Asesora multicéntrica (Enero 05) compuesta por 16 miembros con el objetivo de dinamizar el proyecto. Constitución de Comisiones en cada centro (5) y, en el ámbito residencial y Atención Primaria se trabajan los estándares JCI y de forma prioritaria los relacionados con la SC (Mayo 05). Definición de objetivos de trabajo en cada centro: 3 obligatorios para todos los centros (control de mórficos, neveras, box de críticos y carros de paros), 2 transversales y 5 optativos (Mayo 05). Implementación de los objetivos a partir de las Comisiones utilizando grupos de trabajo específicos para cada objetivo y el liderazgo de los profesionales en determinados temas. Creación de un espacio web en Intranet para facilitar información sobre este ámbito y potenciar la declaración de posibles incidentes.

**Conclusiones:** La SC como línea estratégica del Grup ha hecho factible en los centros, una unificación de criterios para la mejora de la calidad, aprovechar los recursos potenciando empowerment en profesionales de determinadas áreas y potenciar benchmarking facilitando procedimientos y circuitos que se adaptan a la idiosincrasia de cada centro. Ha desencadenado entre los profesionales, un motivo de preocupación y responsabilidad que ha llevado a dinamizar grupos de trabajo con un objetivo común: la gestión del riesgo. Debemos reforzar la cultura no punitiva de la declaración del posible incidente y ser capaces de valorarlo como un área de mejora a trabajar.

P-065

## A VUELTAS CON LA HISTORIA CLÍNICA. SUGERENCIAS PARA SU PERFECCIONAMIENTO

J. Fernández-García, R. Fernández-Alonso, M.E. González-García, A. García-Oria, V. Robles-Mariñas y C. Fernández-Álvarez  
Hospital de Cabueñes.

**Palabras clave:** Comisión clínica, historia clínica, servicio.

**Introducción:** Todo lo que se haga para que la historia clínica se convierta en un documento primoroso será siempre poco. Máxime, cuando las historias clínicas se están convirtiendo en voluminosos almacenes de papel, de muy difícil manejo. No es habitual en nuestras consultas en las que predominan los pacientes crónicos, que la historia clínica esté constituida por tres y hasta cuatro abultados tomos. En ese abigarrado bosque de papel, es difícil aclararse, si no se conoce bien al paciente desde el primer día.

**Material/métodos:** Hemos analizado los contenidos de las mil cuatrocientos historias clínicas que manejamos personalmente durante año 2004 en nuestra consulta. Recogimos como datos esenciales el orden de los documentos y la presencia y ubicación de informes tanto diagnósticos como evolutivos. Llegamos a los siguientes resultados.

**Resultados:** 1. Existe un grueso importante en las historias clínicas absolutamente desordenado. Suele corresponder a documentación antigua, atenciones realizadas a urgencias y papel suelto muy variado. 2. Gracias a las carpetas individualizadas de cada servicio, se concentra en ellas, si cabe, el grueso de la asistencia realizada por una determinada especialidad necesaria.

**Conclusiones:** 1. El 95% del papel contenido en las historias no es útil para la asistencia ni para el presente ni para el futuro. Más aún estorba y ocupa lugar. 2. La historia clínica funcional, la que debe estar disponible para la asistencia debe contener únicamente: A. Un informe de cada atención especializada en su carpeta correspondiente escrito a máquina y en red si ello es posible. B. Cuando un Servicio ve regularmente a un paciente, en su carpeta debe constar el informe diagnóstico y un informe de puesta al día según criterios del Servicio (anual, bianual) y en red si ello es posible. Deben constar asimismo, las hojas de curso clínico. 3. El papel acumulado (pruebas complementarias y otros informes) debe estar archivado en una carpeta bis por si se precisase (Revisión de algún dato, actuaciones judiciales, etc.). 4. Los cursos clínicos abreviados que utilizan algunos especialistas denominados de muchos modos (dameros, resúmenes evolutivos), para poder estar en la historia clínica deben recogerse sobre impreso reglamentario, aprobado por la Comisión de Historias Clínicas.

P-066

## CALIDAD ASISTENCIAL EN EL INFARTO DE MIOCARDIO: APLICANDO LAS RECOMENDACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Povar, E. Ricarte, J.L. Omiste, A. Herrero, C. Ascaso y A. Requena  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**Palabras clave:** Infarto de miocardio; fibrinolisis; indicadores.

En el Servicio de Urgencias de nuestro hospital estamos desarrollando un proyecto de mejora centrado en la mejora de la detección de los pacientes con infarto agudo de miocardio candidatos a terapia de reperfusión y en el inicio precoz de la misma. Las recomendaciones de las guías de práctica clínica y el "Plan integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007" (PICI) incluyen la obtención del primer ECG en menos de 10 minutos y la consecución de un "Tiempo puerta-aguja" de 30 minutos en el infarto de miocardio con ST elevado tratado con fibrinolíticos. Con el desarrollo de este proyecto pretendemos conseguir los siguientes objetivos: 1. Disminuir los retrasos asistenciales intrahospitalarios. 2. Reducir la demora en la aplicación del tratamiento de reperfusión (fibrinolisis o ACTP primaria). 3. Incrementar el índice de fibrinolisis en las dos primeras horas. 4. Mejorar la coordinación con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias, y los Servicios de Cuidados Intensivos y Cardiología Durante los años 2003 y 2004 se han monitorizado estos indicadores: demora en la realización del ECG, tasa de fibrinolisis en prioridad I, tiempo puerta-aguja en prioridad I y tasa de fibrinolisis en la primera hora. Los resultados obtenidos son similares a los publicados por otros grupos de trabajo, pero están claramente alejados de los estándares recomendados por las guías de práctica clínica y el PICI y ponen de manifiesto una clara oportunidad de mejora en el manejo inicial del paciente en el Servicio de Urgencias, en particular en el sistema de recepción (triaje) y en la toma precoz de decisiones terapéuticas. Como conclusiones de este trabajo, el equipo de mejora ha previsto la realización de las siguientes medidas para mejorar los resultados actuales: 1. Implantación del Sistema Español de Triaje (SET). 2. Análisis del circuito asistencial de realización e interpretación precoz del primer ECG en los pacientes con dolor torácico. 3. Introducción del sistema de Gestión por Procesos en la asistencia al Infarto de miocardio colaborando en la elaboración del Proceso junto con el resto de Servicios implicados (061, Cuidados Intensivos, Hemodinámica, Cardiología y Rehabilitación). 4. Actualización y difusión del material de apoyo para la toma de decisiones clínicas elaborado durante 2003.

P-067

**ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LA PATOLOGÍA CRÓNICA:  
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

D. Yáñez-Cadena, A. Sarría-Santamera, F. García Lizana  
INS Carlos III. AETS.

**Palabras clave:** Enfermedades crónicas, autocontrol, efectividad.

**Objetivo:** El objeto de este estudio es investigar la efectividad de las diferentes estrategias destinadas a mejorar la calidad y resultados de las intervenciones que se llevan a cabo para el manejo en cuatro enfermedades crónicas: asma, diabetes, hipertensión e insuficiencia cardiaca (ICC).

**Metodología:** Revisión sistemática de la literatura realizando la búsqueda en la base de datos Medline (entre 1998 y agosto de 2003). **Criterios de inclusión:** ensayos clínicos que evalúen la efectividad de distintas intervenciones para mejorar los resultados asistenciales del asma, diabetes, hipertensión, ICC. Las intervenciones se clasifican de acuerdo a un modelo conceptual previamente definido en seis categorías: cambios organizativos, participación comunitaria, sistemas de información, diseño de la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y de auto-control. Los resultados evaluados fueron: Utilización de servicios de salud, manejo clínico, resultados clínicos, calidad de vida, satisfacción y capacidad de auto-control. La heterogeneidad de los datos permitieron sólo su análisis cualitativo.

**Resultados:** Se incluyeron 37 estudios con 38 intervenciones. Las intervenciones más frecuentes son las que investigan los efectos de intervenciones de diseño asistencial, seguidas de las que analizan el efecto de sistemas de información y apoyo a la toma de decisiones. Las intervenciones más complejas en número de intervenciones, incluyendo apoyo para el autocotrol, mostraron una mayor probabilidad de tener efectos positivos en manejo y en resultados clínicos. La mayor parte de las intervenciones que pretendían mejorar la utilización de servicios no tuvieron éxito, en cambio, la satisfacción percibida mejoró.

**Conclusiones:** Para mejorar la calidad asistencial y la efectividad en el control de las enfermedades crónicas es preciso adoptar una visión sistemática, que incluya un sistema sanitario proactivo y pacientes protagonistas activos del manejo de su enfermedad. Los programas así diseñados deben combinar, al menos, estrategias organizativas, de diseño asistencial y auto-control.

**P-068****EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN COLONOSCOPIA MEDIANTE INDICADORES FÁCILMENTE DISPONIBLES**

A. Sánchez-Río, J. Llach, V. Pons, G. Mreish, A. Panades, A. Parra y R. Campo

Grupo de Estudio de Calidad en Endoscopia Digestiva de la Asociación Española de Gastroenterología.

**Palabras clave:** Calidad científico técnica, monitorización, colon.

El adenocarcinoma de colon es la segunda causa de mortalidad por cáncer en España. La colonoscopia es la exploración de elección en pacientes de alto riesgo para la detección precoz de cáncer de colon y la explotación de referencia para la población de riesgo medio con test de sangre oculta en heces positiva. La monitorización de la calidad mediante indicadores sencillos y disponibles universalmente permite detectar importantes problemas de calidad.

**Objetivos:** Determinar los principales problemas de calidad en seis unidades de endoscopia en diferentes áreas del país utilizando tres indicadores sencillos y disponibles. Conocer la variabilidad entre los centros respecto a esos indicadores.

**Pacientes y métodos:** La calidad de 1056 colonoscopias realizadas en 6 centros hospitalarios fue evaluada mediante tres criterios: exploración completa, limpieza adecuada y todos los pólipos extirpados y recuperados. Dos observadores en cada centro evaluaron independientemente los indicadores propuestos. Se realizó el análisis para el conjunto de las colonoscopias y para aquellas colonoscopias en las que se detectaron pólipos. Las principales variables utilizadas fueron: la proporción de incumplimiento de cada indicador por centro, la tasa de problemas por centro, la proporción media de incumplimiento y la tasa de problemas media. Se construyeron gráficos de Pareto y de análisis de perfiles con estas variables.

**Resultados:** El índice de acuerdo específico para cada uno de los tres indicadores fue superior al 90%. El principal problema de calidad en todos los centros fue la calidad de la preparación del colon (rango 16 a 50% de preparación inadecuada). La preparación inadecuada representó el 59% del total de la tasa de problemas en el gráfico de Pareto. Al 25% (IC 95% 20-30%) de todos los pacientes con pólipos no se les extirparon o recuperaron todos los pólipos. Para todos los indicadores existió una importante variabilidad en los gráficos de análisis de perfiles. Algunos centros se situaban claramente sobre el promedio para uno o varios indicadores.

**Conclusión:** La calidad de la limpieza del colon es el principal problema de calidad en colonoscopia. Un porcentaje importante de los pólipos de colon no son extirpados o recuperados para su análisis en un primer momento. No existe una homogeneidad en la calidad ofrecida por las diferentes unidades de endoscopia.

**P-069****POLÍTICA DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL DE UNA DIPUTACIÓN PROVINCIAL**

P. González, J.M. Jover, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Gestión medioambiental, administración, residuos.

**Introducción:** La Estrategia Europea de Medio Ambiente y Salud tiene como objetivo adoptar medidas que reduzcan la incidencia de los factores ambientales en la salud de las personas. Por ello, en la actualidad la adopción de políticas de gestión ambiental en la Administración pública es un tema de gran repercusión.

**Objetivo:** Presentar el Plan de Gestión Ambiental de la Diputación Provincial de Jaén.

**Métodos:** Para el desarrollo del Plan de Gestión Ambiental de la diputación se constituyó un equipo de trabajo multidisciplinar que elaboró el modelo propio de gestión integral de residuos, que abarca las operaciones básicas de la gestión de residuos: clasificación, segregación, transporte, circuitos, almacenamiento y transporte externo. Además elaboró el manual de normas de prevención y protección de trabajadores potencialmente expuestos.

**Resultados:** Se identificaron y clasificaron los diferentes tipos de residuos: urbanos, que agrupan a los residuos de cocina, papeles, periódicos, flores, vidrios, textiles, cartones, etc.; biosanitarios, donde se incluyen los residuos traumáticos y no traumáticos. Los primeros comprenden las jeringuillas, agujas, bisturís, etc. y los segundos, los vendajes, algodones, compresas manchadas de sangre, sondas, catéteres, bolsas de colostomía, etc. Finalmente, los residuos que representan un riesgo químico integran los restos de medicamentos, viales y ampollas y botes de suero con restos de medicación. Se determinaron los centros que generan cada uno de los diferentes tipos de residuos, los tipos de recipientes a emplear, en función de la clasificación hecha, los horarios de recogida y el tipo de transporte externo. Finalmente se establecieron las normas de prevención de los trabajadores expuestos: vacunación, normas de manipulación, actuaciones en caso de accidente, etc.

**Conclusiones:** La mayor parte de los residuos generados por una empresa del tipo de una Diputación Provincial no suponen riesgos de importancia para la salud. Sin embargo, sólo un planteamiento integral de su gestión puede obviar el impacto medioambiental y social de los mismos.

**P-070****ANÁLISIS DE SUSPENSIONES DE TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO**

E. Zavala, A. Orube y M.J. Esnaola  
Hospital Donostia.

**Palabras clave:** Radioterapia, suspensiones, tratamiento.

**Objetivos:** Determinar los pacientes que sufren una interrupción no prevista del tratamiento con radioterapia y su distribución por patologías para conocer la dimensión del problema en nuestro servicio. Analizar las causas de las interrupciones y proponer medidas para promover su disminución.

**Metodología:** *Estudio:* descriptivo de todas las suspensiones en 2º semestre de 2003. *VARIABLES:* Identificación, localización tumor, Morfología, Categorización del tumor, Tipo de tratamiento, Nº sesiones planeadas, y previstas, días de interrupción y causa, Compensación y finalización de tratamiento. *Fuentes de información:* Hojas tratamiento, Libro de incidencias del Acelerador, Historias clínicas. *Análisis estadístico:* estimación puntual y por intervalos de la proporción de suspensiones. Cálculo de frecuencias de las posibles causas de suspensión. SPSS para la codificación automática y tratamiento estadístico.

**Resultados:** De 302 pacientes tratados, el 78% sufrió alguna suspensión. Se suspendieron el 6,6% de las 8362 sesiones programadas El 63% de suspensiones fueron debidas al aparataje (41% avería, 22% mantenimiento). El 37% debidas al paciente (28% complicaciones o reacciones al Las patologías con más suspensiones son: ORL, pulmón, próstata y vejiga. 14 pacientes sufrieron interrupciones de más de 5 días sin compensación de tratamiento. Causas clínicas de suspensión: Dermatitis, Mucositis, Toxicidad gastrointestinal, Cistitis Complicación fuera de radioterapia, Deterioro estado general, Exitus.

**Conclusiones:** Las causas principales de interrupciones de tratamiento son las averías y las complicaciones debidas a toxicidad. En el 7% de suspensiones no hemos podido conocer la causa de la suspensión. No existe un registro único de las interrupciones de tratamiento de manera que un mismo paciente puede ir sumando días de suspensión por diferentes causas y no aparece la suma de ellas. Necesidad de establecer protocolos de compensación de tratamientos y reducción de toxicidades (identificación precoz y ajuste de dosis). Necesidad de incluir un indicador sobre suspensiones en el sistema de información del servicio con información para rendimiento de la máquina y para suspensiones de tratamientos.

**P-071**

## ATENCIÓN AL PACIENTE OBESO ¿HEMOS MEJORADO SU ATENCIÓN?

R. Luquin, S. Vera, B. Guerrero, J. García, E. Ros y R. Manrique  
C.S. Docente Cartagena-Oeste.

P-072

**Palabras clave:** Calidad. Obesidad. A. Primaria.

**Objetivo:** Mejorar la calidad asistencial que reciben los pacientes obesos (Índice de Masa Corporal > 30 Kg/m<sup>2</sup>) en nuestra zona básica de salud (ZBS), mediante la aplicación de un Ciclo Completo de Mejora (CCM).

**Métodos:** (CCM): *Problemas:* Escasas consultas programadas; Escaso control del obeso; Pocos objetivos médico-enfermera. *Dimensión:* Calidad científico-técnica. *Tipos de datos:* Proceso. *Unidades de estudio:* Pacientes 14 años incluidos en el Programa de Atención al Obeso(PAO), seguidos por profesionales médico y enfermería del EAP durante un año (Ciclo Inicial: 1-Enero-30-Abril-2004. Reevaluación: 1-Enero-30-Abril- 2005). *Fuente de datos:* Listados de OMI-AP e historia clínica informatizada OMI-AP. Identificación-muestreo: Muestreo (183) sistemático y estratificado por cupos (7 médicos de familia) del total de pacientes incluidos en el PAO (937) con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión del máximo del 5%. *Evaluación:* Retrospectiva. *Tipos de criterios:* Explícitos y normativos pertenecientes a la Cartera de Servicios de Atención Primaria: Atención a Obesos: 1. IMC > 30 2. Anamnesis 3. Analítica sanguínea 4. Tratamiento Higiénico-dietético 5. Tener ≥3 controles anuales: Peso, Adherencia al tratamiento y Consejo sobre medidas higiénico-dietéticas.

**Resultados:** Ciclo Inicial: Criterio-1: 83,1% ( $\pm$  5,4%); Criterio-2: 87,4% ( $\pm$  4,8%); Criterio-3: 87,4% ( $\pm$  4,8%); Criterio-4: 79,8% ( $\pm$  5,8%); Criterio-5: 61,7% ( $\pm$  7%). **Medidas Correctoras:** 1. Información al EAP de resultados. 2. Sesiones clínicas por parte responsables de programa de contenidos. 3. Correos electrónicos OMI-AP intraequipo recordando ciclo de mejora. 4. Información detallada para MIR-3º del cumplimiento normas técnicas. Resultado -Reevaluación: Criterio-1: 67,8% ( $\pm$  6,8%); Criterio-2: 83,6% ( $\pm$  5,4%); Criterio-3: 83,6% ( $\pm$  5,4%); Criterio-4: 70,5% ( $\pm$  6,6%); Criterio-5: 56,3% ( $\pm$  7,2%). Los Criterios 1 ( $p < 0,001$ ) y 4 ( $p < 0,05$ ) han presentado diferencias significativas con un menor grado de cumplimiento, no existiendo diferencias en los Criterios 2, 3 y 5, tras el CCM.

**Conclusiones:** 1. Realizado el Ciclo de Mejora se constata menor cumplimiento de las normas por parte de profesionales responsables del paciente obeso. 2. El menor grado de cumplimiento puede ser debido a los cambios producidos en la ZBS por efecto de la oferta pública de empleo (OPE) que ha supuesto un cambio del 60% del personal sanitario. 3. Se han puesto en marcha nuevas medidas correctoras basadas, entre otras, en aumentar el número de consultas programadas de los pacientes obesos.

## CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: LOS ESPIROMETROS A EXAMEN

A. Viejo, M. Almaraz, M. García, J. Castillo, S. Espinosa y E. Bengoechea  
CS Camargo. Cantabria.

P-073

**Palabras clave:** Primary care, spirometry, quality control.

**Introducción:** La realización de espirometrías en los Centros de Salud (CS) es una práctica habitual desde hace años, siendo de utilidad para el control ambulatorio de grandes grupos de pacientes con patología respiratoria disminuyendo las listas de espera en la atención especializada.

**Objetivo:** Validar este procedimiento a nivel instrumental y humano en los CS de nuestra Comunidad Autónoma.

**Metodología:** Se realizó visita no concertada a los CS de nuestra Comunidad donde se realizan espirometrías. Se contactó con el coordinador del centro y siguiendo una encuesta original según la normativa de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) se evaluó la calidad del material empleado (modelo, años de funcionamiento, calibración, limpieza) y de la formación del personal que realiza las espirometrías.

**Resultados:** La antigüedad media de los espirómetros en los 35 CS evaluados es de 8,5 años siendo su estado de conservación aceptable. Más de la mitad de los espirómetros analizados fueron calibrados por última vez hace más de un año. En general no hay una persona específica que realice las espirometrías y sólo el 30% de ellas realizaron cursos de formación en los últimos 6 meses.

**Conclusiones:** El estado de los espirómetros de los CS de nuestra Comunidad presenta importantes deficiencias, sobretodo en lo que a la calibración respecta. Para optimizar el procedimiento, sería conveniente que la responsabilidad del mantenimiento y realización de las espirometrías estuviera a cargo de una misma persona que asistiera a un curso de formación-reciclaje cada 6 meses.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA HTA EN UNA CONSULTA MÉDICO-ENFERMERA

A. Auñón, M. Canellas, M. Magán y J. Sánchez-Mansilla  
Gral. Ricardos, 131. AP - Área 11.

P-074

**Palabras clave:** HTA. OMI-AP Consulta med-enf.

**Introducción:** La HTA afecta a más de un 20% de la población adulta, generando un alto consumo de recursos tanto económicos como humanos. Su tratamiento y control es necesario para evitar patologías asociadas y obtener mejor calidad de vida.

**Objetivos:** Conocer la calidad de la atención prestada a los pacientes diagnosticados HTA en una consulta médica-enfermera de AP; mediante los datos obtenidos de la historia clínica informatizada, con el programa OMI-AP, en cuanto a número de pacientes, frecuentación, cifras tensionales y cumplimiento terapéutico e higiénico-dietético.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo hasta 31 de diciembre de 2004, de los datos registrados en la historia clínica de los pacientes incluidos en Cartera de Servicios con el diagnóstico de HTA no complicada y HTA complicada.

**Resultados:** En una población total de 1.475 se han obtenido 452 hipertensos (H-293, V-159) que representa un 30% del total de la población. Dicha población tiene 936 < 65 años; 538 > 65, de los cuales 245 > 75; lo que justificaría un porcentaje tan alto de hipertensos. El 1,5% son crónicos domiciliarios. El 75% son seguidos en la consulta de atención primaria.

**Conclusiones:** El 90% de los pacientes seguidos en consulta con HTA no complicada presenta cifras tensionales normales. El 70% de los pacientes con HTA complicada tiene cifras tensionales dentro de los rangos establecidos como aceptables. El 90% de los pacientes que realizan un buen cumplimiento farmacológico y siguen las recomendaciones higiénico-dietéticas, no sufren alteraciones importantes en su tensión arterial.

## CONTROL DEL GASTO DE MATERIAL DE DIABÉTICO UTILIZANDO PROGRAMA OMI

M.T. Escalera, M.S. Hernández, M.M. Ortiz, R. Otero, M.C. Campos y M. González  
C.S. MONTESA. Madrid.

P-075

**Palabras clave:** OMI, Diabetes.

**Objetivo:** Reducir el gasto de material de diabéticos que se suministra en el centro mejorando el registro con el programa OMI (Inicio y seguimiento autocontrol diabético) y fomentando un uso racional del mismo.

**Material y métodos:** Durante el año 2004 la entrega de material de diabéticos se ha venido realizando en un almacén, en un horario determinado y controlado por una persona mediante el sistema de fichas manualmente. En el año 2005, se ha instaurado un nuevo protocolo de recogida de material en OMI. De esta forma la entrega se realiza mediante el sistema de cita previa en un horario más amplio, por la enfermera asignada al paciente y con un control más estricto del material gastado.

**Resultados:** Se realiza una comparación del gasto realizado en los meses de Febrero a Mayo del año 2004 con el sistema de fichas manual y el gasto realizado en los mismos meses del año 2005 con el nuevo protocolo de OMI. El gasto en el año 2004 fue de 2136 tiras de glucosa y de 45 cajas de tiras de orina frente al gasto en 2005 de 1587 tiras de glucosa y 20 cajas de tiras de orina. Esto supone un ahorro del 25,70% y del 55,55% respectivamente.

**Conclusión:** El proceso de informatización del reparto de material diabético ha supuesto un uso más racional del mismo y la consiguiente reducción del gasto.

**Palabras clave:** Calidad cuidados quirúrgico.

**Objetivo:** Diseño e implantación de un documento nuclear de registro de cuidados y valoraciones al paciente quirúrgico que permita facilitar una comunicación fluida y continua entre los diferentes profesionales que intervienen, aumentando la calidad percibida por el paciente y estimar tiempos y costes, así como disminuir la variabilidad de la práctica y la pérdida de información a lo largo del proceso quirúrgico.

**Metodología:** Para ello se ha creado un equipo multidisciplinar de profesionales de las diferentes unidades que intervienen en el proceso quirúrgico (unidad de hospitalización, bloque quirúrgico y servicio de preanimación), formado por siete enfermeras y tres auxiliares de enfermería del hospital de Montilla. El plan de trabajo consta de tres fases: Diseño y elaboración de hoja de ruta quirúrgica. Pilotaje. Evaluación Método: Diseño y elaboración: reuniones sistemáticas entre los componentes del equipo multidisciplinar. Pilotaje: Puesta en práctica de la misma con un sistema de registro. Evaluación: Encuesta de satisfacción a los profesionales de enfermería que evalúen la misma; grupo focal.

**Resultados:** En la actualidad nos encontramos en la fase de pilotaje de la hoja de ruta, esperando arrojar unos resultados satisfactorios para finales de Septiembre, en relación a: Aumento de la calidad asistencial. Favorecer la continuidad asistencial. Disminución de la variabilidad de la práctica, así como de pérdida de información.

**Conclusiones:** El desarrollo de herramientas dirigidas a garantizar la continuidad y personalización de los cuidados tales como la Hoja de ruta Quirúrgica, redundará en un aumento de la satisfacción de los usuarios así como de los profesionales además de disminuir la variabilidad de la práctica clínica y hacer más eficientes los cuidados.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS UPP EN EL HOSPITAL GUADARRAMA

I. Herrador, R. Salazar e I. Lacalle  
Hospital Guadarrama.

**Palabra clave:** Calidad de cuidados de enfermería.

**Objetivo:** Tener un conocimiento real de la distribución y evaluación de las UPP en el Hospital.

**Metodología:** Los datos de incidencia se recogen en un registro, que se cumplimenta desde el ingreso del paciente hasta el momento del alta, en este registro se recogen además de datos relacionados con la UPP, un conjunto mínimo de indicadores que nos permiten analizar la calidad del proceso asistencial. Los datos relativos a la prevalencia se realizan mediante un corte sistemático (con carácter mensual).

**Resultados:** Durante el año 2004, se han seguido en total 884 registros, que son el 89,74% de las altas. Prevalencias por unidades Pacientes con ACVA 14%, pacientes con ortogeriatría 21%, pacientes con otros procesos 38%. Pacientes en U.C.R. 21,6%, pacientes en U.N.E. 25,3%, pacientes en U.C.C. 39%, pacientes en U.C.P. 16%. Incidencia por unidades Pacientes con ACVA 2,7%, pacientes con ortogeriatría 1,7%, pacientes con otros procesos 4,6%. Pacientes en U.C.R. 5,2%, pacientes en U.N.E. 2,4%, pacientes en U.C.C. 8%, pacientes en U.C.P. 3,6%. La evolución en las diferentes unidades UPP ha correspondido: 1. UME (Unidad de Media Estancia). 1.1. *Pacientes con ictus*: Mejoran el 58%, permanecen en el mismo estado 10,5%, curados 26,5%, empeoran el 5%. 1.2. *Ortogeriatría*: Mejoran el 76%, permanecen en el mismo estado el 8%, curados el 16%. 1.3. *Otros procesos*: Mejoran el 64%, permanecen en el mismo estado el 7,44%, curados 14,28% y empeoran 14,28%. 2. UCR (Unidad de Crónicos Reagudizados) Mejoran el 57%, permanecen en el mismo estado el 18%, empeoran el 21% y curan el 4%. 3. UNE (Unidad de Neumología) Mejoran el 71,5%, permanecen en el mismo estado el 8%, empeoran el 14% y curan el 9,5%. 4. U.C.C (Unidad de Cuidados Continuados) Mejoran el 57%, permanecen en el mismo estado el 33%, empeoran el 8% y curan el 2%. 5. U.C.P. (Unidad de Cuidados Paliativos) Mejoran el 12%, permanecen en el mismo estado el 59%, empeoran el 29%.

**Conclusiones:** 1. La UCC es la unidad que presenta una mayor incidencia y prevalencia de UPP, los pacientes de ortogeriatría son los que presentan una menor incidencia y los pacientes diagnosticados de ACVA los que presentan una menor prevalencia. 2. Los pacientes de UNE y ortogeriatría son los que presentan una evolución más favorable de las curas (71% y 76% mejoran).

## RESULTADOS DEL PROTOCOLO AL PACIENTE INCONTINENTE

I. Lacalle, R. Salazar e I. Herrador  
Hospital Guadarrama.

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería.

**Objetivos:** Conocer el nivel de resultados, alcanzados.

**Metodología:** En el momento del ingreso del paciente en la unidad, se realiza una valoración, En función de la causa que este originando la incontinencia y de la situación del paciente, de su nivel de colaboración y motivación, se decide la inclusión en el programa de reeducación.

**Resultados:** Durante el año 2003, se han producido 318 altas que han correspondido a ACVA 152, ortogeriatría 129 y otros procesos 37). ACVA Al del ingreso, un 30% de los pacientes eran continentes y un 70% no. De los pacientes incontinentes, entran en programa el 72,64%, siendo el 61,18% continentess al alta. Analizando el grupo de pacientes continentess al ingreso (grupo 1) e incontinentes (grupo 2), se observa que el grupo 1 presenta un IB al ingreso y alta respectivamente de 46, frente a 11 y de 64, frente a 32 respectivamente. En el grupo 1, el 21% presentan deterioro cognitivo cursando con una estancia de 56 días, en el grupo 2, el 73% presentan deterioro cognitivo con una estancia de 68, días. Ortogeriatría Al, el 19% de los pacientes eran continentess y el 41% no. De los pacientes incontinentes el 64,15% entran en el programa de reeducación de esfínteres, siendo continentess al alta el 59% de ellos. Comparando los pacientes continentess al ingreso (grupo 1) con los incontinentes (grupo 2), se observa un IB al ingreso y alta respectivamente de 54, frente a 22 y de 76, frente a 45. En el grupo 1, el 3% presenta deterioro cognitivo y cursan con una estancia de 42,29 días, en el grupo 2, el 56% presenta deterioro cognitivo con una estancia de 59 días. Otros Procesos Asistenciales Al ingreso, el 54% de los pacientes son continentess y el 46% incontinentes. De los pacientes incontinentes el 65% entran en el programa de reeducación de esfínteres, siendo continentess al alta el 45,45% de ellos. Analizando los pacientes continentess al ingreso (grupo 1) con los incontinentes al ingreso (grupo 2), se observa un IB al ingreso y alta respectivamente de 45, frente a 20 y de 61, frente a 36. En el grupo 1, el 43% presenta deterioro cognitivo y una estancia de 49,14 días, en el grupo 2, el 89% presenta deterioro cognitivo y una estancia de 47 días.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS UPP EN EL HOSPITAL GUADARRAMA

I. Herrador, R. Salazar e I. Lacalle  
Hospital Guadarrama.

**Palabra clave:** Calidad de cuidados de enfermería.

**Objetivo:** Tener un conocimiento real de la distribución y evaluación de las UPP en el Hospital.

**Metodología:** Los datos de incidencia se recogen en un registro, que se cumplimenta desde el ingreso del paciente hasta el momento del alta, en este registro se recogen además de datos relacionados con la UPP, un conjunto mínimo de indicadores que nos permiten analizar la calidad del proceso asistencial. Los datos relativos a la prevalencia se realizan mediante un corte sistemático (con carácter mensual).

**Resultados:** Durante el año 2004, se han seguido en total 884 registros, que son el 89,74% de las altas. Prevalencias por unidades Pacientes con ACVA 14%, pacientes con ortogeriatría 21%, pacientes con otros procesos 38%. Pacientes en U.C.R. 21,6%, pacientes en U.N.E. 25,3%, pacientes en U.C.C. 39%, pacientes en U.C.P. 16%. Incidencia por unidades Pacientes con ACVA 2,7%, pacientes con ortogeriatría 1,7%, pacientes con otros procesos 4,6%. Pacientes en U.C.R. 5,2%, pacientes en U.N.E. 2,4%, pacientes en U.C.C. 8%, pacientes en U.C.P. 3,6%. La evolución en las diferentes unidades UPP ha correspondido: 1. UME (Unidad de Media Estancia). 1.1. *Pacientes con ictus*: Mejoran el 58%, permanecen en el mismo estado 10,5%, curados 26,5%, empeoran el 5%. 1.2. *Ortogeriatría*: Mejoran el 76%, permanecen en el mismo estado el 8%, curados el 16%. 1.3. *Otros procesos*: Mejoran el 64%, permanecen en el mismo estado el 7,44%, curados 14,28% y empeoran 14,28%. 2. UCR (Unidad de Crónicos Reagudizados) Mejoran el 57%, permanecen en el mismo estado el 18%, empeoran el 21% y curan el 4%. 3. UNE (Unidad de Neumología) Mejoran el 71,5%, permanecen en el mismo estado el 8%, empeoran el 14% y curan el 9,5%. 4. U.C.C (Unidad de Cuidados Continuados) Mejoran el 57%, permanecen en el mismo estado el 33%, empeoran el 8% y curan el 2%. 5. U.C.P. (Unidad de Cuidados Paliativos) Mejoran el 12%, permanecen en el mismo estado el 59%, empeoran el 29%.

**Conclusiones:** 1. La UCC es la unidad que presenta una mayor incidencia y prevalencia de UPP, los pacientes de ortogeriatría son los que presentan una menor incidencia y los pacientes diagnosticados de ACVA los que presentan una menor prevalencia. 2. Los pacientes de UNE y ortogeriatría son los que presentan una evolución más favorable de las curas (71% y 76% mejoran).

## EVALUACIÓN DE CUIDADOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

A.B. Fernández-Salinas, C. Bichofberger y R. Salazar  
Hospital de Guadarrama.

**Palabras clave:** Evaluación-cuidados-resultados.

**Introducción:** El objetivo de disminución de la estancia en unidades de agudos hace derivar a los ancianos a unidades de media estancia para su rehabilitación. La infección nosocomial puede retrasar su recuperación y en este contexto, una complicación no deseada.

**Metodología:** Con objeto de evaluar los protocolos: sondaje urinario, vías venosas, oxigenoterapia e higiene del paciente, se realiza un estudio semestral de evaluación. El diseño es descriptivo, transversal, observational. La información se recoge mediante un cuestionario. La enfermera de medicina preventiva acude a la unidad y observa los procedimientos mediante unos indicadores definidos previamente. Se recogen un número mínimo de observaciones por unidad y procedimiento. Se considera un protocolo implantado si el cumplimiento es superior al 80%, en fase de implantación entre un 50 y un 80% y no implantado por debajo del 50%.

**Resultados:** Se realizaron evaluaciones desde el año 2002. El protocolo de mantenimiento del sondaje vesical evaluó 20 pacientes en el segundo semestre del 2004- Resultado 88% (protocolo implantado) tendencia en el tiempo es mantenida, resultados > 80% en anteriores evaluaciones. Cuidado de la vía venosa evaluado en 33 pacientes-resultado 64% (protocolo en fase de implantación). Áreas de mejora: Registro del cambio de la vía y la salinización. Tendencia ascendente los indicadores relacionados con la visualización del punto de inserción. Mantenimiento de la oxigenoterapia se evaluó en 47 pacientes-resultado 73% (protocolo en fase de implantación) y el área de mejora es la higiene de los aerosoles. Higiene del paciente evaluado en 17 pacientes-resultado 71%. El aclaramiento con doble palangana, el manejo adecuado de la lencería y el mantenimiento de la intimidad del paciente, se identifican como áreas de mejora.

**Conclusiones:** La evaluación permite identificar áreas de buenos resultados mantenidos en el tiempo e identificar puntos críticos en el control de la infección que necesitan mejorar (higiene de equipos de aerosolterapia, aclarado de los pacientes...). Las evaluaciones permiten avanzar tanto en mantener el buen nivel en los indicadores con resultados más favorables como para conseguir mejoras aquellos donde hay más resistencia a los cambios.

## DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG): UN NUEVO ENFOQUE DESDE LA ENFERMERÍA

R.M. Santiago, I. Carrión, E.M. Gonzalo, F. Cuesta, O. Marinero y A. Barral  
Hospital de Fuenlabrada.

P-080

**Palabras clave:** Test O'Sullivan, DMG, Extracciones.

**Introducción:** El Municipio de Fuenlabrada, figura como el de mayor índice de natalidad en Europa, con un 69% de su población femenina en edad fértil. El control de la DMG es un objetivo prioritario del centro.

**Objetivos:** Los responsables de Análisis Clínicos y Enfermería nos planteamos la necesidad de implementar un protocolo para el control del embarazo que nos permitiera: Reducir el nº de visitas de la gestante a su obstetra, relacionadas con informes de resultados analíticos. Reducir el tiempo diagnóstico en DMG Mejorar el Proceso Extracciones, tanto desde el punto de vista funcional como de Atención a nuestras pacientes.

**Material y método:** Se utilizó el sistema informático del hospital (SELENE) junto con el sistema informático del Servicio de Análisis Clínicos (SERVOLAB). Descripción del circuito implantado en nuestro Hospital para el diagnóstico de la DMG y consensuado con el servicio de Obstetricia: Tras la realización del test de O'Sullivan, el facultativo del Servicio de Análisis Clínicos genera la petición de la sobrecarga de glucosa. El personal de enfermería de extracciones contacta con la paciente y se encarga de tramitar la cita para confirmación diagnóstica asegurando que el resultado está disponible una semana antes de la consulta de Obstetricia.

**Resultados:** Análisis de datos relacionados con nº de visitas al obstetra y tiempo diagnóstico en DMG. La coordinación entre el personal de enfermería y laboratorio, nos ha permitido: Eliminar las visitas de la gestante a su obstetra para la valoración de test O'Sullivan. Acortar sensiblemente el tiempo de diagnóstico para DMG. Mejorar la Atención de las gestantes al evitarles desplazamientos y/o llamadas innecesarias. Optimizar el proceso extracciones en el Laboratorio.

**Conclusiones:** La coordinación entre los responsables de las distintas fases del proceso, obstetras, análisis clínicos, enfermería y pacientes, es imprescindible para la optimización de los recursos y aumentar la Calidad de nuestro servicio. La informatización en el Hospital de Fuenlabrada nos ha permitido aportar valor añadido en el seguimiento de la DMG, permitiéndonos: Reducir el nº de visitas de las gestantes a su obstetra. Reducir el tiempo respuesta en el diagnóstico en DMG.

## DIAGNÓSTICOS ENFERMERO PREVALENTES AL ALTA EN EL HOSPITAL DE MONTILLA

J. Hervas, M. Caraballo, R. Sáez, E. Fernández y C. Alba  
Hospital de Montilla. EP Hospital Alto Guadalquivir.

P-081

**Palabras clave:** Continuidad, diagnósticos enfermeros.

**Objetivos:** Describir que diagnósticos de enfermería han sido más frecuentes al alta en el primer semestre de actividad en el Hospital de Montilla.

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo de los diagnósticos enfermeros más prevalentes encontrados en los informes de continuidad de cuidados emitidos al alta en el primer semestre de 2005. De un total de 620 informes emitidos en el primer semestre, se extrajo una muestra representativa de 150 informes de continuidad analizando cuáles diagnósticos de enfermería aparecían y con qué prevalencia lo hacían.

**Resultados:** De los informes de continuidad analizados, hemos obtenido un número de diagnósticos que por su prevalencia se pueden agrupar en: Diagnósticos de enfermería: Riesgo de infección. Deterioro de la movilidad física. Déficit de conocimientos. Riesgo de lactancia materna ineficaz. Patrón respiratorio ineficaz. Problemas interdependientes: Dolor, Deterioro de la movilidad física.

**Conclusiones:** La obtención de los diagnósticos de enfermería más usuales al alta, es una herramienta eficaz para conocer que respuestas humanas deben de priorizar los enfermeros de enlace y enfermeros comunitarios en su planificación de cuidados domiciliarios y por tanto dar una continuidad de los mismos.

## CRITERIOS DE ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS LÁCTEOS AL RECIÉN NACIDO

M. Múgica, A. Hernando, P. Cuenca, J. Arena, L. Paisán y A. Arizabalaga  
Hospital Donostia.

P-082

**Palabras clave:** Suplementos, recién nacido.

**Objetivos:** Nuestro hospital esta comprometido con la promoción, fomento y apoyo a la Lactancia Materna (LM). Desde la Comisión de LM, se han impulsado diversas actividades, como la elaboración de la Normativa y difusión de la misma, la formación del personal, encuestas, etc. Una de las iniciativas fue protocolizar la administración de suplementos a los recién nacidos (RN), en los casos en que la madre había decidido previamente lactar a su hijo. El objetivo era homogeneizar la práctica, para que el criterio de administración fuera independiente de la hora o turno, el personal de la Unidad, el personal de guardia, etc., y, sobre todo, que siempre que se administrara un suplemento, se cumpliera alguno de los criterios previamente establecido y condensado.

**Metodología:** Elaboración de un protocolo con criterios de administración de suplementos al RN, consensuados con los Pediatras del Hospital. Elaboración de un registro que recoge además de los datos de identificación de la madre y el/los RN, datos de cada administración: fecha, hora, cantidad y criterio de administración. Introducción de los datos en una base de datos Access diseñada al efecto.

**Resultados:** Los datos que se presentan son de los primeros 224 registros recogidos. La media de edad gestacional es de 39 semanas, siendo la mínima de 34 semanas y la máxima de 42. El peso medio de los recién nacidos fue de 3,289 g. (mínimo de: 2,330 g y máximo de: 4,620 g). Se administraron un total de 366 suplementos: una vez a todos los RN; se dieron 2 suplementos a 89 RN; 3 a 35; 4 a 13 y 5 a 5 RN. Los motivos de administración se distribuyen de la siguiente forma: Por llanto excesivo, irritabilidad, a petición de la madre: 227. Porque el niño no lograba buen agarre: 89. Por orden médica: 27. Por enfermedad de la madre: 6. El 40% de los suplementos se administraron en la franja horaria que va desde las 10 de la noche hasta las 3 de la mañana; el 16% durante la primera mitad de la mañana (de 8 a 11: 30); el 21% en la primera mitad de la tarde (de 15 a 18: 30); el 9,5% en la segunda parte de la tarde; el 6,8% en la segunda parte de la mañana y el 6,4% entre las 3 y las 8 de la mañana.

**Conclusiones:** El motivo más frecuente para la administración de suplementos es a petición de la madre por llanto o irritabilidad del RN. La franja horaria en la que se administran más del 40% de todos los suplementos, es de 10 de la noche a 3 de la mañana, lo que parece coincidir con la necesidad de la madre de conciliar el sueño. Solo en 12 casos se terminó inhibiendo la lactancia.

## ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR

J.M. Rivera, M.J. Cabeza de Vaca, R. Campos, M.D. Cruzado, L. Fuentes e I. Jiménez  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

P-083

**Palabras clave:** Continuidad de cuidados.

**Objetivos:** Analizar la situación actual de la continuidad de cuidados en el Hospital U. Puerta del Mar, revisando los procedimientos y método de cumplimentación del ICC, el análisis de los diagnósticos enfermeros detectados, los problemas de autonomía de nuestros pacientes y los patrones de salud alterados.

**Metodología:** Análisis muestral de los ICC emitidos, en el período enero-mayo de 2005, que utilizan el formato del centro y que se enviaron a distintos centro de salud. **Fuentes de datos:** copia de los ICC emitidos. **Herramientas:** Base de datos Access y SPSS 11.

**Resultados:** Los Diagnósticos NANDA más detectados son: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 10,3%, Manejo inefectivo del régimen terapéutico 9,7%, Dolor 9,4%, Riesgo de infección 7%, Deterioro de la movilidad física 6,6%. De todos los problemas detectados solo el 12,2% aparecen como resueltos. Más del 70% de los informes se derivan a los centros de nuestro distrito. En un 89,4% de los informes aparece enfermero responsable/referente. Se hacen recomendaciones para el cuidado en domicilio en 88,9% de los casos. En más del 87% de los casos aparece el teléfono de contacto de la unidad, elemento fundamental en la continuidad de cuidados. Aproximadamente un 5% de los informes no llegan a su destino por carecer de CAP.

**Conclusiones:** El número de informes realizados y enviados no supera el 25% de las altas producidas en el centro, por lo que deben mejorarse las estrategias de implementación del ICC. Deben revisarse los circuitos de envío de los informes de continuidad de cuidados ya que hay un número importante de ICC que no llegan a su destino. Rediseñar los informes de continuidad de cuidados que no utilizan el modelo estandarizado del HUPM. La cumplimentación del informe, es aceptable aunque aún cuenta con carencias en lo que se refiere a la utilización de la taxonomía NANDA y NIC. Se debe continuar con la formación de los profesionales en la utilización de la metodología enfermera NANDA- NIC-NOC.

**IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ASIGNACIÓN ENFERMERA-PACIENTE**

S. del Río, C. Vázquez, R. Molina, L. Angulo, P. Alcántara y O. Mérida.  
Hospital Comarcal de la Axarquía.

**Palabras clave:** Enfermería Primaria, Gestión Cuidados, Continuidad.

**Introducción:** La personalización de los cuidados da respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios siendo una línea clave para el SSPA. Es necesario un cambio tanto cultural como organizativo, estableciendo una asignación primaria enfermera al ingreso del paciente, enfocando a sus cuidados e incrementando la calidad percibida. En el H. C. de la Axarquía, se planteó desde principios de 2004 la Implantación del Modelo de Enfermería Primaria, según el Sistema Organizativo de A. Binnie.

**Objetivos:** Personalizar la asistencia enfermera, cuyo fin es centrar la atención en el usuario (familia y entorno) en la dinámica de los cuidados y en el diseño de la organización. Garantizar la Continuidad de Cuidados. Fomentar la cohesión del Equipo Multidisciplinar. Mejorar la Calidad Asistencial y eficiencia.

**Material y método:** *Estrategias:* A. Para la gestión del cambio, utilizando el sistema descrito por Binnie, con una planificación estructural en dos planes: 1. *Gestión de personas:* Descentralización en la toma de decisiones, implicación de los profesionales a través de la Gestión por Objetivos. Formación en Metodología Enf. Sesiones formativas e Informativas. 2. *Gestión de RRMM:* Reorganización de almacenes. Inventario. B. En el trayecto médico-enfermera: Realización de sesiones conjuntas. C. Centradas en las personas: Priorización de respuestas humanas para auditar las medidas de efectividad de los planes de cuidados. Asignación enfermera-usuario. D. Sobre la información: Potenciación de los profesionales en la toma de decisiones, desarrollo de nuevos registros: Valoración Inicial, I.C.C. y Mapas de cuidados. Mapas de cuidados Interniveles. Guías de actuación clínica.

**Resultados:** Formación de equipos efectivos de enfermería. Definición de puesto de enfermera clínica avanzada. Implantación de nuevos registro enfermero. Organización Primaria.

**Conclusiones:** La asignación enfermera-paciente mejora: La implicación con el paciente. La seguridad y satisfacción del paciente. La satisfacción profesional. La Continuidad de Cuidados. Mejora la documentación. Con la Enfermería Primaria pretendemos mejorar: La relación enfermera-usuario. La calidad en educación de paciente y familia: Planificación del alta desde el ingreso. La comprensión y resolución de problemas del paciente. Las enfermeras sientan que pueden efectuar juicios sobre sus pacientes.

**P-084****CALIDAD DE ENFERMERÍA APLICADA A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

M.L. Martínez y M.C. Valdovinos  
Hospital Nuestra Señora de Gracia.

**Palabras clave:** Úlceras por presión, Prevención, Tratamiento.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud que afecta a la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, suponiendo un elevado coste económico y asistencial, así como un aumento de la carga de trabajo de enfermería. El índice de UPP es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta enfermería. Disminuirlo constituye un reto para los profesionales de la salud en todos los niveles de la atención sanitaria.

**Objetivo:** Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería que se prestan a los pacientes con UPP o con riesgo de desarrollarla, a través de la implantación de un protocolo que sirva de guía para unificar los criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad.

**Material y método:** Durante el 2003 se crea un grupo de trabajo de calidad en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Realizada la revisión bibliográfica, se elabora un protocolo de prevención y tratamiento de las UPP. Se crean unas hojas de registros específicas. En Febrero de 2004 se implanta, aplicándolo a todos los pacientes que ingresan en la unidad. En Febrero del 2005 se valoran los resultados de su aplicación y se revisa y actualiza el protocolo. Este protocolo se desarrolla dentro del Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

**Resultados:** El protocolo nos permite estandarizar todos los procesos que nos llevan a poder valorar y aplicar las medidas correctoras para la profilaxis y el cuidado de las UPP. La incidencia de UPP es del 26,16%. La edad media de los pacientes que presentan UPP es de 70,9, con un rango de edad de 34 a 90 años. El 45,45% de los pacientes con riesgo alto o muy alto de desarrollar UPP según la Escala de Norton modificada por el Insalud (ENM), la desarrolla. Con respecto al estadio de las úlceras el 65,45% corresponde al grado I, el 21,81% al grado II, el 12,72% al grado III y ninguna alcanza el estadio IV. Curan el 27,2%.

**Conclusiones:** a) Es importante aplicar rigurosamente el protocolo de prevención; b) La edad es un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras, no el sexo; c) Los actuales registros servirán como herramienta para marcar el estándar y evaluar la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería; d) El objetivo más próximo es disminuir la incidencia de UPP; e) Se ha conseguido el objetivo propuesto de la implantación del protocolo de UPP, junto con todos los objetivos que de su puesta en marcha se derivan; f) Actualmente el protocolo está en período de evaluación continua para seguir en su mejora.

**P-086****EN LA DECISIÓN DE CAMBIAR NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA, ¿QUÉ HEMOS HECHO?**

A. Palenzuela, J. Borrego, M.J. Guerrero, C. Bocanegra, B. Sánchez y M. Negriño  
ZBS Campillos.

**Palabras clave:** Cambio práctica clínica.

**Introducción:** Tomar la decisión de cambiar una práctica clínica no es banal, no se hace a la ligera y no surge de manera espontánea. En nuestro inicio como grupo de trabajo, para la mejora de las intervenciones enfermeras en incontinencia urinaria (I.U.), nos preguntamos si la práctica habitual que realizábamos ante la I.U., ¿era la más adecuada?, entendimos que podíamos realizar una práctica diferente. Nos planteamos que con enfermeras formadas en incontinencia urinaria, disponiendo de un protocolo multidisciplinar y aplicando la metodología enfermera con intervenciones basadas en evidencias, podemos mejorar en nuestros clientes: su calidad de vida, reducir los episodios de pérdida de orina y reducir el consumo de dispositivos destinados a la incontinencia.

**Objetivos:** 1) Introducir instrumentos prácticos para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de clientes en el marco de la mejora continua de la calidad asistencial, ayudando a reunir en la enfermera de familia el perfil clínico-asistencial e investigador para la IU profundizando en el manejo de las competencias, contribuyendo así, en el camino hacia la "excelencia" en la prestación de servicios sanitarios. 2) Facilitar la accesibilidad del usuario trabajando ambos, MF y EF, desde la colaboración. 3) Crear herramientas de trabajo que homogeneicen nuestras intervenciones ante la I.U., que estas intervenciones sean con evidencia demostrada de coste-efectividad y que se puedan usar simultáneamente al tratamiento con absorbentes para disminuir escapes, lo que debe mejorar el gasto farmacéutico y la calidad de vida del paciente.

**Metodología:** 1) Formación de los miembros del grupo. 2) Búsquedas bibliográficas. 3) Discusión y consenso dentro del grupo. 4) Calendario de reuniones.

**Resultados:** 1) Incorporar a la práctica clínica diaria planes de cuidados con las mejores evidencias disponibles. 2) Puesta en marcha del Informe de apoyo a la prescripción con validación conjunta de MF Y EF. 3) Establecer indicadores de evaluación de la efectividad de las intervenciones y del cumplimiento del protocolo. 4) Introducir los canales de comunicación necesarios para dar soporte a todo el proceso y verificar cumplimiento del protocolo.

**P-085****CAPTACIÓN DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO AL ALTA**

C. Sedeño, A. Pino, D. Pardo, B. Herrera, M.D. Carrasco y M.D. Ríaza  
Hospital Serranía Ronda.

**Palabras clave:** Captación, Seguimiento telefónico.

Al objeto de captar los pacientes susceptibles de seguimiento telefónico tras el Alta por salud responde, se elabora un registro específico con los siguientes parámetros: edad, teléfono, consentimiento para el seguimiento, tener dos o más enfermedades crónicas, tomar más de 5 fármacos, tener cuidador, vivir solo, limitación funcional y limitación cognitiva. Este registro es cumplimentado en un primer momento por el supervisor al ingreso del paciente, si el alta se produce en viernes, sábado, domingo y festivo, el supervisor de guardia finaliza la cumplimentación de los datos referentes al alta. Determinando de esta forma si el paciente cumple con los criterios de seguimiento telefónico. Este sistema nos ha permitido cribar entre los pacientes susceptibles de seguimiento telefónico, aquellos que cumplen con los criterios que se establecen en el programa. Asegurando de esta manera el seguimiento telefónico a los pacientes que realmente lo necesitan y así lo quieren.

**P-087**

**LOS CUIDADOS PALIATIVOS: HACIA LA EXCELENCIA HUMANISTA EN ENFERMERÍA**

J.A. Berna, I.M. Pérez, R. Escaño, C. Lupiáñez, V. Ruiz y P. Alcántara

Hospital Comarcal de la Axarquía.

**Palabras clave:** Plan de Cuidados, Paliativos, Continuidad de Cuidados.

**Introducción:** El aumento de la edad de los enfermos, unido a los avances de la tecnología y la analgesia, hace que cada vez sean más los pacientes ingresados que requieren de cuidados paliativos. Teniendo en cuenta los derechos de estos enfermos y, además, que son unos pacientes diana dentro de los cuidados enfermeros, se nos plantea la necesidad de realizar un plan de cuidados estandarizado, dado que además se ha recogido como prioritario en nuestra Unidad de Gestión Clínica.

**Objetivos:** Plan de Cuidados Estandarizado para Pacientes de Cuidados Paliativos. Disminución de la Variabilidad de la Práctica Clínica en Enfermería. Registro adaptado al Plan de Cuidados.

**Método:** Formación en Cuidados Paliativos de varios profesionales de la Unidad. Grupo de revisión formado por enfermeras y auxiliares, para el diseño del Plan de Cuidados. Uso de metodología enfermera, basada en NANDA, NOC, NIC. Coordinación con las enfermeras de enlace y la Comisión de Cuidados de Área, para la Continuidad de Cuidados de estos pacientes. Sesiones de difusión para los profesionales.

**Resultados:** Realización del Plan de Cuidados Paliativos. Selección de DdE estratégicos en estos pacientes, con valoración de resultados, y selección de intervenciones adecuadas. Introducción de modificaciones en la práctica clínica enfermera. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica. Informes de Continuidad de Cuidados con AP, para la atención integral del enfermo y familia.

**Conclusiones:** Dada la necesidad de dar unos cuidados paliativos de calidad, los profesionales de enfermería de la unidad, como respuesta, han conseguido elaborar un plan de cuidados, desde el consenso, con el compromiso de mejora de la calidad asistencial y disminución de la variabilidad de la práctica clínica, con mayor incidencia en este tipo de enfermos. Esperamos que se produzca un progresivo reciclaje en toda la unidad con respecto al cuidado de este tipo de enfermos, dando una atención integral a paciente y familia. El uso de herramientas de continuidad hará posible una mejor transferencia de estos pacientes a AP y viceversa.

**P-088****PROCEDIMIENTO SEGURO PARA LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS**

M. Rodríguez, M.A. Moreno, M.P. Roiz, E. Martínez, A.R. Díaz y Z. Gancedo

Hospital Sierrallana.

**Palabras clave:** Seguridad clínica, hemocultivos.

**Objetivos:** Evaluar los resultados en relación a la contaminación de los hemocultivos. Implantar acciones de mejora.

**Método:** En el Hospital Sierrallana se lleva monitorizando mediante evaluación continua, el índice de contaminación de hemocultivos desde el año 1999. A partir de los resultados obtenidos en el año 2003 se establecieron reuniones con las supervisoras con el fin de analizar las causas de la contaminación y establecer las acciones de mejora que consiguieran ajustar los porcentajes a los estándares internacionales. Durante el año 2004 se unificaron criterios de actuación, se revisó y actualizó el protocolo, se implantaron cajas con todo el material recomendado. Se realizaron sesiones formativas impartidas por la responsable de laboratorio de Microbiología. A la vista de los resultados del año 2004 se decidió incorporar en el pacto de objetivos de 2005 de las Unidades el % máximo de contaminación. Cada Unidad planteará la estrategia a seguir para conseguir cumplir el objetivo.

**Resultados:** En el año 2003 se realizaron 6924 extracciones con un índice de contaminación de 11%. En el año 2004 el nº de extracciones disminuyó, así como el índice de contaminación que se situó en el 8,5%. Los datos de la evaluación del primer semestre del 2005 podrán establecer si las acciones de mejora implantadas resultan eficaces para conseguir el 5% de índice de contaminación pactado por Unidades de enfermería.

**Conclusiones:** La evaluación de nuestra práctica clínica es la única herramienta validada para establecer medidas correctoras y acciones de mejora.

**REGISTRO Y ANÁLISIS DE CAÍDAS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS**

P. Alcober, T. Villar, M.R. Abad, J. Navarro, E. Gil y E. García-Arilla

Hospital Geriátrico San Jorge.

**Palabras clave:** Ancianos, hospitalización.

**Objetivos:** 1. Diseño del instrumento para el registro de caídas. 2. Análisis de las posibles causas, consecuencias y circunstancias asociadas. Metodología. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Un grupo de trabajo formado por 6 DUEs consensuó el modelo de recogida de datos que ha servido para documentar las caídas producidas en pacientes del Hospital Geriátrico San Jorge durante el año 2004. Para el análisis de los resultados, los datos fueron introducidos en el programa estadístico SPSS 10.0. Se ha utilizado la t student para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas.

**Resultados:** El documento elaborado para el registro incluye los siguientes ítems: datos identificativos del paciente, circunstancias en el momento de la caída (lugar, posición, actividad, medidas preventivas, presencia de acompañante), causas posibles (alteraciones del nivel de conciencia, del nivel de dependencia, tratamiento farmacológico) y consecuencias (lesiones, pruebas diagnósticas, necesidad de asistencia médica y modificación del tratamiento). De 1607 ingresos, 55 (3,42%) pacientes han sufrido 64 caídas, 8 caída múltiple. El 34,37% de las caídas se produjeron en el turno de mañana, el 40,6% en el de tarde, el resto por la noche. En un 92,0% (59) en la habitación y solo en 9 ocasiones el paciente se encontraba acompañado. 27 caídas (42%) fueron desde la cama, 15 (23,4%) de la silla y 12 (18,7%) desde bipedestación. En el grupo con caídas había mayor porcentaje de varones 54,5% ( $p < 0,05$ ) con una edad media inferior 83,38 ( $p < 0,05$ ). Con respecto al consumo de fármacos el 16% tomaban neurolepticos, el 6% antidepresivos, el 10% ansiolíticos y el 14% hipnóticos, relacionándose el consumo global de psicofármacos con mayor número de caídas ( $p < 0,05$ ). En 23 caídas (36%) hubo consecuencias que fueron 14 contusiones (22%), 5 heridas abiertas (8%) y 4 fracturas (6%).

**Conclusiones:** 1. Las caídas son acontecimientos adversos durante la hospitalización que producen consecuencias y prolongan la estancia hospitalaria. 2. El conocimiento de la incidencia de caídas permite establecer comparaciones con centros de similares características. 3. Se han detectado carencias relacionadas con el registro de la situación funcional lo que implicaría la revisión y mejora del documento diseñado. 4. La implantación del registro favorece un mejor conocimiento de las circunstancias en que se producen las caídas lo que permitirá desarrollar estrategias de prevención, debiendo abordarse la utilización adecuada de psicofármacos dentro de estas estrategias.

**P-089****LA MEDICIÓN DE LA EFICACIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA ORGANIZACIÓN CORPORATIVA**

R. González, M.J. Ruiz, N. Martínez, I. Estévez, M.J. Pérez y J. Letona

Organización Central de Osakidetza.

**Palabras clave:** Efectividad, indicadores, enfermería.

**Introducción:** La medición de la eficacia de los servicios prestados al paciente dentro del proceso hospitalario en el área asistencial, se realiza a través de un sistema de información de todos los atributos de la misión desde su inicio al final, a través de indicadores valorando tendencias, teniendo en cuenta, además, aspectos de calidad percibida.

**Objetivos:** 1) Identificar los requisitos de la Misión del proceso hospitalario. 2) Determinar los resultados, objetivos y tendencias de la medición (al menos tres años) de los cuidados prestados en términos de efectividad, continuidad, seguridad y calidad percibida. 3) Analizar la información y toma de decisiones.

**Metodología:** Configuración del equipo gestor para definir la misión del proceso hospitalario dentro del mapa de procesos del hospital, teniendo en cuenta los objetivos del Plan de Calidad. Creación de grupos de trabajo integrados por enfermeras para analizar, adecuar y mejorar el sistema de información y sus resultados, relacionado con los cuidados enfermeros.

**Resultados:** (año 2004 y tendencias) respecto a: Objetivos Plan de Calidad: Indicadores y objetivos 2007: Resultados y tendencias: Toma de decisiones. Efectividad: % Aplicación Proceso Atención Enfermería P.A.E. (35 criterios): 82,12% con tendencias positivas en los dos últimos años: Mejorar nivel de exigencia de los criterios. Continuidad: Grado de Coordinación interniveles asistenciales: 68,32% con tendencias sostenidas en los 7 últimos años: Reuniones con atención primaria sobre recogida de información y detección de necesidades. Seguridad: I. % Pacientes con úlceras por presión (UPP): 3,03% con tendencias negativas: Estudio revisión sistemática para adecuar objetivos, protocolo de prevención UPP e indicadores. II. % Pacientes que han tenido accidentes (ACC): 0,61% con tendencias negativas: Estudio revisión sistemática para adecuar objetivos, protocolo de prevención ACC e indicadores. Calidad percibida enfermeras: 5 ítems encuestadas enfermeras sobre grado de aplicación PAE: 78% con tendencias positivas en los dos últimos años: Seguir formando en el PAE. Calidad percibida paciente: 10 ítems encuestadas a pacientes: 1 ítem con tendencia negativa: Propuestas de mejora sobre información normas unidad.

**Conclusiones:** Para determinar la eficacia de la práctica cuidadora y del proceso en su conjunto, es necesario realizar sistemáticamente un seguimiento y medición de la misma, analizar dicha información obtenida e intervenir para mejorar.

**P-090**

## ÚLCERAS POR PRESIÓN. GESTIÓN DE PROCESOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

R. Sarabia, P. Gómez y P. González  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Palabras clave:** Úlceras por presión. Proceso.

**Objetivos:** Mejorar la calidad de los cuidados de prevención y tratamiento de pacientes con Úlceras por presión (UPP) o con riesgo de desarrollarlas. Mejorar el conocimiento de los profesionales. Implicar a los profesionales en la gestión del proceso.

**Método:** El Hospital tiene definidos los procedimientos de prevención y tratamiento de UPP y desde 1992 realiza estudios de prevalencia (3 anuales) así como evaluación del registro de cuidados. La prevalencia de pacientes con UPP es de 3,08% (DT 0,74%), la última evaluación de registros fue de 72,92% y una vez analizado proporcionó evidencia de la variabilidad en la práctica, similar a los resultados obtenidos en una encuesta realizada en el 2002. También se realizó una valoración de los recursos materiales disponibles en el centro. Se establecieron como áreas de mejora los registros, la actualización de procedimientos y la definición de los recursos materiales adecuados. Se creó un grupo de trabajo (GM) compuesto por enfermeras representantes de las unidades en las que las UPP son un aspecto relevante. El GM de UPP queda incorporado a la Comisión de Cuidados del centro, como propietario del procedimiento, responsable de la difusión y evaluación y asesor de la dirección en términos relativos a recursos materiales.

**Resultados:** El GM elaboró un Manual de Prevención y tratamiento de UPP, como material didáctico, acreditado por el GNEAUPP. Posteriormente se realizaron los procedimientos de prevención y tratamiento con la responsabilidad de revisión y aprobación por la Comisión de Cuidados y Gerencia del centro. Los procedimientos tienen como referencia la Norma ISO 9001:2000. Punto 7. Están basados en la mejor práctica posible. Describen Objeto, Alcance, Responsabilidades, Definiciones, Diagrama de Flujo, Desarrollo, Referencias, Registros Asociados, Anexos e Informe de Modificaciones. Incluye fechas de puesta en marcha y revisión. El GM realizó el catálogo de productos, con las indicaciones de uso destinadas a los profesionales y las especificaciones técnicas destinadas a la Dirección. Como mejora de los registros, elaboró una hoja específica. Miembros del GM participan en la actualidad en un Grupo Multicéntrico de UPP del Servicio Cántabro de Salud.

**Conclusiones:** Las UPP identificadas como un proceso clave tienen nombre propietario, establecido su equipo de mejora, está documentado y dispone de indicadores y objetivos. El GM involucra a los profesionales, desarrolla su capacidad y facilita la aplicación de la mejor práctica posible en la realidad asistencial diaria.

P-092

P-094

## COMISIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, FUNCIONES E IMPACTO EN UN HOSPITAL TERCARIO

L. Jiménez, R. Otal, C. Noya, C. Martínez, I. Serrano y T. Aguas  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**Palabras clave:** Implicación de las personas. Gestión de la Calidad. En el Hospital Universitario Miguel Servet, dentro de su estructura organizativa, existen 16 Comisiones Clínicas, con representación de personal de enfermería en todas ellas, las cuales funcionan como órganos asesores de la Dirección. La Dirección junto con la Unidad de Calidad facilita la involucración de sus miembros. La Comisión de Cuidados es la única Comisión del Hospital, compuesta exclusivamente por enfermeras.

**Objetivo:** Alcanzar la prestación de unos cuidados de calidad a los pacientes, mediante la disminución de la variabilidad en los procedimientos. 1. Elaborando protocolos Generales. 2. Implicando a las Unidades en la realización de protocolos específicos y la validación de los mismos. 3. Monitorizando los registros de enfermería, para favorecer el continuum asistencial.

**Metodología:** Los miembros de la Comisión diseñan anualmente sus objetivos de forma participativa, mediante reuniones con periodicidad mensual. Se elabora el acta correspondiente y una memoria anual.

**Resultados:** En los 5 últimos años, se han realizado 40 reuniones (8/año), se ha elaborado el manual de protocolos de enfermería, con 32 protocolos generales y 1 protocolo específico, el cual se ha editado y difundido en todas las Unidades/Servicios. En 2003 se validaron 6 protocolos específicos. Entre 2003-2004 se han elaborado 11 protocolos generales por los miembros de la Comisión, estando pendiente su difusión. En la actualidad se ha iniciado la validación de los protocolos que las unidades han realizado en 2004. Con una periodicidad anual se realiza la evaluación de los registros de enfermería, siendo las historias evaluadas el 5% de las altas correspondientes al mes de Noviembre.

**Conclusiones:** La implicación del personal de enfermería en la formación de la Comisión, ha permitido al Hospital, la existencia de un órgano de referencia en la protocolización de procedimientos enfermeros así como la participación de profesionales de enfermería en la gestión de la calidad.

## IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS

M.D. Navarro Ortiz, G. Tomás Bartrina, A.J. Pérez-Fernández, M.A. Aznar García, C. Pérez-López y M. Suero Naharro  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Colostomizados, Ileostomizados.

**Introducción:** En los pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas en tracto digestivo es de vital importancia el seguimiento de una adecuada nutrición, siendo un factor determinante para el mantenimiento de un correcto estado de salud. Un aspecto importante para los pacientes portadores de estomas es la calidad de sus evacuaciones, lo que determina la aparición de incontinencia para heces y gases. La continua presencia de heces y de gases malolientes dentro del dispositivo puede controlarse con una adecuada alimentación. Así, es muy importante facilitar a pacientes y familiares unas pautas sencillas y básicas de alimentación (por ej.: algunas hortalizas contienen compuestos muy irritantes Ajo, cebolla, rábano, puerro, coliflor, brécol, col).

**Objetivos:** Proporcionar a pacientes con estomas una guía sencilla de la alimentación a seguir, con recomendaciones precisar de alimentos que deben ser restringidos o ingeridos en pequeñas cantidades.

**Material y métodos:** Desde la Unidad de Enfermería se ha elaborado una guía básica sobre las pautas alimenticias que deben seguir los pacientes con estomas. Esta guía aborda los siguientes aspectos: 1. Adecuado aporte calórico. 2. Consideraciones generales para los colostomizados. 3. Consideraciones generales para los ileostomizados.

**Conclusiones:** Un aspecto fundamental en la calidad de vida de los pacientes portadores de estomas es la aparición de complicaciones de los mismos, así como las molestias que les ocasionen y los consiguientes inconvenientes para el desarrollo de vida habitual. Desde la Unidad de Enfermería se pretende facilitar al paciente una sencilla guía sobre las pautas alimenticias a seguir, que serán determinantes para la evolución y aceptación del estoma por parte de los pacientes.

P-093

P-095

## EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES MEDIANTE EL INFORME DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

E. Abad, A. Paredes, M.J. Inclán, C. Pérez, M.j. Ortells y C. Cortés  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Informe de Enfermería al Alta; Continuidad de cuidados.

**Antecedentes:** El informe de enfermería al alta (IEA) está considerado como una herramienta útil para asegurar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. Es necesario analizar las indicaciones y contenidos de dichos informes.

**Objetivo:** Analizar las indicaciones de enfermería que requieren continuidad de cuidados, para garantizar unos cuidados continuados entre ámbitos asistenciales.

**Metodología:** *Diseño:* Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. *Población y medio:* Se analizaron todos los IEA que recibió la Unidad de Calidad del Hospital Morales Meseguer durante los años 2003 y 2004. *Análisis:* Estadísticas descriptivas el paquete estadístico SPSS v. 12.

**Resultados:** Durante el año 2003, de las 17161 altas hospitalarias, la Unidad de Calidad gestionó 304 IEA frente a las 17268 altas del 2004 donde se gestionaron 249 IEA. Dichos informes se realizaron a una población con una media de edad de 69,6 (DE: 19,2) años y en la que el 55% eran mujeres. La comparación entre 2003-2004 según el motivo de ingreso médico fue: Implantación de marcapasos (23,5% de 2003 frente al 26,1% del 2004), Colectectomía (16,3% vs. 18,1%), Pie Diabético (3,26% vs. 6%), Cambio de generador de marcapasos (2,9% vs. 6%), Bloqueo AV y Bradicardia (6,8% vs. 3,2%), IAM y Angor (3,25% vs. 2%), Otros (43,29% vs. 38,6%). Estos últimos porcentajes se distribuyeron: 14,7% vs. 9,7% a procesos de Cirugía General, 10,7% vs. 9% Medicina Interna, 2,6% vs. 3% Neurología, 3,3% vs. 2,8% Digestivo, 3,6% vs. 5,1% Cardiología, 1,9% vs. 1,7% Traumatología y 4,6% vs. 0% sin diagnóstico. Con relación a problemas de salud y necesidades descubiertas los IEA se realizaron en 2003-2004: Cura de heridas (57,7% vs. 39%), Úlceras (12,5% vs. 12%), Déficit de autocuidados (9% vs. 18%), Discapacidades (6,68% vs. 17,5%), Incontinencias (4% vs. 3,2%), sondajes (2,8% vs. 5%), Ostomías (2,58% vs. 2%), Anciano con pluripatología (2,15% vs. 0,3%), Nutrición Enteral/Parenteral (1,5% vs. 2%), Cateterizaciones (0,64% vs. 0,3%), Enfermos Terminales (0,21% vs. 0,6%). En el 2003 el 6,9% de los IEA se realizó en pacientes con 4 ó más problemas de salud o necesidades descubiertas frente al 13,3% del 2004, entre 2 y 3 problemas (35,5% vs. 29,7%) y con un solo problema de salud (57,6% vs. 57%).

**Conclusiones:** Los resultados reflejan un incremento en los registros relativos a necesidades descubiertas frente a cuidados técnicos. Del mismo modo, se detecta en los IEA un aumento de la complejidad en cuidados de los pacientes.

**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR LAS CARGAS DE TRABAJO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

M.D. Monté, M.M. Martín y J. Serra  
Hospital Comarcal Móra d'Ebre.

**Palabras clave:** Cargas de trabajo.

**Objetivo:** Validar una herramienta que permita adecuar la dotación de personal a las cargas de trabajo existentes en la unidad.

**Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo mediante un corte transversal, de las patologías más frecuentes que se daban en una unidad de 36 camas de cirugía y medicina, estratificándolas en tres tipos: alta, media y baja complejidad. Posteriormente, se elaboró una parrilla con las actividades a realizar para cada complejidad, turno y categoría profesional, asignándoles unos tiempos medios que fueron el resultado de un control directo del tiempo requerido para realizar dichas tareas. Una vez obtenidos los porcentajes de complejidad y tiempos se cruzaron dando como resultado una carga de trabajo estándar, la cual se introdujo en una hoja de cálculo donde constaban los porcentajes más frecuentes de ocupación, obteniéndose con ello las horas necesarias de personal para dichas cargas.

**Resultados:** Se obtuvieron los tiempos teóricos que serían necesarios para cubrir todas las actividades asignadas por complejidad y para una ocupación del 55, 83 y 94% de las camas. Al comparar los tiempos teóricos con los reales, tomando como referencia una ocupación del 94% y unos porcentajes del 5, 56 y 39% de complejidades alta, media y baja respectivamente; se observaron diferencias significativas en la dotación del turno de noche, concretamente en la distribución de personal por categorías, ya que se dio un exceso de 6,97 h. de auxiliar frente a un déficit de horas de enfermera de 6,32 h. También se detectó una diferencia significativa en el personal auxiliar del turno de tarde con un déficit del mismo (5h.) Para una ocupación del 83%, la habitual en la unidad, estas diferencias por defecto se seguían manteniendo, si bien, no eran tan notables.

**Conclusiones:** Se ha validado una herramienta que nos permite medir las cargas de trabajo de la unidad a partir de los datos de ocupación y de complejidad, lo que nos ayuda a valorar las necesidades de adecuación de personal a partir de dicha información. La modificación de personal auxiliar en el turno de tarde (3,5h. por día), ha supuesto una mejora en la adecuación de las actividades de dicho turno, avalada por la aceptación de los profesionales que las realizan. Se detectaron y contabilizaron tiempos promedio de actividades no vinculadas con el paciente pero que si interferían en las tareas diarias. Así mismo, se introdujo un factor de corrección al encontrarse actividades que se realizaban conjuntamente, y que se habían contabilizado individualmente.

**P-096****INCORPORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL COMARCAL**

M. Axarquía Muñoz, E. Guirado, C. Pérez, P. Montoro, C. Lozano y P. Alcántara  
Hospital Comarcal de la Axarquía.

**Palabras clave:** Calidad, Eficacia, Efectividad.

**Introducción:** En el marco del acuerdo firmado para el período 2005-2008 en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Comarcal Axarquía, en su apartado 4.10.2, "Disminución de la variabilidad de la práctica clínica", se incorpora la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la cura y prevención de Úlceras Por Presión (UPP).

**Objetivos:** Disminución de la Variabilidad de la Práctica Clínica en Enfermería. Realización de un Plan de Implantación, seleccionando indicadores para la evaluación de la adhesión de los profesionales a dicho plan.

**Método:** Formación de un grupo de estudio de la GPC formado por enfermeras y auxiliares, para el diseño del Plan de Implantación. Adaptación de la GPC al Servicio de Hospitalización Médica. Selección de material adecuado a las recomendaciones de la GPC. Incorporación de Indicadores de UPP en el nuevo Registro de Enfermería.

**Resultados:** Realización de un documento-protocolo de actuación para prevención y curas de UPP, basado en las recomendaciones de la GPC. Inclusión en CMBD para su registro. Introducción de modificaciones en la práctica clínica enfermera. Aplicación de EBE. Mejor eficiencia del recurso enfermero. Mejor control de las UPP. Discriminación UPP pre-ingreso e intrahospitalarias.

**Conclusiones:** Podemos evaluar según los indicadores seleccionados la incorporación de los profesionales al Plan de Implantación. La aplicación de la GPC mejora la estancia hospitalaria y la satisfacción del usuario y la familia. El profesional se siente estimulado trabajando con una base de evidencia en los cuidados al paciente. Además de la eficacia y la eficiencia, aumentamos la efectividad, mediante la disminución de las estancias.

**P-098****PROTOCOLO DE CATÉTERES Y VÍAS: ACTIVIDAD FORMATIVA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

M. Moreno, O. González, M. Valdor, E. Martínez, B. Abascal y C. Ortiz  
Hospital Sierrallana.

**Palabras clave:** Talleres, Actividad formativa, Protocolo.

**Objetivos:** Difusión del Protocolo de Catéteres y Vías elaborado por el Grupo de Mejora de Inserción y Mantenimiento de Catéteres Formación de todo el personal de enfermería del centro a través del Protocolo de Catéteres y Vías.

**Metodología:** A través de talleres formativos teórico-prácticos dirigidos a profesionales de enfermería se inicia la actividad en junio de 2004. A nivel teórico se explica el protocolo elaborado por el grupo de forma exhaustiva, debatiendo los puntos principales y resolviendo cualquier duda. A nivel práctico se presentan los catéteres de nueva implantación disponibles en el hospital, los apósitos, dispositivos, sistemas de infusión y el resto de material utilizado en el hospital y validado previamente por el grupo de mejora. Al finalizar cada taller se realiza una encuesta de conocimientos para todo el personal participante.

**Resultados:** Desde el inicio de la actividad (junio de 2004) se ha realizado 41 talleres teórico-prácticos, con la asistencia de 181 personas, distribuidas en grupos de 10 y de duración máxima establecida de una hora y media. El 100% de los alumnos participantes han superado de manera satisfactoria la prueba de conocimientos realizada al final de cada taller.

**Conclusiones:** La importante variabilidad existente entre los profesionales de enfermería en cuanto a la inserción y mantenimiento de los catéteres ha hecho que la acogida de estos talleres por parte de los profesionales sea muy positiva y destaca la activa participación del personal.

**P-097****HOJA DE CIRCUITO QUIRÚRGICO: UNA HERRAMIENTA PARA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO**

J.M. Rivera, I. Jiménez, L. Fuentes, I. García, A. Pineda y J.J. Montero  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Circuito quirúrgico enfermería.

**Introducción:** La continuidad en la asistencia es uno de los pilares básicos de la Calidad Asistencial y de la Gestión por Procesos. Durante el año 2004 detectamos que existía una ruptura en los canales de información del circuito quirúrgico. Alguna información básica de la preparación y situación de los pacientes de las unidades de hospitalización no siempre llegaba a la zona de quirófanos. También comprobamos que en ocasiones la URP no disponía de la información que necesitaba de la zona quirúrgica. Por todo ellos se hizo necesario establecer un plan de mejora.

**Objetivos:** Mejorar la continuidad asistencial y la continuidad de la información en los pacientes quirúrgicos. Desarrollar canales de registro de la información relevante: alergias, prótesis, etc. Potenciar los mecanismos de valoración y revisión del paciente quirúrgico. Potenciar el uso de taxonomía enfermera. Establecer mecanismos de seguridad y control de efectos adversos.

**Métodos:** En el segundo semestre del 2004 se comenzó a trabajar en el diseño de una hoja de circuito quirúrgico. Mediante técnicas grupales se mantuvieron reuniones con personal de hospitalización, quirófanos, y con personal de la URP. En estos grupos se analizó qué tipo de información necesitaba cada escalón del anterior y qué tipo de datos consideraban como relevantes dentro de su actividad. Se diseño un borrador que fue revisado por las unidades de hospitalización, tanto médicas como quirúrgicas y a profesionales de quirófanos y URP para que aportaran todas las sugerencias y modificaciones que consideraran oportunas. Se maquetó un diseño definitivo que se puso en marcha en enero de 2005.

**Resultados:** Durante el primer trimestre del 2005 se ha ido implantando progresivamente en las unidades de hospitalización quirúrgicas. Aunque en un principio su uso no se extendió de manera generalizada, en alguno de los cortes realizados, se ha verificado su uso en el 100% de algunas unidades. Sin embargo es necesario establecer medidas de mejora en otras unidades donde su uso es minoritario.

**Conclusiones:** El documento ha demostrado ser una herramienta eficaz. Los profesionales de enfermería manifiestan que les aporta una gran información y comodidad ya que todo el proceso quirúrgico queda registrado en el mismo documento. Facilitándoles el acceso a los datos. La inclusión de elementos de valoración de necesidades, así como diagnósticos NANDA potencia y favorece el uso de las taxonomías enfermeras en nuestro centro. Actualmente estamos en fase de revisión antes de proceder a su informatización.

**P-099**

## EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN HOSPITALIZACIÓN

M.J. Contreras, F. Alarcón, C. Navarro, I. Romero y F. Aguilera  
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

**Palabras clave:** Proceso enfermero.

**Introducción:** En el año 2000 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hace una apuesta clara por la calidad de la atención sanitaria; para ello define que el modelo de gestión de los servicios debe basarse en la "Gestión por Procesos", centrada en el paciente, que cuente con la implicación de las personas que prestan los servicios y que se realice de forma coordinada, garantizando la continuidad de la asistencia al paciente. En el primer Mapa de Procesos definido, está incluido el Proceso de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio. En el HURS se formó el grupo de implantación de dicho Proceso en junio de 2002, finalizando la implantación en junio de 2004. Con este trabajo pretendemos describir las modificaciones y medidas adoptadas en las plantas de hospitalización de maternidad para la implantación del Proceso "Embarazo, Parto y Puerperio", así como los logros alcanzados siguiendo las características de Calidad definidas en dicho Proceso.

**Metodología:** El estudio ha consistido en un análisis cualitativo, mediante técnicas grupales de consenso. En él han participado distintos profesionales de las plantas de hospitalización de maternidad del HURS. Se partió de la lectura de las características de calidad del proceso, procediendo, posteriormente, al análisis de su "consecución" así como de las medidas contribuyentes a ella. Se realizó un análisis relacional de las medidas desarrolladas y las características de calidad alcanzadas, intentando identificar las medidas de mayor impacto – que contribuían a varias de estas características -.

**Resultados:** El análisis del discurso de los participantes confirma el gran impacto de la implantación del plan funcional de Enfermera referente en las unidades de hospitalización. Con él se da respuesta a la mayoría de los criterios de calidad contenidos en el Proceso. Así mismo se reconoce la importancia del uso Planes de Cuidados estandarizados e Informes de Continuidad de Cuidados - al alta hospitalaria - para unificar los cuidados que se le prestan a las mujeres y asegurar la continuidad de la atención entre niveles asistenciales.

**Conclusión:** Las medidas tomadas para la implantación del Proceso (Enfermera referente, Plan de Cuidados e ICC, entre otros) ha resultado útil para: Mejorar la comunicación entre paciente/familia y el personal de enfermería dando un trato más cercano y respetuoso. Detectar y atender las reclamaciones de las usuarias. Gestionar cuidados de enfermería. Aumentar el grado de satisfacción de las usuarias.

P-100

## ¿SON EFECTIVAS LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA?

A. Abizanda, M. Juárez, M. Domínguez, M. Girona  
y C. González

Hospital Universitario de Bellvitge.

**Palabras clave:** Estrategias, grupo de mejora, heridas por presión.

**Introducción:** Desde 1991 la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Bellvitge inicio un Programa de Prevención y Tratamiento de Ulceras por Presión, elaborando e implantando un protocolo para todo el Hospital. Esta medida permitió unificar criterios de actuación, racionalizar recursos y dar una asistencia eficaz, efectiva y eficiente. En el año 2003 la D. de Enfermería y dentro del Programa de Calidad se plantea dar un nuevo enfoque a la prevención y tratamiento de las heridas por presión, mediante la utilización de estrategias de mejora dirigidas a potenciar las medidas preventivas.

**Objetivos:** Priorizar y potenciar la aplicación de medidas preventivas. Impulsar un feed back con el personal de enfermería para asegurar una línea de actuación unificada. Disminuir las Heridas por Presión.

**Material y método:** Se realizan las siguientes estrategias de mejora: 1. Grupo de Mejora, formado por personal de enfermería y coordinado por la enfermera clínica de calidad. 2. Elaboración, difusión e implantación de un Póster y un Díptico. 3. Sesiones formativas para todo el personal de enfermería. 4. Liberación de una enfermera del grupo de mejora experta en heridas por presión para dar soporte teórico y práctico en las unidades de hospitalización.

**Resultados:** Se presentaran en el póster.

**Conclusiones:** Unificación de criterios de actuación y disminución de la variabilidad profesional. Optimización de los recursos disponibles. Disminución de heridas por presión. Estas iniciativas han sido muy bien acogidas por el personal de enfermería y valoradas positivamente; por tanto, creemos que la implantación de estas estrategias de mejora ha sido efectiva en la práctica diaria de nuestro Hospital.

## GESTIÓN DE PROCESOS ENFERMEROS: UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA MEJORA

J. Rodríguez-Escobar, J.L. Aréjula-Torres, M. Girbés-Fontana, F. Esteban-Paredes y E. Muñoz-Borréda  
Gerencia AP 9 Madrid.

**Palabras clave:** Procesos, Enfermería, Sistema de Información.

**Introducción:** En 1998, en la gerencia de atención primaria, y dentro de un plan de mejora global de mejora, se decide la definición, procedimentación y medición de los servicios enfermeros. Con objetivos a la población de disminuir la variabilidad y mejorar la calidad de los servicios. *Objetivos al equipo:* disminuir los conflictos de rol y aumentar el conocimiento, aceptación y complementariedad de los distintos profesionales, eliminar la ambigüedad de rol, disminuir el "sufrimiento organizacional" y mejorar la efectividad. Se definieron, mediante grupos de trabajo 168 procesos enfermeros que se agruparon en 4 macroprocisos o niveles de intervención: *Nivel I:* Procedimientos técnicos básicos; *Nivel II:* Actividades preventivas; *Nivel III:* Promoción del autocuidado; *Nivel IV:* Adaptación y afrontamiento.

**Objetivos:** Diseñar un sistema de información relevante para conocer y mejorar los servicios que enfermería ofrece a sus poblaciones.

**Metodología:** De Septiembre a Abril: Se diseñaron criterios de medición para los distintos procesos enfermeros; Se realiza una explotación informática propia sobre las historias clínicas informatizadas (OMI-AP); Se priorizan y miden una serie de procesos de nivel 3 (autocuidado) y 4 (Afrontamiento); Se mide el índice de utilización del módulo de cuidados por los enfermeros; A partir de Mayo: Se incluyen datos de usuarios distintos con Dx realizados y su proporción sobre población asignada; Se introducen datos sobre el seguimiento y los procesos al alta; Se incluyen datos sobre usuarios que reciben educación para la salud.

**Resultados:** Datos Septiembre 04 a Abril 05: (Nivel 4 Mes: 41 a 84; Totales: 2818 a 7985; Nivel 4 Totales: 475 a 955; % Enf Tot: 28% a 48%; % Enf N4: 8% a 22%) Nuevos ítems incluidos: (Población valorada mínima de PF: 7985; Pacientes distintos con algún problema Dx: 5328; Procesos Nivel 3: 2784; Grado de utilización habitual: % Enf > 6Dx/mes: 20%; % Enf > 2Dx Nivel 4/Mes: 4%) EpS Grupal agrupada (registrada): EPS Crónicos: 542; EPS Etapas vitales: 912; EPS Riesgos y Estilos de vida saludables: 207. Altas de enfermería: N° informes: 672; % requieren continuidad de cuidados: 50,14; % Nivel I: 66,76; % Nivel II: 45,10; % Nivel III: 38,87; % Nivel IV: 16,61.

**Conclusiones:** La enfermera en atención primaria aborda problemas de afrontamiento y autocuidado de su población; La retroalimentación a los profesionales con un Sistema de información enfermero sirve de estímulo y focaliza la atención. Básico para la docencia, investigación y gestión.

P-102

P-101

## IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

M.A. Sistac, Y. Inchausti, M. Rodríguez, D. Galindo y S. Lanau  
Hospital de Barbastro.

**Palabras clave:** Informe continuidad cuidados.

**Introducción:** Se plantea la necesidad de garantizar una continuidad en los cuidados a los pacientes cuando tienen que intervenir profesionales de distintos niveles asistenciales. Se propone la implantación de un procedimiento que integre a los profesionales de los distintos ámbitos implicados.

**Objetivos:** Crear un procedimiento de trabajo para las diferentes unidades de hospitalización y para los procesos pactados que garantice una continuidad de cuidados. Establecer un documento único y consensuado que incluya la información más relevante. Establecer canales y procedimientos de comunicación entre los distintos niveles asistenciales manteniendo siempre la confidencialidad y protección de datos. Fomentar el uso de los medios informáticos a nuestro alcance.

**Metodología:** Encuestas realizadas a los profesionales de Enfermería del sector (Atención Especializada y Primaria). Procesamiento de los datos obtenidos. Reuniones entre los representantes de Atención Especializada y Primaria para consensuar y elaborar un documento único y definitivo. Reuniones con el servicio de Informática para informatizar el documento. Puesta en marcha del ICC en las diferentes unidades de hospitalización. Encuestas a los profesionales de los centros de destino para valoración de resultados.

**Resultados:** Se ha consensuado el documento y la forma de envío entre Atención Especializada y Atención Primaria. Se ha informatizado el documento. Se ha implantado el ICC en las diferentes unidades de hospitalización y para los diferentes procesos pactados.

**Conclusiones:** Está pendiente la evaluación del nivel de implantación en los diferentes unidades de hospitalización y como está llegando el documento a los destinos.

P-103

**MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UGC DE PATOLOGÍA MAMARIA**

A. Arenas, I. Jiménez, C. García, M.A. Mediavilla, J. Pecino y V. Reyes  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-104**

**Palabras clave:** Monitorización documentación enfermería.

**Introducción:** En el Acuerdo de Gestión de la Unidad de Gestión Clínica de Patología Mamaria del H. U. Puerta del Mar de Cádiz, se establecen una serie de indicadores de calidad sobre la documentación enfermera. La medición de indicadores al final del período del acuerdo no permite establecer ningún mecanismo corrector. El concepto de mejora continua de la calidad nos impulsó a establecer un sistema de monitorización continua de la documentación de enfermería.

**Objetivos:** Desarrollar un sistema de monitorización continua de la calidad de la documentación de enfermería. Desarrollar una herramienta de mejora, basada en el control y la difusión de resultados.

**Métodos:** Partimos de una situación en la que no teníamos establecido ningún sistema de medida, salvo la auditoria de Historias al final del período a evaluar. Se diseñó una hoja de registros, donde se valoraban si se cumplían los criterios de calidad establecidos para los siguientes apartados: o Asignación enfermera paciente o Plan de Cuidados Mastectomía: o Plan de Cuidados de patología benigna de la mama. o Documentación enfermería completa o Informe de continuidad de cuidados. Tras el alta del paciente y antes de su envío a archivo, se procede a la revisión de la historia clínica. Registrando en la hoja antes mencionada si se cumplen o no los criterios de calidad. Estos registros se introducen posteriormente en una base de datos realizada en Access, estableciendo una serie de consultas sobre los indicadores a monitorizar.

**Resultados:** Trimestralmente se procede a la evaluación de la marcha de los indicadores. Permitiendo la detección de puntos críticos donde actuar. Los resultados de estas evaluaciones periódicas son difundidos, en sesiones de enfermería, entre los profesionales de la unidad.

**Conclusiones:** El sistema de monitorización continua supone cierto esfuerzo y constancia. Sin embargo permite conocer la marcha real de los indicadores establecidos, y es el único sistema que actualmente disponemos para instaurar medidas correctoras con cierta antelación. En el período evaluado de un año se detectaron varios puntos críticos, algunos de los cuales se pudieron subsanar gracias a la monitorización de los indicadores y a la difusión de los resultados entre los profesionales. Creemos que esta herramienta de gestión de la calidad es válida hasta la informatización completa de las historias de enfermería y su monitorización en tiempo real.

**PROYECTO DE MEJORA: REVISIÓN DE LA IDONEIDAD DEL INSTRUMENTAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA**

E. Roses, M.J. Rueda, A. Robles, C. de Miguel, T. Antoñanzas y A. Vecino  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

**P-105**

**Palabras clave:** Instrumental quirúrgico.

**Introducción:** En 2002, tras la adquisición de instrumental quirúrgico, se realiza inventario revisando el contenido de todas las cajas, analizando el instrumental tipo, observándose una importante área de mejora. Antes de introducir el nuevo instrumental, mezclándolo con el antiguo, se revisa el proceso de pre-tratamiento y esterilización, completando el circuito de preparación del instrumental quirúrgico.

**Objetivos:** Disponer de una base de datos para la gestión organizativa y económica del instrumental. Adecuar todo el proceso de tratamiento del instrumental con criterios de eficacia y eficiencia para dar la máxima seguridad al proceso quirúrgico.

**Métodología:** Formación de un equipo con soporte técnico de dos enfermeras expertas del bloque quirúrgico, contando con el asesoramiento de una empresa externa. 1. Revisión y diagnóstico del instrumental existente. 2. Adecuación de las cajas quirúrgicas consensuada con los profesionales quirúrgicos. 3. Revisión del proceso de esterilización.

**Resultados:** Al finalizar el proyecto, se rentabilizaron 12.000 piezas de las 15.000 iniciales y de 231 cajas se pasó a 282, versátiles y definidas al 100%. Se unificaron criterios en el tratamiento del instrumental, tanto en prevención de riesgos como de tratamiento y posterior uso del mismo.

**Conclusiones:** Revisión del proceso de esterilización. Unificación de criterios en el tratamiento del instrumental. Programación de una compra anual de un 10% del valorado como operativo para garantizar el correcto mantenimiento. Disponer de un programa informático para facilitar la trazabilidad del proceso de esterilización y control del uso del instrumental.

**DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LAS LESIONES POR PRESIÓN TRAS INTERVENCIÓN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS**

T. Cuello, C. Marco, C. Laita, P. Sánchez, G. Girón y A. Torres  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

**P-106**

**Palabras clave:** Lesiones por presión.

**Introducción:** En 2003, tras revisar el Protocolo de prevención y tratamiento de Lesiones por Presión (LPP), y considerando las necesidades del paciente se decide actualizar el Plan de Cuidados del paciente encamado.

**Objetivos:** Unificar criterios relacionados con los cuidados del paciente encamado según niveles de evidencia científica.

**Metodología:** Formación de un grupo para unificar criterios y dar formación a los profesionales en relación a los cuidados del paciente encamado, teniendo en cuenta el catálogo de artículos de prevención y tratamiento de las LPP así como los dispositivos de distribución y alivio de presión que dispone el centro.

**Resultados:** Elaboración de un plan de cuidados consensuado basado en la evidencia científica. Dotación de nuevos materiales a las unidades asistenciales: 7 Colchones dinámicos de alta gama y 30 colchones dinámicos de gama media. Formación a los profesionales responsables de cuidados a través de talleres teórico prácticos. Disminución de la Prevalencia de las LPP en las unidades donde se han formado estos profesionales.

**Conclusiones:** La necesidad urgente de invertir recursos en los cuidados de prevención así como de ofrecer formación continuada a los profesionales y la realización y registro del plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente justifican la acción emprendida.

**OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS MEDIANTE EL CONTROL AMBULATORIO DE ENFERMERÍA TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA**

M.C. Hernández, J. Leal, B. Prados, T. Jiménez, R. Martínez y E. Adán  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-107**

**Palabras clave:** Enfermería, control ambulatorio, cirugía de mama.

**Objetivo:** Conocer las estancias evitadas mediante el control post-quirúrgico de enfermería tras cirugía oncológica de mama.

**Métodos:** *Diseño:* estudio descriptivo, transversal retrospectivo. *Ámbito:* Consulta de enfermería tras cirugía oncológica de mama, unidad de hospitalización H4D (CGD), Hospital Morales Meseguer. *Período de estudio:* enero-diciembre 2004. *Población de estudio:* pacientes intervenidos de cirugía oncológica de mama y portadoras de drenaje de baja aspiración. *Instrumento de recogida de datos:* registro de control de pacientes (consulta). *Variables:* nº de pacientes, nº de visitas, duración de la consulta, tipo de consultas, estancias evitadas y estancias potencialmente evitadas.

**Resultados:** Se han visto en la consulta 80 pacientes requiriendo 314 visitas (3,92 visitas/paciente). El tiempo medio por consulta fue de 17,6 minutos, siendo la consulta de control de drenaje y cura de herida quirúrgica la más habitual (180, 59%). Los meses con mayor demanda de consultas fueron agosto (45) y marzo (40). El tiempo medio que permanecen las pacientes tras el alta siendo portadoras del drenaje de baja aspiración y acudiendo a la consulta es de 12,8 días, suponiendo 1027 días de estancia evitadas anualmente.

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

## "C3" UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

B. Sánchez y G. Duarte  
Distrito Sanitario La Vega. Málaga.

**Palabras clave:** Continuidad de Cuidados. Calidad de los servicios.

La Continuidad de los Cuidados es un objetivo en Calidad. El Informe de Continuidad de Cuidados representa la parte visible de la CC. Gestionar de forma adecuada la calidad de la CC exige contar con instrumentos que garanticen un nivel adecuado de validación.

**Objetivo:** Obtener un instrumento válido y fiable para valorar la calidad de la continuidad de cuidados desde la perspectiva de la enfermera de atención primaria.

**Métodos:** El marco de partida es un análisis de causa-efecto o de Ishikawa, en el que se identificaron oportunidades de mejora del ICC. A partir de este análisis se agrupan las causas que afectan a la calidad en tres de las áreas propuestas por Ishikawa, y se diseña un cuestionario estructurado en tres áreas: profesionales, organización y estructura. El cuestionario consta de 23 preguntas, 6 abiertas y 17 cerradas. Las preguntas cerradas tienen una escala de respuestas Likert numérica del 1 al 10, donde 1 es ningún acuerdo y 10 máximo acuerdo. Se envía el cuestionario a las 70 enfermeras del DS La Vega. Para evaluar la validez de constructo, conceptual o estructural del cuestionario se efectúa un análisis factorial de las preguntas cerradas, y se complementa con un análisis categórico para las respuestas abiertas. Mediante el alfa de Cronbach se valora el grado de consistencia interna global del cuestionario en sus respuestas cerradas. El análisis de fiabilidad se completa triangulando con el análisis de las respuesta abiertas.

**Resultados:** Se contestan 33 cuestionarios, un 47% de respuestas del total de enfermeras del DS. Se obtiene un cuestionario con los ítems iniciales agrupados en cinco factores: método, canal de comunicación, calidad de la información, responsabilidad sobre el ICC, y necesidad de la información. El análisis factorial otorga un valor explicativo del 82% sobre la variancia observada a estos factores. Las áreas iniciales se ven reflejadas en los factores encontrados: el área profesional equivale al factor método, el área organización se desdobra en los factores canal de comunicación y responsabilidad sobre el ICC, y el área de estructura se desdobra en los factores calidad de información y necesidad de información. El análisis categórico es coherente con los factores detectados. El alfa de Cronbach es de 0,92.

**Conclusiones:** La utilidad de C3 es disponer de información de calidad para evaluar la calidad de la continuidad de cuidados percibida por las enfermeras de AP, identificar aspectos deficientes y susceptibles de mejora.

P-103

## ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN DEL HOMBRO DOLOROSO, EN HEMIPLÉJICOS DURANTE LA FASE AGUDA

M.B. Cancelas y A.M. Calderón  
Hospital Meixoeiro.

**Palabras clave:** Hombro doloroso, hemipléjia, tratamiento postural.

Las enfermedades cerebrovasculares (EC), constituyen la segunda causa de mortalidad en Galicia y la primera causa de discapacidad. Cada año se producen alrededor de 250 nuevos episodios de ictus por cada 100.000 habitantes y este número aumenta en relación con la mayor edad de la población. Más del 40% de los pacientes con ictus presentan secuelas neurológicas subsidiarias de tratamiento rehabilitador, siendo el dolor de hombro el problema más frecuente en las personas que sufren un ictus, lo que dificulta la recuperación de la extremidad superior. Diversos estudios afirman que una de las causas, más frecuentes, de su aparición se debe a una mala manipulación y ubicación de la extremidad superior; por lo que es fundamental el manejo y posicionamiento del paciente por parte del personal sanitario; no sólo durante las sesiones de terapia rehabilitadora; si no durante todo el tiempo de hospitalización. Nuestro trabajo analiza la importancia de la información gráfica parafraseando "una imagen vale mas que mil palabras" como herramienta útil para reducir y prevenir la patología del hombro doloroso (HD), en el paciente hemipléjico (PH). Y desde este punto de vista, los médicos rehabilitadores proponen junto a otros profesionales mejorar la asistencia a través de la planificación y elaboración de un protocolo gráfico que mejore la comprensión del paciente, familiares y personal sanitario en la prevención del HD utilizando instantáneas fotográficas (IF) que muestren el tratamiento postural (TP) correcto y reflejen la movilización adecuada.

**Objetivos:** 1. Evaluar y planificar un protocolo gráfico, que muestre el TP correcto, a través de fotografías realizadas a un PH hospitalizado. 2. Realizar las fotografías y seleccionar las IF, más representativas, para elaborar el protocolo gráfico.

**Material y método:** Se realizarán unas fotografías a un PH hospitalizado en las que se reproduzca el TP correcto. De entre las IF realizadas, se seleccionarán aquellas que mejor revelen y determinen el posicionamiento final del PH en los diferentes decúbitos, definiendo unas recomendaciones generales y describiendo el TP y la técnica de movilización correcta.

**Resultados:** Elaborar el protocolo gráfico y difundirlo por los diferentes servicios y unidades hospitalarias.

**Conclusiones:** Consideramos que la utilización del protocolo gráfico facilitará la comprensión, unificando criterios, en la continuidad de los cuidados durante la hospitalización y servirá de orientación a familiares y cuidadores, posteriormente, en el domicilio.

## NECESIDADES DE ADMINISTRACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE UN MÓDULO INFORMÁTICO PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

M.M. Benítez, M. Rich, M.G. Farnós, R. Giménez, D. Ruiz y M.J. Notario  
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

**Palabras clave:** Informatización enfermería.

**Objetivos:** La evolución de la práctica enfermera ha tenido progresivamente al uso de lenguajes estandarizados (NANDA, NOC, NIC). Respecto a esta terminología, y aunque en principio surgió de forma aislada y supuso esfuerzos duplicados, hoy día, algunos estudios demuestran un tremendo nivel de convergencia y coherencia. A pesar de ello son taxonómicas vivas que están en continuo proceso de cambio. Si a ello unimos el también cada vez más frecuente uso de planes de cuidados estandarizados (PCE), idear un sistema informático para la planificación de cuidados necesita de forma inexcusable la construcción de un módulo de administración (que permita modificar el contenido). La presente comunicación pretende describir la estructura y posibilidades del módulo de administración diseñado en el HU. Reina Sofía a través de la descripción de sus contenidos.

**Métodos:** La presente comunicación no recoge ningún estudio de investigación. Tan sólo pretende describir un elemento imprescindible para la puesta en práctica y uso diario de la herramienta informática para la planificación de cuidados utilizada en nuestro centro: el módulo de administración de cuidados. Identificaremos en el mismo dos tipos básicos de información: el contenido clínico y el contenido organizativo. El primero contempla la estructura y contenidos de las tres taxonomías NANDA, NOC y NIC; mientras el segundo hace referencia básicamente a las características del usuario del sistema. El análisis realizado para la descripción de la misma ha consistido en la cuantificación y calificación de sus contenidos mediante su distribución en grupos.

**Resultados:** Una descripción sencilla de sus contenidos, cuantificando el número de elementos sería: Etiquetas diagnósticas, 53; Factores relacionados con el problema, 228; Manifestaciones del problema, 138; Resultados, 62; Indicadores del resultado, 374; Intervenciones, 161; Actividades incluidas en las intervenciones, 2068; PCE, 69; Niveles de usuario, 5; Niveles organizativos, 3.

**Conclusiones:** El módulo de administración permite introducir, eliminar o modificar los distintos elementos de las clasificaciones: diagnóstica (etiquetas, factores relacionados, manifestaciones), de resultados (e indicadores) e intervenciones (y actividades) así como las relaciones existentes entre ellos. Además permite contemplar la organización administrativa, adaptando sus posibilidades a potenciales cambios en la organización.

P-109

## MEJORA DE LOS RESULTADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA: CONSULTA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA

A. Bellerin, C. Garrido y C. Penco  
Hospital Juan Ramón Jiménez.

**Palabras clave:** Cuidados/Oftalmología/satisfacción.

**Introducción:** Los procesos quirúrgicos oftalmológicos han sufrido en los últimos años grandes avances y mejoras para los pacientes afectados. En nuestra área la atención, información y preparación de los pacientes para este proceso ha sido una fase fundamental para el éxito de cada intervención. La coordinación de todos los cuidados, pruebas y la atención personalizada es un valor añadido que siempre se ha considerado prioritaria, teniendo como resultado el acto único.

**Metodología:** La consulta de enfermería quirúrgica funciona desde la década de los años 90, iniciándose de una manera menos estructurada y con el paso del tiempo ha conseguido ser una estructura básica e imprescindible. El paciente una vez que es aceptado por anestesia para la intervención entra en el circuito de la consulta, donde se valoran todas sus necesidades de forma individualizada y se realizan los cuidados y prueba de biometría en un acto único que mejora la accesibilidad. El estudio se plantea de forma prospectiva, la muestra será los pacientes atendidos en la consulta durante un mes, a través de registro de recogida de datos y cuestionario de satisfacción percibida.

**Resultados:** Se presentará el perfil de usuarios, así como los datos obtenidos del cuestionario de satisfacción y el porcentaje de pacientes que tuvieron resultado de éxito de refracción.

P-110

**IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA DE CALIDAD EN LA MONITORIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO**

M. Graau-Bergadà, M. Escrig-Mestres y J.M. Ibáñez-Romaguera  
Fundació Hospital / Asil de Granollers.

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, úlceras por decúbito.

La Fundació Hospital/Asil de Granollers, hospital de referencia del Vallès Oriental, ha desarrollado un Plan de Calidad y un Programa de Calidad, basado en el modelo de excelencia empresarial de la EFQM. La apuesta institucional por la gestión y la mejora continua de la calidad, se traduce en la creación de una Dirección de Calidad y Desarrollo que lidera estos aspectos. Por su parte, y de acuerdo con esta política institucional, se ha creado también la figura de una enfermera de calidad adscrita a la Dirección de Enfermería. El objetivo de esta comunicación es, por una parte, dar a conocer el contenido y el trabajo que lleva a cabo esta profesional, especialmente liderando la calidad de los cuidados de enfermería, estableciendo metodologías e indicadores de calidad que ayuden a una mejora continua del trabajo enfermero, profesionalizando a este colectivo en el marco del trabajo interdisciplinar del hospital. Por otra parte y, estrechamente unido también a la calidad de los cuidados de enfermería, se presentan los resultados de la monitorización de las úlceras por decúbito, mediante el diseño de una hoja específica de registro y la aplicación de la escala EMINA.

**P-112****REGISTROS DE ENFERMERÍA EN TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS**

M.J. Menor, J. Abruñedo, B. Rodríguez, A.I. Paz y F.J. Rodríguez  
Hospital Meixoeiro.

**Palabras clave:** Registros de enfermería.

**Introducción:** Los registros de enfermería son una herramienta básica para desarrollar nuestra labor profesional además de servir de indicadores de calidad. Representan también un respaldo legal frente a posibles demandas y facilitan la continuidad en los cuidados enfermeros.

**Objetivos:** A) implantar una hoja de registros de enfermería. B) unificar criterios por parte del personal encargado de realizar traslados, asegurando así una atención de calidad a nuestros usuarios. C) disminuir la variabilidad en las condiciones de traslados. D) elaborar un protocolo.

**Metodología:** Se organizó un grupo de trabajo formado por enfermeras/os de traslados que elaboraron una hoja modelo para el registro de enfermería de traslados interhospitalarios presentada posteriormente a la Dirección de Enfermería para su aprobación.

**Resultados:** Dado que la hoja de registros de enfermería nació este año, se recogerán todos los datos a lo largo del año 2005 para su análisis y posterior valoración.

**Conclusión:** Poseer registros de enfermería facilita la obtención de información fiable y comprensible, lo que repercute positivamente en la atención al usuario. Si monitorizamos además las No-Conformidades cometidas en los traslados tanto por parte del personal de enfermería responsable, del medio de transporte y/o del centro receptor, podremos establecer medidas correctoras. Con la implantación de este registro de enfermería en nuestro centro apostamos por una mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros usuarios.

**P-114****EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE VASCULAR A TRAVÉS DE CRITERIOS DE RESULTADO NOC**

P. Mauri, C. Pérez, C. Serrano, M. Sánchez, A. Raya y C. García  
Hospital Juan Ramón Jiménez.

**Palabras clave:** Cuidados/criterios de resultado NOC.

**Introducción:** Los cuidados enfermeros en los pacientes con patología vascular son en nuestra unidad una prioridad por la frecuencia en que atendemos estos procesos. Son pacientes que por sus características de edad y patologías asociadas tienen una alta dependencia de cuidados.

**Objetivos:** Evaluar los resultados obtenidos en el paciente mediante los criterios de resultado NOC.

**Material y método:** En una primera fase se elaboró el plan de cuidados enmarcado según las orientaciones del modelo de Virginia Henderson, utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC. El estudio es descriptivo prospectivo, donde se implantara el plan de cuidados a los pacientes con patología vascular que ingresen en la unidad en el período desde Junio a Septiembre de 2005.

**Resultados:** Se evaluarán los resultados según los criterios establecidos, marcando un NOC de referencia al alta. Igualmente se recogerán todos los datos del plan de cuidados y los informes de continuidad de cuidados emitidos.

**Conclusiones:** El contar con un plan de cuidados estándar NNN permite a la enfermera: tener una guía para poder individualizar y planificar sus cuidados sin obviar ninguna rea de importancia. Evaluar los resultados (NOC). Mejorar la continuidad de cuidados mediante la comunicación con Atención primaria a través de los informes de continuidad de cuidados, teniendo un lenguaje común. Realizar cuidados con criterios de efectividad basados en evidencia científica que le den peso a nuestras actuaciones. Realizar estudios de investigación. Y por ultimo, solo con iniciar el proceso de estandarización repercute en una mejora de la calidad de los cuidados prestados en nuestra unidad.

**P-113****PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL INFORME DE CUIDADOS AL ALTA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA**

L. Torres, A. Romero, A.J. González, M. Jiménez, C. Corral y J.J. Díaz  
Hospital Virgen de la Victoria.

**Palabras clave:** Continuidad de cuidados, ICA.

**Introducción:** En Atención Especializada (AE) se están desarrollando diferentes estrategias encaminadas a garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados a los usuarios del sistema sanitario público. Uno de los pilares para el completo desarrollo de esta actividad es el Informe de Cuidados al Alta (ICA). En nuestro centro se trabaja en esta línea desde 1998, habiendo estandarizado su formato según los criterios de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en los Cuidados de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desde febrero de 2003. Pretendemos analizar la prevalencia de los Diagnósticos de Enfermería (DE) emitidos en estos informes durante el año 2004.

**Material y métodos:** El ICA consta de los siguientes apartados: Datos socio-demográficos, Responsable de los cuidados domiciliarios, Diagnóstico Médico al alta, DE desde el ingreso, Evolución y DE al alta, recomendaciones para atención domiciliaria, observaciones e identificación del profesional que emite el informe. Se dispone también de un algoritmo que permite el seguimiento del ICA desde que se crea hasta que llega a la enfermera de atención primaria. Para conocer la prevalencia de los DE descritos en los ICA, se realiza un estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** Durante el período de estudio en nuestro centro se dieron 19615 altas hospitalarias susceptibles de ser acompañadas por un ICA, emitiéndose un total de 12215 (grado de cumplimentación: 66,3%). Se realizaron 22412 DE, siendo los más significativos los de riesgo de infección (16,3%), Dolor (9,8%), Deterioro de la movilidad física (8%), Ansiedad (7,3%), déficit de autocuidado (baño/higiene 7,2% y vestido/ arreglo 5,6%) y riesgo de deterioro de la integridad cutánea (5,5%).

**Discusión y conclusiones:** Observamos que los DE señalados en los ICA tienen mayoritariamente una orientación hacia la esfera biofisiológica. Los DE relacionados con el afrontamiento su propio proceso por parte del paciente aparecen en muy escaso número, de la misma manera que aquellos relacionados con la esfera familiar (rol del cuidador, afrontamiento familiar comprometido, etc.). Posiblemente esto sea debido al enfoque clásico del trabajo enfermero en AE. A la vista de estos resultados, estimamos que podría ser necesaria una mayor profundización en los aspectos más relacionados la valoración enfermera del paciente a la hora de la emisión del ICA.

**P-115**

**APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS COMO UN ELEMENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

M. Grau-Bergadà, M. Escrig-Mestres y J.M. Ibáñez-Romaguera  
*Fundació Hospital / Asil de Granollers.*

**Palabras clave:** Seguridad, mejora continua calidad, caídas.

La política de calidad de la Fundació Hospital/Asil de Granollers (FHAG) es el marco conceptual que establece las bases y la filosofía de la aplicación del Plan y del Programa de Calidad. Dentro del Plan de Calidad, uno de los aspectos más importantes es el de la seguridad de los pacientes. Aprender de nuestros errores, en un ámbito de mejora continua de la calidad asistencial, permitirá establecer una estrategia de prevención y sensibilización, tanto para los profesionales asistenciales como para la propia población, haciendo a la vez más eficientes los recursos hospitalarios. Se presentan en este trabajo los resultados de la monitorización de las caídas durante un período de nueve meses, así como el protocolo de prevención de caídas que se deriva del análisis de las mismas. Este protocolo ha sido elaborado por un grupo multidisciplinar.

**P-116****MEJORANDO LA COORDINACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS: ATENCIÓN HOSPITALARIA -AH- ATENCIÓN PRIMARIA -AP-**

M. Urruela, M. Maeso y M. Onandia  
*Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Palabras clave:** Coordinación, continuidad cuidados.

**Objetivo:** Aumentar el nivel de coordinación de la continuidad de cuidados (CC) entre el Hospital y la Atención Primaria de nuestra comarca de referencia.

**Metodología:** En el año 1992 Osakidetza/Svs, ante la inexistencia de canales de comunicación entre niveles asistenciales, creó el "Programa de Continuidad de Cuidados", al cual nuestro hospital se adhirió. Desde ese momento hasta la actualidad han sido múltiples los grupos y mejoras que se han llevado a cabo. En 1992 un grupo de profesionales elabora un documento basado en las necesidades de Virginia Henderson, que constaba de tres copias: una para la historia clínica, otra para AP y una tercera para el paciente. El responsable de entregar el documento en AP era el paciente. Esta sistemática evidenció que el número de CC que llegaban a la enfermera de AP era escaso. En 1998 se realizaron 3 reuniones con profesionales de enfermería de los dos ámbitos asistenciales y se decide enviar el documento por fax, además se acuerda elaborar estándares de CC de los procesos/cuidados más habituales. En el año 2000 se implanta como mejora, enviar por correo electrónico la relación de todos los pacientes que llevan CC, trimestralmente, con el fin de poder cotejar los que se envían desde AH y los que llegan a AP. También en este año profesionales del hospital participan en un proyecto FISS que tenía como objetivo "consensuar las indicaciones de enfermería que requería CC desde la AH a la AP". En el año 2002 se decide que la CC de las puérperas se envíe por correo electrónico, con lo que la información es en tiempo real. Desde el año 2003 se sistematizan las reuniones entre las responsables de las direcciones de AP y AH.

**Resultados:** Además de lo comentado en el apartado anterior, el nivel de coordinación ha mejorado de manera sustancial: año 2000: 72%; 2001: 73%; 2002: 66%; 2003: 78%; 2004: 88%. Se han planificado 3 reuniones anuales, desde el 2003, entre las responsables de ambas Direcciones.

**Conclusiones:** Por los resultados se evidencia una mejor coordinación entre los ámbitos asistenciales, lo que en principio garantiza una mejora de los cuidados, dado que la enfermera de AP va a conocer los cuidados que tiene que prestar a un paciente con tiempo de antelación. Las reuniones sistemáticas entre las responsables permiten mejoras continuas a lo largo del tiempo.

**LA INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H. U. MARQUES DE VALDECILLA**

I. Torrijos, D. Herrero, P. Gómez, R. Sarabia, P. González y M. Jiménez  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Palabras clave:** Informe de enfermería. UCIs. Continuidad de cuidad.

**Objetivos:** Proporcionar información a las personas de las unidades de hospitalización, que reciben al paciente procedente de las UCIs. Favorecer la continuidad de cuidados Satisfacer a los clientes internos.

**Método:** El Servicio de Medicina Intensiva del H.U. Marqués de Valdecilla dispone de 46 camas, con una estancia media de 4,9 días. Los pacientes generan gran volumen de documentación y tras el alta precisan continuar con la provisión de complejos y variados cuidados en la unidad de destino. Con el fin de favorecer y agilizar el conocimiento del paciente en dichas unidades, las enfermeras de UCIs realizan un Informe de Enfermería al Alta, con apartados destinados a Datos administrativos, Diagnósticos, Alergias, Constantes, Portador de dispositivos, Nivel de conciencia, Dieta, Catéteres, Drenajes, Sondas, Pruebas pendientes, Tratamiento y Plan de Cuidados. Para conocer la calidad de cumplimentación realizamos una autoevaluación, retrospectiva, aleatoria y de pacientes dados de alta en los meses enero y febrero. Los criterios de evaluación se correspondieron con el cumplimiento de cada apartado. Para conocer la satisfacción de las enfermeras de las unidades de hospitalización, se realizó una encuesta en el mes de mayo. Se enviaron a las 6 unidades que habitualmente reciben pacientes de UCIs, tantas encuestas como enfermeras de las plantillas.

**Resultados:** Autoevaluación de cumplimentación: 120 historias estudiadas. **Datos cuantitativos:** 100% informes encontrados. **Datos cualitativos:** I. Calidad global: 73,09%. Distribución por apartados. Administrativo, 84,37%. Diagnósticos, 99,2%. Alergias, 90,8%. Constantes, 70,83%. Portador de dispositivos, 54,2%. Conciencia, 94%. Dieta, 75%. Catéteres, 96,67%. Drenajes, 41,40%. Sondas, 50,83%. Pruebas, 47,5%. Tratamientos, 68,5%. Plan de cuidados, 95%. Encuesta de satisfacción: Se enviaron 83 encuestas y contestaron el 77,10%. Indican que reciben el Informe el 92,5%. Consideran el informe como documento adecuado el 93,43%. Refieren que facilita el conocimiento del estado del paciente el 85,21%. Consideran necesarios todos los datos el 98,43%. Preguntamos si creen que se puede mejorar y el 68,75% refieren que sí, concretado en mejorar las especificaciones del plan de cuidados.

**Conclusiones:** Tanto la autoevaluación del informe como el resultado de la encuesta nos ofrecen oportunidades de mejora, valiosas para conseguir objetivos ya establecidos como continuidad de cuidados y mejorar la satisfacción de las personas.

**P-117****CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN ENFERMERÍA COMO PATRIMONIO ÉTICO EN UN MARCO DE CALIDAD ASISTENCIAL**

V. Musitu y B. Arancón  
*Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.*

**Palabras clave:** Consentimientos Informados Enfermería.

**Resumen y objetivos:** La búsqueda de la excelencia en la calidad asistencial pasa por numerosas necesidades, una de las cuales es la información al paciente y familiares en tiempo y forma adecuada previo a la toma de decisiones ante su propio proceso de enfermedad. Este es el motivo por el cual se realizó un documento de CI para técnicas de enfermería que entrañan un riesgo y cuya última decisión de su puesta en marcha con sus riesgos y beneficios debidamente informados corre a cargo del paciente y/o familia.

**Métodos:** Se comentó la posibilidad de realizar dicho documento entendiéndolo como objetivo de calidad ante profesionales del propio hospital y Dirección de Enfermería. Fueron redactados dichos documentos de aquellas técnicas que enfermería lleva a cabo y que son derivadas de órdenes médicas, teniendo en cuenta además que deben ser informados pacientes y/o familia. Una vez redactado el documento se consensuó y validó por la dirección del hospital y se puso en marcha.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de dichos CI ha aumentado el grado de satisfacción de los pacientes y su autonomía en la toma de decisiones, sin detrimento de los profesionales de enfermería que además se sienten respaldados (aunque no por una mala praxis) por dichos documentos.

**P-118****MEJORANDO LA COORDINACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS: ATENCIÓN HOSPITALARIA -AH- ATENCIÓN PRIMARIA -AP-**

M. Urruela, M. Maeso y M. Onandia  
*Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Palabras clave:** Coordinación, continuidad cuidados.

**Objetivo:** Aumentar el nivel de coordinación de la continuidad de cuidados (CC) entre el Hospital y la Atención Primaria de nuestra comarca de referencia.

**Metodología:** En el año 1992 Osakidetza/Svs, ante la inexistencia de canales de comunicación entre niveles asistenciales, creó el "Programa de Continuidad de Cuidados", al cual nuestro hospital se adhirió. Desde ese momento hasta la actualidad han sido múltiples los grupos y mejoras que se han llevado a cabo. En 1992 un grupo de profesionales elabora un documento basado en las necesidades de Virginia Henderson, que constaba de tres copias: una para la historia clínica, otra para AP y una tercera para el paciente. El responsable de entregar el documento en AP era el paciente. Esta sistemática evidenció que el número de CC que llegaban a la enfermera de AP era escaso. En 1998 se realizaron 3 reuniones con profesionales de enfermería de los dos ámbitos asistenciales y se decide enviar el documento por fax, además se acuerda elaborar estándares de CC de los procesos/cuidados más habituales. En el año 2000 se implanta como mejora, enviar por correo electrónico la relación de todos los pacientes que llevan CC, trimestralmente, con el fin de poder cotejar los que se envían desde AH y los que llegan a AP. También en este año profesionales del hospital participan en un proyecto FISS que tenía como objetivo "consensuar las indicaciones de enfermería que requería CC desde la AH a la AP". En el año 2002 se decide que la CC de las puérperas se envíe por correo electrónico, con lo que la información es en tiempo real. Desde el año 2003 se sistematizan las reuniones entre las responsables de las direcciones de AP y AH.

**Resultados:** Además de lo comentado en el apartado anterior, el nivel de coordinación ha mejorado de manera sustancial: año 2000: 72%; 2001: 73%; 2002: 66%; 2003: 78%; 2004: 88%. Se han planificado 3 reuniones anuales, desde el 2003, entre las responsables de ambas Direcciones.

**Conclusiones:** Por los resultados se evidencia una mejor coordinación entre los ámbitos asistenciales, lo que en principio garantiza una mejora de los cuidados, dado que la enfermera de AP va a conocer los cuidados que tiene que prestar a un paciente con tiempo de antelación. Las reuniones sistemáticas entre las responsables permiten mejoras continuas a lo largo del tiempo.

**P-119**

**ATENCIones ESPECIALIZADAS A DOMICILIO DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA: DISEÑO DE PROCESOS ASISTENCIALES Y PROCEDIMIENTOS**

S. Mazo, S. Oronoz, R. Sáez, M. Lejarraga, C. Ramírez y B. Martínez  
Unidad de Hospitalización a Domicilio. La Rioja.

**Palabras clave:** Procesos asistenciales, Procedimientos, Enfermería.

**Introducción:** Los procesos asistenciales a domicilio no suelen incluir atenciones especializadas puntuales que requieran la intervención de grupos de enfermería o fisioterapia hospitalarios.

**Objetivos:** Analizar 6 procedimientos puntuales prevalentes de enfermería y fisioterapia desarrollados con metodología de proceso ISO 9001:2000 en nuestra Unidad.

**Material y métodos:** Se analizaron 3 procedimientos de enfermería (reserva de sangre, preparación preoperatoria quirúrgica, controles de curas complejas puntuales) y de fisioterapia (rehabilitación neurológica, electroterapia y rehabilitación posquirúrgica). En todas ellas se estimaron las necesidades de los clientes (especialistas que derivan a los pacientes, los familiares y los propios pacientes), los procedimientos empleados, y los resultados obtenidos analizados por un modelo de mejora continua. Dentro de los criterios analizados cobraron especial relevancia la satisfacción de clientes y la reducción en las estancias hospitalarias de los servicios implicados en la provisión de pacientes.

**Resultados:** Los seis procedimientos fueron diseñados siguiendo una metodología de proceso ISO y validados los indicadores que han sido analizados durante un período de seis meses. El punto clave de satisfacción de clientes fue determinado por la encuesta de satisfacción diseñada por la Unidad para cada uno de los colectivos. Además las estancias preoperatorias se vieron reducidas en un 75% y la utilización del gimnasio mejorada en 2500 sesiones anuales realizadas domiciliariamente.

**Conclusiones:** Las necesidades y satisfacción de cada uno de los clientes potenciales del proceso asistencial han permitido la estandarización de nuevos procedimientos de enfermería y fisioterapia en nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

**P-120**

**ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS RELACIONADOS CON EL PROCESO "HOSPITALIZACIÓN"**

I. Rubio, M.L. Teijeira y J.C. Rubio  
Complejo Hospitalario de Toledo.

**Palabras clave:** Estandarización, cuidados, hospitalización.

**Objetivos:** Sistematizar los cuidados enfermeros, independientes e interdependientes, dirigidos a los pacientes que ingresan en las Unidades de Hospitalización general para incorporarlos a los cuidados relacionados con el diagnóstico médico que motiva la estancia.

**Métodos:** Se revisaron y analizaron las necesidades, según el modelo de cuidados de Virginia Henderson. Se identificaron con las enfermeras que elaboran planes de cuidados estandarizados las necesidades que se presentan alteradas en el 90%-100% de los pacientes que ingresan y se interrelacionaron con los diagnósticos de la N.A.N.D.A. Se establecieron los Criterios de resultado, de acuerdo al proyecto de resultados Iowa (N.O.C.) y, posteriormente, se consensuaron con la Comisión de Planes de Cuidados las Intervenciones directas, indirectas y administrativas, según la taxonomía N.I.C.

**Resultados:** *Necesidades alteradas:* Seguridad, aprender, reposo/sueño. *Diagnósticos:* 00146. Ansiedad relacionada con la amenaza de cambio en el estado de salud y el entorno. 00126. Conocimientos deficientes relacionados con desconocimiento de los recursos para obtener información. 00095. Deterioro del patrón del sueño relacionado con factores ambientales. *Criterios de resultado:* 1402. Control de ansiedad. 1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad. 0004-Sueño. Intervenciones directas: 5240- Asesoramiento. 5820- Disminución de la ansiedad. 5380- Potenciación de la seguridad. 5602- Enseñanza- proceso de enfermedad. 7370- Planificación del alta. 6482- Manejo ambiental: confort. Intervenciones indirectas y administrativas: 7310- Cuidados de enfermería al ingreso. 6610- Identificación de riesgos. 6540- Control e infecciones. 6480- Manejo ambiental. 7920- Documentación. 8140- Informe de turnos. 8060- Transcripción de órdenes.

**Conclusiones:** Podemos afirmar que la incorporación de los cuidados relacionados con la hospitalización garantiza una atención integral al paciente/familia. La estandarización y la incorporación de códigos de acuerdo a las taxonomías internacionales: mejora los sistemas de información, facilita la evaluación de la calidad y optimiza la continuidad de cuidados.

**P-121**

**SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR LAS ENFERMERAS COMUNITARIAS DE ENLACE DEL DISTRITO SANITARIO LA VEGA**

M.T. García, C. Parejo, M.D. Artacho, A.B. González, B. Sánchez y G. Duarte  
Distrito Sanitario La Vega. Málaga.

**Palabras clave:** Investigación, domicilio, CVRS.

**Introducción:** La atención domiciliaria ha sido una práctica que, sólo recientemente se ha organizado de forma reglada y protocolizada con objeto de atender el incremento del número de personas mayores y con más necesidad de atención y mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios. Para poder dimensionar adecuadamente el sistema de atención domiciliaria actual, y en él la inclusión de la enfermera de enlace como elemento de mejora, es necesario realizar evaluaciones en este tipo de atención. Hasta ahora los estudios son poco concluyentes en cuanto al impacto y a la calidad de vida. Aunque si detectan ahorros relacionados con el gasto sanitario. El estudio de la población nos podrá evidenciar una línea de investigación encaminada a la adecuación del sistema de atención y a la evidencia de oportunidades de mejora.

**Objetivos:** Describir las características de la población incluida en el programa de atención domiciliaria desarrollado por las enfermeras comunitarias de enlace. Realizar un seguimiento de la evolución clínica de los pacientes y cuidadores incluidos en el programa a intervalos trimestrales a partir del momento de la inclusión. Analizar el grado de asociación de una serie de factores, tanto personales como de atención, con la calidad de vida de los pacientes a lo largo del tiempo.

**Metodología:** Estudio de seguimiento de cohortes de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria de las enfermeras comunitarias de enlace. Paralelamente se recogerá la información necesaria sobre el cuidador principal cuando exista. A estos pacientes se les recabarán datos de las siguientes variables de interés: clínicas, de consumo de servicio sanitario, epidemiológicas.

**Resultados:** Los resultados de este estudio son útiles para: Mejorar el desarrollo del servicio de Atención Domiciliaria. Desarrollar un sistema de información específico de Atención Domiciliaria. Mejorar el servicio de gestión de casos. Conocer las características de la población diana. Favorecer el seguimiento clínico de los pacientes incluidos en el programa.

**Conclusión:** Hasta el momento los estudios consultados no son conclusivos a la hora de evidenciar mejoras tanto en la salud como en la CVRS. Se incluye en el estudio de la utilización del COOP-WONCA como test descrito en la bibliografía con buenas características psicométricas, esperando obtener datos conclusivos acerca de CVRS. En pacientes con deterioro cognitivo moderado-severo, la medición de resultados en este parámetros se dificulta.

**P-122**

**PREVALENCIA DE ACTUACIÓN DE LOS EQUIPOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS HOSPITALARIAS**

D. Martínez-Claret, R. Cot y L. Cabré  
Hospital de Barcelona.

**Palabras clave:** Equipo emergencias medicas, hospital.

**Objetivos:** Los equipos de emergencias médicas (médicos y enfermeras intensivistas; medical emergency team-MET) han demostrado su efectividad para reducir la morbi-mortalidad de las emergencias en modelos organizativos de hospitales anglosajones. El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de este tipo de emergencias en un hospital europeo con el fin de establecer la utilidad de la implantación de los METs para la mejora continua de la calidad asistencial.

**Metodología:** *Diseño:* prospectivo, observacional y transversal con inclusión de todos los pacientes adultos ingresados durante un mes. *Tamaño de la muestra:* programa G-Stat 2.0 preestimándose en 50 casos. *Instrumentos:* Cuestionario de 20 ítems de respuesta cerrada y 5 abierta incluyendo criterios de deterioro fisiológico para activar el MET y tres ítems de respuesta abierta. *Análisis estadístico:* test de la  $\chi^2$  de hipótesis o significación y prueba de la t de Student. Resultados expresados con sus intervalos de confianza (IC95%).

**Resultados:** Se incluyeron 1.260 pacientes de los cuales 56 (4,6%, [IC95% 3,5-6,0%]) presentaron emergencias médicas. Las especialidades médicas comportaron mayor prevalencia de estos eventos que las quirúrgicas (62,7%, [IC95% 48,0-70,8%] versus 37,3% [IC95% 24,1-51,9%];  $p < 0,03$ ). La especialidad con mayor número de emergencias fue cardiología (21,5%, [IC95% 11,2-38,3%] y la que tuvo menor número fue urología (4%, [IC95% 1,9-6,9%]). La mayor parte de estos problemas ocurrieron durante el horario de noche y fin de semana (62,7%, [IC95% 48,0-75,8%]). El criterio fisiológico más observado fue el de cambios en la tensión arterial (25,4%, [IC95% 17,3-37,0%]). El 35,2% [IC95% 21,8-44,9%] de los pacientes presentaron simultáneamente dos o más criterios de empeoramiento. Todos los pacientes recibieron atención estándar sin detectarse problemas asistenciales.

**Conclusiones:** En las condiciones del estudio, la significativa prevalencia de las emergencias médicas aconseja la implantación de los METs para mejorar la seguridad clínica de los pacientes.

**P-123**

## AUTOEVALUACIÓN PARA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA) EN UNA TITULACIÓN DE ENFERMERÍA

M.J. López, P. Echevarría, I. Morales, C. García, J. Leal y M.I. Fortea

Universidad Católica San Antonio. Murcia.

**Palabras clave:** Calidad, autoevaluación, titulación enfermería.

**Introducción:** La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) está llevando a cabo un programa de Evaluación Institucional, que permite la mejora de la calidad de las enseñanzas conducentes a la obtención de títulos universitarios de carácter oficial, a través del autodiagnóstico y de la visión externa aportada por expertos. Este proceso de Evaluación Institucional es obligatorio para todas las Universidades Públicas y voluntario para las Universidades Privadas. La Universidad Católica San Antonio se incorporó a este proceso en el año 2001.

**Objetivos:** Describir el proceso de Autoevaluación que la Titulación de Enfermería de la UCAM ha desarrollado para la mejora de la calidad de la enseñanza. **Metodología:** La Titulación se evalúa a través de un comité de Autoevaluación que describe y valora su situación respecto a los criterios establecidos en la Guía de Autoevaluación desarrollada por la ANECA, identificando propuestas de mejora a partir de las cuales se elaborarán los planes de actuación que deberán ponerse en marcha una vez concluido todo el proceso. Los criterios evaluados son seis: programa formativo, organización de la enseñanza, recursos humanos, recursos materiales, proceso formativo y resultados.

**Resultados:** Análisis de la situación de la titulación tras siete años desde su inicio, cumpliendo el 90% de los criterios de los subcriterios evaluados. El total de fortalezas es superior a las debilidades que presenta la Titulación. Establecimiento de propuestas de mejora en el 52% de los subcriterios, que son competencia de la Titulación. Creación de cultura de calidad dentro de la titulación.

**Conclusiones:** Diagnóstico situacional de la Titulación tras siete años de desarrollo. El proceso de autoevaluación ha dado un balance positivo. El proceso de autoevaluación ha generado cultura de calidad en la Titulación, permitiendo el establecimiento de estrategias para la mejora continua de la calidad de la enseñanza de la profesión enfermera.

P-124

## DISEÑO VÍA CLÍNICA DE MARCAPASOS ENDOCAVITARIO

A. Moro y B. García  
Fundación Hospital de Jove.

P-126

**Palabras clave:** Diseño, vía clínica, marcapasos.

**Objetivo:** Unificar criterios de actuación y plan de cuidados en un proceso de estancia previsible y de nueva implantación en el Hospital. La Fundación Hospital de Jove es un hospital comarcal de 234 camas, tiene un contrato con el SESPA (Servicio Salud Principado de Asturias), para la realización de 20 casos de marcapasos endocavitario anuales. Se decide diseñar esta vía clínica por ser ésta la primera que se realiza en el Servicio de Cardiología. Facilitaría la familiarización del personal de Enfermería con las vías clínicas ya que abarca un pequeño nº de casos. Esta forma de trabajo satisface las necesidades tanto del personal de Enfermería y administración como del paciente.

**Método:** Elaboración del protocolo consensuado con el S. de Cardiología, que es la base de la matriz. Diseño de matriz. Encuesta de satisfacción Información del paciente. Información a los servicios implicados (Radiología, electrocardiografía, UCIN, quirófano y consultas externas).

**Resultados:** Iniciar más procesos de vías clínicas. Valorar la satisfacción en el personal y el paciente.

## EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE NECESIDADES BÁSICAS

M. Martínez y S. Lorenzo  
Fundación Hospital Alcorcón.

P-127

**Palabras clave:** Cuidados, necesidades básicas, satisfacción

En el año 2005, la Comisión de Calidad de Cuidados de nuestro centro, ha realizado la evaluación de los cuidados aplicados por personal de enfermería en las siguientes Necesidades Básicas: Movilización, Alimentación, Higiene y Eliminación (MAHE).

**Objetivo:** Evaluar la calidad de los cuidados en pacientes con limitación de su autonomía, realizados por el personal de enfermería, en las necesidades básicas MAHE. Detectar puntos fuertes y áreas de mejora.

**Metodología:** Ámbito: hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid. Estudio prospectivo y descriptivo. **Instrumento:** encuesta con preguntas y respuestas cerradas, relacionadas con los indicadores de calidad establecidos. **Período de estudio:** 9-20 de Mayo de 2005. **Sujetos a entrevistar:** Pacientes > 70 años, Familiares del paciente, Personal de enfermería responsable del paciente (DUE y AE). Los resultados de cada encuesta se cruzan con el registro de "valoración al ingreso" de historia clínica electrónica (HCE). Se informó previamente a Dirección de Enfermería, Comisión de Calidad de Cuidados, Responsables de Enfermería y unidades asistenciales. Las encuestas a pacientes/usuarios las realizaron enfermeros asistenciales, de la Comisión de Calidad de Cuidados, que trabajan en unidades diferentes a la unidad a evaluar. Los Responsables de Enfermería evaluaron los datos obtenidos con el registro de "valoración de ingreso" de la HCE. Cada enfermero tenía asignadas 10 camas. Diariamente se realizaron las encuestas a los pacientes/familiares, y al personal de enfermería.

**Resultados:** Se realizaron 124 evaluaciones. Los pacientes están satisfechos, en general, con los cuidados. Los familiares tienen un conocimiento general de los cuidados que recibe el paciente. Satisfacción general con el personal de enfermería. Elevado grado de colaboración del personal de enfermería de las unidades durante la evaluación. No hay registros en HCE donde confirmar los ítems evaluados, solo se puede registrar en los comentarios (cambio pañal,...). Higiene del cabello: se desconoce si existe una norma al respecto que establezca frecuencia de lavado de cabello. La información de cuidados básicos la facilitan AE. Acciones de mejora propuestas: Revisar el programa informático para adecuar los registros a las necesidades detectadas. Elaborar registros informáticos donde cumplimentar las actuaciones de enfermería reseñadas. Fomentar el trabajo en equipo para mantener la satisfacción del usuario en cuanto a cuidados de enfermería.

## INFORMATIZACIÓN EN LOS CUIDADOS: UNA HERRAMIENTA PARA LA CALIDAD

M.A. Turrado, P. Sánchez de Puerta, M. Sánchez y M.J. Romero  
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

**Palabras clave:** Informatización enfermería.

**Objetivo:** La planificación de cuidados es un proceso dinámico que implica una revisión continua de todas las etapas del proceso enfermero para conseguir la personalización de los cuidados y la continuidad de los mismos. En nuestro hospital contamos con 69 Planes de Cuidados estandarizados (PCE) con taxonomías NANDA, NOC, NIC, con un soporte informático en el que se desarrolla todo el proceso enfermero. El objetivo de la presente comunicación es identificar la frecuencia de uso de los Diagnósticos, Resultados e Intervenciones contenidos en los distintos PCE; lo que nos va a permitir la revisión y adecuación de dichos Planes de Cuidados.

**Metodología:** Se han realizado 3 grupos focales, uno en cada unidad, para el estudio de los Planes de Cuidados específicos de cada unidad. Los profesionales que forman estos grupos focales son los mismos que en su día elaboraron dichos Planes. Cada unidad ha revisado 2 Planes, distribuidos de la siguiente forma: La Unidad de Gestión de Cuidados de Urología y H. de Día ha revisado los NANDA, NOC y NIC de los Planes de Cuidados de RTU de Próstata y RTU de vejiga. La Unidad de Gestión de Cuidados de Oftalmología y Maxilofacial ha revisado los Planes de Cuidados de Desprendimiento de Retina y Queratoplastia. La Unidad de Gestión de Cuidados de C. General ha revisado los Planes de Cuidados de Colecistectomía laparoscópica y Neo de Colón. Los datos presentados corresponden al primer cuatrimestre del año 2005. Las variables que hemos estudiado se corresponden con los elementos contenidos en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

**Resultados:** Hemos incluido únicamente los datos referidos al uso de los diagnósticos. En el congreso será expuesto un análisis más detallado. El análisis de la información refleja, analizando respectivamente los Diagnósticos (DdE) estandarizados, los DdE con frecuencia superior al 60% y los Diagnósticos individualizados en relación con los PCE: en la RTU HBP, 3, 2 (1 con frecuencias del 57%) y 4; en la RTU vejiga, 3, 2 (1 con frecuencias del 57%) y 4; Desprendimiento de retina, 3, 3 y 1; Queratoplastia, 3, 3 y 2; Colecistectomía laparoscópica, 3, 3 y 3; Neo de colon, 4, 4 y 12; Neo de colon (con colostomía), 5, 5 y 8.

**Conclusiones:** La informatización de nuestros Planes de Cuidados exige la necesidad de ajustar los estándares para adaptarlos a las necesidades de nuestros pacientes para ofrecer unos cuidados de calidad. Los resultados demuestran un contenido bastante adecuado. Además la agilidad en los PCE permite la individualización de los mismos.

P-128

## ¿CÓMO CUIDAMOS Y QUÉ RECURSOS UTILIZAMOS?

E. Díaz Sillero, L. Ferguera, C. Trimiño, B. Ureña, F. Navajas y E. Vicente  
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

**Palabras clave:** Proceso enfermero.

Las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, los cambios sociales por los movimientos migratorios, el gradual envejecimiento de la población, el crecimiento demográfico, la biotecnología y la genética, así como el imparable desarrollo de las técnicas de comunicación e información han provocado un importante cambio social en materia sanitaria. Las instituciones se ven obligadas a adaptarse a estos nuevos tiempos y los profesionales de la salud debemos comprometernos a adoptar nuevos modelos y teorías. ¿Cómo cuidamos? Los problemas de salud no deben atenderse desde un punto de vista unidimensional, sino desde una perspectiva que englobe a la persona en toda su complejidad. ¿Qué recursos utilizamos? Cuidar desde el rol de enfermería implica tomar decisiones con humanidad, pero también con conocimientos, con metodología y con rigor científico. El Modelo conceptual nos proporciona el pensamiento filosófico. El proceso enfermero como método de resolución de problemas. Un lenguaje común (NANDA, NOC y NIC) nos facilitará la comunicación, comparación, discusión e investigación. Gestión de casos es una coordinación, negociación, obtención y planificación de servicios y recursos necesarios para los usuarios. Enfermera de enlace contribuye en la continuidad de los cuidados evitando que el paciente sufra la fragmentación de los servicios. Enfermería Primaria es al mismo tiempo, filosofía de cuidados y diseño organizativo distinto al tradicional. Enfermera de Referencia responsable de la dirección y coordinación de los cuidados de un grupo de enfermos durante su hospitalización y de utilizar los canales para que continúen al alta hospitalaria. Plan de cuidados en un programa informático nos permite recoger en una base de datos la práctica enfermera. Excelente recurso para la investigación en los cuidados enfermeros. Informe de continuidad de cuidados es un instrumento que nos ayuda en el registro y seguimiento de los cuidados. Calidad de los cuidados enfermeros no es una sobrecarga, si no una disciplina que nos ayuda a medir nuestras actuaciones para mejorárlas.

**Conclusiones:** Las enfermeras como profesionales con identidad propia, tenemos que asumir la responsabilidad de hacer un uso adecuado de los recursos enfermeros que nos permiten adaptarnos a las distintas situaciones. Los cuidados de enfermería deben centrarse en las demandas, necesidades y expectativas de los pacientes y la familia con el fin de proporcionar una asistencia de Calidad real y percibida.

P-129

## PROBLEMAS E INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS INTERNIVELES

M.J. Medina, J. Toro, M.C. Bravo, M.I. Gómez y M.M. Benítez  
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

**Palabras clave:** Continuidad de cuidados.

**Objetivos:** La Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados de la Comunidad Andaluza proponía como eje de la actividad de las enfermeras de Atención Especializada, para el año 2004, responder al objetivo de personalización y continuidad de cuidados. Convencidos de su necesidad, a lo largo de este pasado año se han llevado a cabo importantes medidas para potenciar la cantidad y la calidad de los Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) emitidos. El presente estudio describe los primeros datos - referidos a este aspecto - extraídos de la explotación de los sistemas de información del nuevo módulo de cuidados.

**Métodos:** *Tipo de diseño:* descriptivo. *Sujetos de estudio:* enfermos hospitalizados en el H. U. Reina Sofía en los primeros cuatro meses de 2005. *Recogida de datos:* Información contenida en los Informes de Continuidad de Cuidados y Resúmenes de Cuidados. *Análisis de datos:* estadística descriptiva univariante, básicamente frecuencias, extraída del módulo de sistemas de información de cuidados.

**Resultados:** Los datos reflejan un aumento de los ICC emitidos, siendo su evolución de enero a abril, de 42,7, 49,2, 52,9, 56,2. Los diagnósticos enfermeros recogidos han sido, Ansiedad con un 16,99%, Disposición para mejorar los conocimientos, 16,93%; Deterioro de la movilidad física, 15,41%; Conocimientos deficientes, 13,74%; Riesgo de infección, 13,15%; Riesgo de estréñimiento, 5,56%; Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 3,70%; Riesgo de caídas, 3,65%; Intolerancia a la actividad, 3,89%; Afrontamiento familiar comprometido, 2,68%; Deterioro del patrón del sueño, 2,16%; Riesgo de intolerancia a la actividad, 2,14%.

**Conclusiones:** A pesar del escaso tiempo transcurrido desde la puesta en marcha del nuevo módulo informático para la planificación de cuidados, se puede comprobar un incremento progresivo de los índices de realización (facilidad, aceptabilidad, etc). En cuanto al contenido de los mismos, los datos dejan ver la concentración de un alto número de casos en unos pocos diagnósticos (que se repiten), lo que se traduce en la posibilidad de plantear estrategias concretas con gran impacto.

P-130

## IMPLANTACIÓN DEL MÓDULO DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN DE ONCOLOGÍA Y CIRUGÍA

M. Corredor, L. Pérez, A. Quintero y M. Moreno  
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

**Palabras clave:** Proceso enfermero.

**Objetivo:** Las enfermeras de la Comunidad Autónoma Andaluza estamos presenciando tres cuestiones claves: 1) el desarrollo de la historia de salud digital del ciudadano -DIRAYA-; 2) la evolución de la práctica enfermera; y 3) el desarrollo de los sistemas de lenguaje enfermero. Responder a ellas es fundamental. Así lo creemos las enfermeras del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y por ello hemos apostado por el uso de una herramienta informática innovadora y actual. El objetivo de la presente comunicación es identificar el índice de utilización del nuevo módulo de cuidados; diferenciando el número de Valoraciones Iniciales de Enfermería realizadas, el número de planes de cuidados aplicados y el número de Informes de Continuidad de Cuidados emitidos, en los tres primeros meses desde la puesta en marcha del programa en la Unidad.

**Metodología:** *Tipo de estudio:* descriptivo. *Sujetos de estudio:* Personas hospitalizadas en la unidad de cirugía plástica y oncología del Hospital Universitario Reina Sofía. *Variables:* Se identificarán como variables de estudio determinadas acciones identificativas de la realización del proceso enfermero: Valoración Inicial de Enfermería, Plan de Cuidados e Informe de Cuidados al Alta. *Período de estudio:* tres meses, de marzo-2005 á Mayo-2005. El análisis estadístico ha consistido únicamente en el cálculo de las frecuencias de cada actividad.

**Resultados:** Pacientes ingresados, 379; pacientes incluidos en el módulo cuidados, 47,7%; valoración inicial, 42,8%; plan cuidados aplicado, 47,2%; plan individualizado, 100%; asignación de enfermera responsable, 63,1%; inf. continuidad cuidados emitidos, 68,9%.

**Conclusiones:** Hemos conseguido que el proceso enfermero se lleve a cabo de una forma completa con el nuevo Módulo informático de Cuidados, con un aumento en habilidades y capacidades para elaborar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados individualizados, aplicando criterios de calidad, con una visión continuada e integral del proceso. Nuestro estudio seguirá ampliándose hasta fecha de Congreso.

P-131

**Palabras clave:** Competencias, bloque quirúrgico.  
**Introducción:** Siguiendo los objetivos del Plan de Calidad del SSPA y paralelamente en la línea de gestión y desarrollo de personas en nuestro Hospital, en la que existe el propósito de ir definiendo el perfil competencial de los distintos profesionales de las unidades, queremos responder a una cuestión ¿Qué capacidades son las necesarias, para que un profesional pueda producir los resultados deseados y lograr los objetivos de nuestra organización?.

**Objetivos:** Diseño del Mapa de competencias de la enfermera/o del bloque quirúrgico del HUPM. Definir cada competencia, categorizarlas en deseables (D) o imprescindibles (I), priorizarlas según su importancia. y como último paso, identificar los indicadores de conducta.

**Material y método:** Se inician a partir de un mapa tipo de la misma categoría añadiéndole competencias relacionadas con la unidad organizativa. Las técnicas para la elección de las competencias fueron la lluvia de ideas y las técnicas de consenso, y como herramientas se utilizaron los mapas de los distintos Procesos Asistenciales Integrados y el glosario de competencias del SSPA. El proceso se desarrolló en cuatro fases: constitución del grupo de trabajo, recogida de información-revisión, aprobación de competencias e identificación de indicadores.

**Resultados:** Mapa de competencias acorde con el objetivo planteado, donde encontramos competencias afines con nuestra organización y otras específicas de la unidad organizativa.

**Conclusiones:** Disponer del mapa de competencias, permite dar respuesta a la pregunta inicial, elaborar un plan de desarrollo para los profesionales y dirigirlos hacia la excelencia.

**Palabras clave:** Competencias profesionales, Gestión clínica.  
**Introducción:** La Unidad de Gestión Clínica Unidad de Continuidad Asistencial, es una unidad de Medicina Interna del Área Hospitalaria de Valme, en Sevilla, que atiende básicamente a enfermos pluripatológicos. Desde su inicio (Marzo 2002) hemos trabajado y desarrollado el modelo de competencias profesionales. Esta formada por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, administrativo y trabajador social.

**Objetivo:** Revisar la situación actual del modelo de competencias en una Unidad de gestión clínica y la aceptación de estas por los profesionales de la Unidad.

**Material y métodos:** Un grupo de trabajo de la unidad ha desarrollado con la jefatura de la Unidad las competencias profesionales para cada estamento. Se ha realizado un Curso de formación para todo el personal para dar a conocer el modelo. Por último se ha realizado una encuesta dirigida a todo el personal sobre su valoración subjetiva frente a las competencias profesionales propuestas.

**Resultados:** Han participado en el curso de formación un tercio de los profesionales de la Unidad. Durante el curso de han revisado las competencias de la auxiliar de enfermería, como práctica del modelo. Se han recogido un más 60% de las encuestas entregadas. Valorando las competencias de 1 a 4 llama la atención que tanto auxiliares como enfermeras la alta ponderación, próximo a la excelencia de las habilidades y actitudes. Respecto al área de conocimiento para las auxiliares de enfermería destaca el déficit en informática e inglés y para las enfermeras los déficit en diagnósticos de enfermería y técnicas de comunicación. En los médicos y celadores el número de encuestas recibidas es escaso y la variabilidad muy importante. Se han realizado aportaciones y críticas al modelo. Comentarios La gestión por competencias es un modelo de gestión del personal bien aceptado por los profesionales. Es un sistema que permite descubrir opciones de mejora. La formación continuada debe estar orientada a mejorar las carencias comprobadas.

**Palabras clave:** Efectos adversos; guía de cribado.

**Introducción:** El Ministerio de Sanidad y Consumo ha promovido el desarrollo de un estudio nacional para conocer los efectos adversos ligados a la asistencia.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es estudiar la concordancia interevaluadores, para detectar posibles efectos adversos, en la aplicación de la Guía de cribado del Proyecto IDEA, como indicador de fiabilidad de que dicho cribado es eficaz.

**Métodos:** La Guía de cribado consta de 19 criterios que permiten detectar posibles efectos adversos. Esta guía es aplicada por personal de enfermería. Para evaluar la concordancia interevaluadores se revisaron 30 historias, seleccionadas aleatoriamente, de pacientes ingresados durante 2004 en el Hospital de Navarra, a las que se aplicó la guía. Para la comparación evaluaron las historias dos enfermeras y un médico. Para el análisis de los datos se ha utilizado el estadístico Kappa para 3 evaluadores del programa Epidat 3.0.

**Resultados:** El valor de kappa fue 0,69 (IC:0,47-0,93) Las variables de desacuerdo fueron: criterio 19 (Cualquier tipo de infección nosocomial) en 4 ocasiones, criterio 17 (Algún otro efecto adverso: complicación o efecto adverso evidente y que no cabe en ninguna de las categorías anteriores) en 2 ocasiones, los criterios 5 (Fiebre > 38,3º el día antes del alta), 9: (Lesión tras procedimiento invasivo) y 16 (Algún daño o complicación relacionado con cirugía ambulatoria) en 1 ocasión cada uno de ellos.

**Conclusiones:** El grado de acuerdo encontrado se considera bueno, lo que garantiza la fiabilidad en la detección de casos positivos y mejora la eficiencia para la revisión del formulario MRF2. Se hizo necesario debatir exhaustivamente el alcance de los criterios 17 y 19 posiblemente los más abiertos de la Guía, y en su aplicación rutinaria precisarán una atención especial.

**Palabras clave:** Dolor, profesional, comunicación.

**Objetivos:** El dolor es un síntoma con una elevada prevalencia en los hospitales puede ser prevenido y disminuido. En el IMAS de Barcelona (Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza) la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor tiene como objetivo mejorar la calidad asistencial y se planteó conocer el comportamiento de los profesionales sanitarios en relación al dolor de los pacientes y el grado de información-comunicación que éstos reciben antes de iniciar medidas terapéuticas la dada la percepción de un mal control.

**Material y métodos:** Se realizó un cuestionario autoadministrado a una muestra aleatoria y estratificada por categorías y áreas de 264 profesionales: 116 médicos TS y 148 enfermeras TM, 182 del área médica AM y 82 del área quirúrgica AQ, todos ellos con mas de dos años de contrato en la Institución. Las preguntas: ¿Se da información escrita sobre aspectos relacionados con el dolor?, ¿Se da información no escrita sobre aspectos relacionados con el dolor?, ¿En la atención se promueve el control del dolor? y ¿Se ha recibido formación sobre como abordar el dolor en los enfermos?

**Resultados:** Respondió un 53% de los TS y un 63% de los TM, similar en las dos áreas. Un 20% dan información escrita, bastante homogénea según categorías y muy heterogéneas según áreas (un 45% en AQ y un 8% en AM). La información verbal se da en un 70%, muy parejas en las dos categorías y en las dos áreas. La promoción del control del dolor es afirmativa en un 87% en ambas categorías y áreas, siendo la categoría de TM la más dispar (90% en AQ y 66% en AM). Un 50% reconocen una formación insuficiente en el manejo del paciente con dolor, en AM supera el 60%.

**Discusión:** Se constata una baja respuesta y una mayor homogeneidad entre categorías que entre áreas. Un alto porcentaje de respuestas afirmativas relacionadas con la transmisión oral y la responsabilidad de promover aspectos relacionados con el dolor en los enfermos ingresados, en contraposición a la escasa información escrita que estos reciben especialmente en las áreas médicas. Respecto a la formación, los profesionales del AQ manifiestan un nivel superior de conocimiento respecto a los del AM debido a la implantación en los últimos dos años de un programa de manejo del dolor postoperatorio. Recomendamos la elaboración de información escrita y que la entrega de la misma quede recogida en la trayectoria clínica del paciente, así como ampliar el nivel de formación en el manejo del dolor a todos los profesionales, especialmente a los del AM.

## IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN

A. Tomás, A. Rodríguez, C. Miranda y J.L. Jiménez  
Hosp. Gral. Univ. Reina Sofía. Murcia.

**Palabras clave:** Contratos Gestión Enfermería.

**Introducción:** La introducción y posterior desarrollo de los contratos de gestión busca esta unión entre gestores y personal asistencial en la consecución de objetivos comunes. En la Fundación Hospital de Cieza hemos dado un paso más allá, introduciendo contratos de gestión con objetivos específicos para cada Unidad de Enfermería, en algunos casos son los mismos que se proponen para el personal facultativo. En estos objetivos se hace especial hincapié en aspectos relacionados con la calidad de la asistencia, la correcta gestión de los recursos materiales, prestando especial atención a la protocolización y normalización de los cuidados enfermeros.

**Material y métodos:** Se valoran objetivos que incluyen tanto la adecuación y cumplimiento en los registros de enfermería como valoración inicial, gráfica de enfermería, informe de continuidad de cuidados, seguimiento de planes de cuidados dentro de vías clínicas, etc. Asimismo se valora la aplicación de protocolos de actuación, así como la implantación de otros nuevos. Común a todos los servicios se evalúa el grado de cumplimiento de pactos de almacén, hostelería y farmacia. En algunos servicios se propone la realización de al menos un ciclo de mejora continua de la calidad asistencial y se valora la comunicación e implicación de los profesionales en aspectos como la asistencia a reuniones de equipo y la realización de sesiones de enfermería. Se propusieron indicadores para medir el grado de cumplimiento de los objetivos. La evaluación se realizó en los meses de junio y diciembre de 2004, participando la Dirección de Enfermería, los Supervisores de Unidad y la Responsable de Calidad del hospital. La figura 1 muestra la propuesta de las unidades de Urgencias, Unidad de Hospitalización quirúrgica y de la Unidad de Hospitalización Médica.

**Resultados:** Los porcentajes de cumplimiento de objetivos en las dos evaluaciones muestran valores que oscilan entre el 75% y el 100%. En cada evaluación se le informa al supervisor de enfermería y al equipo de los resultados obtenidos. Los resultados mejoran en el segundo semestre del año.

**Conclusión:** La participación del personal de enfermería tanto en la propuesta, como en la realización y evaluación de objetivos de calidad mejoran los resultados obtenidos por Dirección del hospital, así como la calidad de asistencia y de cuidados prestados a los pacientes.

P-136

## DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS A TRAVÉS DE CUESTIONARIO BASADO EN COMPETENCIAS PROFESIONALES

C. García  
Hospital Juan Ramón Jiménez.

**Palabras clave:** Formación/Competencias.

**Introducción:** La detección de necesidades formativas es el primer paso para la realización de un buen plan de formación. Una de las principales fuentes debe ser el propio profesional puesto que "Nadie puede identificar necesidades de formación mejor que quienes están viviendo su propia realidad de trabajo".

**Metodología:** Se ha utilizado un cuestionario para la detección de necesidades basado en las competencias profesionales de conocimiento, habilidades y actitud. El cuestionario se ha distribuido entre todas las unidades de enfermería y a todas las categorías a través de sus mandos intermedios.

**Resultados:** Se han recogido 535 cuestionarios de un total de 1164 profesionales de plantilla. El total de necesidades aportadas han sido de 1269, 495 (39%) de conocimientos, 353 (28%) de habilidades y 421 (33%) de Actitud. Las mas priorizadas han sido en conocimientos: Metodología enfermera, Cuidados en diferentes procesos.

*En habilidades:* RCP y técnicas y procedimientos.

*En Actitudes:* Afrontamiento al estrés, Trabajo en equipo, habilidades sociales y comunicación. La realización de esta detección de necesidades, junto con las necesidades de la organización, nos ha permitido elaborar el plan de formación consensuado y real, que mejore el desarrollo profesional y la calidad de los cuidados que se prestan al usuario.

P-137

## ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS DE HABILIDADES RELACIONALES Y LIDERAZGO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES EN SITUACIÓN CRÍTICA

J. Chaves, A. González, D. Aguilar, J. Vázquez, M. Santos y G. Vázquez  
Fundación IAVANTE.

**Palabras clave:** Competencias, Simulación, Entrenamiento.

**Introducción:** El Sistema Sanitario Público demanda nuevas competencias que van más allá de las habilidades técnicas en la práctica clínica; partiendo de esta premisa, hemos incorporado la simulación en el proceso de aprendizaje de profesionales sanitarios, para que -creando un sistema artificial que reproduzca la realidad- puedan abordarse situaciones complejas que permitan el entrenamiento tanto en ejecución técnica como en la manifestación de conductas ajustadas.

**Objetivo:** Diseñar acciones formativas en el contexto de la atención a pacientes críticos, que permitan, además del entrenamiento técnico, el entrenamiento de competencias de habilidades de relación y liderazgo.

**Método:** Un grupo multidisciplinar ha trabajado los dominios: 1. Análisis de metodologías didácticas y de cómo éstas se asocian a la simulación en el ámbito de las competencias de los profesionales que atienden pacientes críticos. 2. Desarrollo de nuevas estrategias didácticas, que fijen los criterios que permiten organizar los contenidos científicos y las actividades para alcanzar los objetivos pedagógicos. 3. Especificación de recursos y herramientas didácticas. 4. Identificación de las competencias a entrenar.

**Resultados:** Partiendo de estos estudios preliminares, hemos desarrollado: A) Metodologías Didácticas Innovadoras de Simulación (MDIS) que permiten llevar al alumno a un ambiente realista y enfrentarlo a situaciones complejas análogas a la actividad asistencial sin daño a pacientes. B) Escenarios clínicos de situaciones críticas -según proceso asistencial- que pueden repetirse: lo que posibilita entrenar en la resolución de situaciones no previstas y acortar el tiempo de entrenamiento. C) Metodología de revisión exhaustiva y debate sobre la simulación: análisis de competencias, metodología del análisis, participación y utilización de vídeo. D) Caracterización de nuevas responsabilidades docentes. E) Diseño de acciones formativas empleando robots avanzados y herramientas didácticas de dramatización, con una escenografía completa y veraz, y sesiones de análisis soportadas por vídeo. F) Puesta en marcha, tras validación, de estas acciones formativas.

**Conclusiones:** Las acciones formativas en la atención a pacientes críticos que utilizan MDIS facilitan, además del entrenamiento técnico, que el profesional identifique su propio déficit en el campo de competencias de habilidades de relación y liderazgo, permitiéndole que adquiera estas competencias o que explore potenciales soluciones para las carencias encontradas.

P-138

## CAPACITARNOS PARA LA EXCELENCIA

P. Herrera, A.R. Díaz, M. Rodríguez, Z. Gancedo, M.A. Moreno y J.A. Gallego  
Hospital Sierrallana.

**Palabras clave:** Competencias. Capacitación. Enfermería.

**Objetivos:** Capacitar al personal de enfermería en competencias básicas en el Hospital Sierrallana.

**Metodología:** Queremos alcanzar altos niveles de eficiencia, ser los mejores, mediante el uso adecuado de los recursos, el desarrollo profesional y tecnológico, logrando un alto grado de satisfacción en nuestros clientes, en la sociedad y en las personas que aquí trabajan. Las competencias profesionales definen el ejercicio eficaz de las capacidades que permiten el desempeño de una ocupación respecto a los niveles requeridos en el trabajo. En esta línea durante los 2 últimos años, se ha incluido en los Programas de Formación Continuada un bloque de actividades formativas de capacitación básica para el personal de enfermería. Se han seleccionado aspectos clave relacionados con la seguridad clínica de pacientes, Movilización, Inserción y Mantenimiento de Catéteres Venosos, Resucitación Cardiopulmonar, Prevención y Cuidados Locales de UPP, y otro relacionado con el aplicativo informático de Gestión de Cuidados existente en el Hospital. Se han diseñado talleres específicos para cada una de dichos aspectos, formando en cada uno de ellos a una persona para el desarrollo de los mismos. Inicialmente se realizan tantos Talleres como fueran necesarios para alcanzar al 100% de los profesionales, actividad que se repetirá cada dos años, y posteriormente se programa un Taller mensual para las nuevas incorporaciones. El desarrollo de los Talleres ha ido relacionado cronológicamente con la implantación de nuevos procesos de actuación, o la revisión de otros ya existentes. Con el fin de facilitar la accesibilidad la inscripción se realiza de manera electrónica. Todos los Talleres se desarrollan dentro de la Jornada laboral.

**Resultados:** Se han diseñado 5 modelos de Talleres. Hasta la fecha se han realizado 7 Talleres de Movilización con 115 asistentes, 41 de Inserción y Mantenimiento de Catéteres Venosos con 181 participantes, 5 de Resucitación Cardiopulmonar con 50 alumnos y 33 del Aplicativo Informático con 41 participantes. Los participantes valoran de media con un 9,4 sobre 10 el interés de la actividad, con un 8,86 la utilidad y con 7,86 el interés en repetirlo.

**Conclusiones:** La formación garantiza personas con las competencias profesionales que requiere la organización. Las competencias definidas en una organización deben estar dirigidas a la consecución de la excelencia.

P-139

## LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO Y LAS COMPETENCIAS QUE DEBEN ADQUIRIR PREVIAMENTE A SU INCORPORACIÓN A LOS EQUIPO

G. Vázquez-Mata, J. Roca-Guiseris, P. Navarrete-Navarro, M. Rodríguez-Elvira, F. Pino-Sánchez y F. Manzano-Manzano  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

P-140

**Palabras clave:** Competencias - Mir – urgencias.

**Introducción:** Los MIR de primer año, indistintamente de su especialidad, suelen centralizar sus guardias en los servicios de urgencias. La idea subyacente predominante ha sido que los servicios de urgencias constituyan un lugar adecuado para adquirir determinadas habilidades y conocimientos, indistintamente de los riesgos que este enfoque podía suponer tanto para el paciente como para el propio médico residente. Los nuevas enfoques profesionales centrados en competencias, las técnicas de entrenamiento basadas en la simulación escénica, y la necesidad imperiosa de aumentar la seguridad a los pacientes, aconseja a reconducir este proceso docente. El objetivo de este trabajo ha sido detectar las competencias necesarias, los campos en las que se deben de desarrollar, y la metodología para adquirirlas. Durante este primer año de guardias.

**Material y método:** El estudio se ha realizado por un grupo de médicos del Servicio de Críticos y Urgencias de un Hospital Universitario Andaluz, asesorados por la Fundación IAVANTE. Este grupo ha entrevistado a informadores clave, revisado la evidencia científica, analizado los historiales de 150 pacientes visitados en urgencias por residentes de primer año y finalmente mediante la técnica de grupo nominal han identificado y priorizado las competencias y metodologías de entrenamiento.

**Resultados:** 1. Se identificaron 7 competencias: Procede con los principios de la bioética. Actúa según el marco legal vigente. Conoce el alcance de sus capacidades. Emite juicios argumentados. Reflexiona en la acción y sobre la acción. Mantiene una actitud crítica. Se relaciona adecuadamente. 2. Se identificaron los escenarios en los que el médico residente de primer año desarrolla su actividad y los dominios en los que debe de capacitarse: Consulta de Catalogación de pacientes según su riesgo, consultas asistenciales de pacientes de bajo riesgo, y dentro de cada bloque los motivos de consulta predominantes, destacando el dolor en todas sus variantes, fiebre, y disnea, y procesos menores como otalgias, enrojecimiento ocular o epistaxis. Paralelamente se identificaron un conjunto de habilidades básicas. 3. El equipo de trabajo seleccionó la metodología basada en la simulación escénica con actores, acompañadas de mecanismo de feedback autorreflexión, y evaluación, para adquirir las destrezas básicas Comentario Nuestro trabajo evidencia la posibilidad de un nuevo enfoque en el entrenamiento profesional centrado en mejorar la seguridad de los pacientes.

## RELATO DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS ALUMNOS DEL III DIPLOMA – EXPERTO UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN ESTRÁTÉGICA DE PROFESIONALES SANITARIOS E.A.S.P.

A. Cazenave, A. Rodríguez y J. Rubio  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

P-141

**Palabras clave:** Formación. Competencia. Participación.

**Introducción:** El aprendizaje, objetivo básico para la realización de una acción formativa, como medio para obtener una herramienta de ayuda para la gestión de profesionales sanitarios. Las variables edad, puesto de trabajo, formación académica, de los participantes han dado valor añadido a la formación de todos los alumnos del curso.

**Objetivos:** Identificar los contenidos formativos que tuvieron un mayor impacto en el aprendizaje de los alumnos. Identificar qué aspectos, al margen de la acción formativa estricta, han dado valor al aprendizaje de los participantes.

**Método:** Análisis descriptivo de las variables edad, sexo, puesto de trabajo y titulación académica de los participantes. Análisis de las experiencias "vividas" por los alumnos, recogidas a partir de una cuestionario con preguntas abiertas, en torno a los siguientes aspectos: a) Percepción de contenidos con mayor impacto en la formación individual, b) Percepción de características del grupo de participantes y de la organización que realizó la acción formativa, que han representado un valor añadido en el aprendizaje, y de los que no se tenían expectativas inicialmente.

**Resultados:** a) El Diploma ha supuesto la adquisición de nuevas claves para la dirección de profesionales. b) La diversidad de características de los participantes en relación al puesto de trabajo y la titulación académica han incidido notablemente en el aprendizaje. c) La acción formativa ha supuesto el establecimiento de un grupo cohesionado, con importantes lazos afectivos, útiles para el intercambio fluido de conocimientos y estrategias de gestión. d) Que ha habido una serie de mensajes que han impactado a un número elevado de alumnos. e) Que parte de los conocimientos van a ser claves para nuestro andar por la vida y aplicables al terreno extra-profesional.

**Conclusiones:** 1. La formación es un elemento importante para la motivación de los profesionales. 2. En el aprendizaje interviene, no solo las variables asociadas a la calidad de la acción formativa (contenidos, estructura, docentes, etc.), si no las características y cualidades de los participantes, el escenario en el que se desarrolla y el grado e interacción generada entre los participantes. 3. La magia del respeto y la afectividad hace que todos los participantes se expresen de forma espontánea contribuyendo esto a compartir todas las experiencias que enriquecen la formación.

## COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA ATENDER AL PACIENTE CRÍTICO

J. Roca-Guiseris, J.M. Pérez-Villares, L. Alarcón-Martínez, A. Tello-Ochoa, L. Cabré-Pericas y G. Vázquez-Mata  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

P-142

**Palabras clave:** Competencias profesionales, Paciente crítico.

**Objetivo:** Diseñar los Mapas de Competencias "MC" de referencia para los profesionales que atienden al paciente crítico.

**Métodos:** La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) con el apoyo metodológico de la Fundación IAVANTE realizaron un plan de trabajo con las siguientes fases de proyecto: 1. Identificación de los Equipos de diseño 2. Diseño de los MC: Reuniones presenciales con un metodólogo de la F. IAVANTE y el equipo de diseño, así como revisión de la Literatura e intercambio de propuestas interreuniones vía e-mail. Los MC se enviaron a un panel de expertos de SEMICYUC y del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias para su validación. 3. Revisión y difusión.

**Resultados:** 1. El equipo de diseño lo compusieron 7 profesionales médicos que participan a lo largo del proceso asistencial (1 Especialista en Medicina Intensiva "EMI" Coordinador de Programa Sectorial de Urgencias, 1 EMI de UCI, 1 EMI de Urgencias Hospitalarias "UH", 2 Médicos de Familia "MF" de UH, 1 MF del O61, 1 MF de Urgencias de Primaria. 2. El MC para la atención al paciente crítico se estructura de la siguiente forma: 2.1.- Conocimientos (Asistencial, Gestión, Investigación, Calidad, Formación y Docencia, Ética y Aspectos Legales). Todo ello en función de dos niveles de alcance: 1) un primer abordaje del paciente crítico y 2) un segundo abordaje donde tras la estabilización se promueve su recuperación. 2.2.- Habilidades (Comunes, Específicas y Relacionales) 2.3.- Actitudes Así mismo se plantean tres niveles de desarrollo (Junior, Experto y Excelente). D: deseable, I: imprescindible.

**Conclusiones:** 1) Los MC pueden facilitar la descripción para puestos de trabajo de profesionales que atienden pacientes críticos. 2) Permiten identificar las necesidades formativas de los profesionales. 3) Pueden facilitar el desarrollo de la carrera profesional.

## DETECCIÓN DE ESTANCIAS INADECUADAS EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

J. Orbegozo, E. Zavala, I. Garmendia, M. Ispizua y A. Orube  
Hospital Donostia.

P-143

**Palabras clave:** Inadecuación, Estancias, Radioterapia.

**Objetivos:** Conocer la proporción de estancias inadecuadas en los pacientes ingresados en la unidad de Oncología Radioterápica de nuestro hospital. Estimar las causas de inadecuación de las estancias. Calcular el número de días de estancia transcurridos entre la estancia inadecuada y el alta hospitalaria.

**Métodología:** Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes ingresados en Oncología Radioterápica durante 1 mes, utilizando AdeQuhos Variables: Identificación del paciente, GRD, ICD-9Día de la semana y de estancia, criterio de adecuación, causa de inadecuación. Fuentes: CMBD. Historias Clínicas Análisis de datos: estimación puntual y por intervalos. Influencia de variables en la inadecuación de la estancia (Test Fisher). SPSS para codificación automática y tratamiento estadístico.

**Resultados:** Se revisaron 144 estancias de 21 pacientes. El 74,4% fueron adecuadas y el 25,6% inadecuadas. Ninguna de las variables estudiadas, influyó en la inadecuación. Criterios de adecuación: El 87,9%, cumplía un solo criterio de adecuación. Se utilizaron criterios extraordinarios únicamente en 9 casos (6,25%). El criterio de adecuación más frecuente fue la necesidad de terapéutica parenteral. Causas de inadecuación: Las causa más frecuentes que suponen el 75% de inadecuación fueron por orden de importancia: problemas con paciente y familias, falta de cuidados alternativos (cuidados paliativos) y pauta médica excesivamente conservadora.

**Conclusiones y planes de mejora:** Los porcentajes de inadecuación, son similares a los encontrados en la literatura. Al igual que en otros estudios, ninguna de las variables parece influir en la inadecuación de la estancia, siendo la necesidad de terapéutica intravenosa el criterio de adecuación más frecuente. A diferencia con otros servicios estudiados, no aparece la realización de pruebas complementarias como principal causa de inadecuación. A la vista de los resultados obtenidos se plantean diversas acciones de mejora como: Implantar cuidados alternativos. Agilizar los traslados a media y larga estancia. Pactar criterios de ingreso con el servicio de urgencias generales así como la citación rápida en consultas externas. Crear la figura de médico "responsable del caso" de todo el proceso oncológico. Establecer apoyos psicológicos para paliar la presión social de la enfermedad.

## LOGÍSTICA INTERNA ORIENTADA AL PROCESO ASISTENCIAL: UNA EXPERIENCIA DE MEJORA CONTINUA

J.A. Davín y S. García

Hospital Universitario de Puerto Real.

**Palabras clave:** Optimización, Recursos, Tiempo.

La calidad total en el proceso asistencial no solo está condicionada por unas "manos expertas" y un "buen trato", etc. En la calidad percibida por el usuario va a influir, como no, cada uno de los servicios prestados en el Hospital. El servicio al paciente no puede ser bueno, si el aprovisionamiento falla. El paciente debe tener el material necesario para su tratamiento en tiempo y forma adecuada. Un problema común en los hospitales es que cuando la mercancía sale del almacén gral. Se da por consumida en este y pasa a ser responsabilidad del Supervisor. Estos gestionan el material en planta, realizan pedidos, etc. De esta forma existen muchos pequeños almacenes en el hospital, donde se desconoce el volumen de existencias totales y por supuesto el consumo, se producen caducidades de material, se acopia material, los pedidos urgentes son casi tan frecuentes como los ordinarios. Y lo que es aún más importante, se resta tiempo para los cuidados a los pacientes.

**Objetivo:** Relevar a la enfermería de este papel y que de ello se encargue el servicio de suministros. Cuando un paciente necesite un material la enfermera tiene que tenerlo disponible en su almacén, en la cantidad y en las condiciones óptimas.

**Método:** En la aplicación informática del almacén gral, se incluyen los almacenes de planta como partes del mismo, de forma que cualquier consumo se contabiliza en el de planta y por tanto computa en las existencias totales. Con los supervisores se consensuan los catálogos de productos, los stocks máximos y mínimos y la periodicidad en la reposición. Cuando ya se montan los almacenes con los productos y stocks pactados, son gestionados por celadores del almacén. Utilizando un lápiz óptico, vuelcan la información de las plantas a la aplicación, generando así los pedidos, que ellos mismos preparan y colocan.

**Resultado:** El equipo de enfermería se ha liberado del almacén. Ahora solo tienen que dedicarse a los pacientes y siempre que tienen necesidad de un producto saben que en su almacén lo encontrarán. El trabajo de almacén gral. También ha mejorado, ya que han desaparecido todos los pedidos urgentes. Ahora se puede planificar. Los importes y el número de productos en las plantas han descendido. El gasto por estancia de los servicios, ha disminuido más del 30%.

**Conclusiones:** Hemos ido mucho más allá de lo que esperábamos. Pretendíamos satisfacción para pacientes y equipo de enfermería y racionalización de la compra, almacenamiento y distribución y hemos conseguido, además unos sustanciosos ahorros globales del 27,54%. Hemos cerrado el círculo de calidad.

P-144

P-146

## LA VOZ DEL CLIENTE COMO INDICADOR EN LA PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN

F. Mellado, M. Gassó y s. Bigatá

Sistema de emergencias médicas.061.

**Palabras clave:** cliente/priorización/mejoras

**Introducción:** El Sistema d'Emergencies Mèdiques (SEMSA) es una empresa pública que depende del Servei Català de Salut y que tiene como misión dar respuesta a las situaciones de urgencia y emergencia extrahospitalaria prestando atención "in situ" y transporte asistido de enfermos críticos, al centro adecuado según cada caso. Atender y aconsejar a los ciudadanos en relación a sus necesidades de atención y información sanitaria.

**Objetivo:** Identificar las principales causas de no conformidad con un acto o proceso asistencial, con el propósito de introducir las mejoras necesarias en la organización para alcanzar las expectativas y necesidades del cliente.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de las reclamaciones y sugerencias efectuadas por usuarios y/o instituciones, recibidas en la unidad de atención al cliente (UAC) de SEMSA durante el año 2004. Análisis cualitativo y cuantitativo de las reclamaciones y sugerencias lo que ha permitido clasificar las en grupos temáticos: Asistencial, Trato, Información, Organización, Documentación, Confort.; y monitorizar los motivos más frecuentes de disconformidad.

**Resultados:** Motivos más frecuentes por orden decreciente: 1. Documentación. No se entrega el informe de asistencia al paciente. 2. Asistencial. Demora en la llegada del recurso asistencial al lugar del incidente. 3. Trato: Atención telefónica inadecuada. 4. Organización y trámites: Perdida de objetos personales.

**Conclusiones:** La información recopilada del estudio del conjunto de las reclamaciones y sugerencias ha permitido realizar un análisis de la situación de la organización e introducir las medidas de mejora. La priorización de las mejoras se ha realizado teniendo en cuenta el nivel de incidencia y relevancia en la población. La información generada por las reclamaciones y sugerencias ha sido tenida en cuenta en la redefinición de la distribución de recursos y organización del servicio de Transporte Sanitario Urgente en Cataluña que se llevará a cabo durante el año 2005. También se ha utilizado como herramienta de mejora continua la no conformidad motivada por la atención telefónica inadecuada, con esta finalidad se ha facilitado al personal implicado reciclaje y formación adecuada en habilidades comunicativas en la atención telefónica.

## PROCESO DE TRIAJE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UNA CORPORACIÓN DE SALUD: PROPUESTA DE MODELO ASISTENCIAL

A. Aloy-Duch, M. Ibáñez-Moliné, M. Berrocal-Corredó, T. Pastor-Moreno, E. Avendaño-Farjas y E. Kurenfuli-Nadek

Hospital de Calella. Barcelona.

**Palabras clave:** Triage, Urgencias, Modelo.

**Objetivo:** Presentar el diseño, desarrollo del proceso de modelo propio de Triage de la Corporación de Salud del Maresme y la Selva (MTCS) para los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), basado en el Modelo de Ayuda al Triage Andorrano (MAT), así como describir los datos cuantitativos y cualitativos durante el período de implantación del segundo semestre del 2004.

**Material y métodos:** El MTCS, se elaboró y consensuó con la dirección, todos los equipos de profesionales implicados de los servicios hospitalarios y el comité de empresa de los dos hospitales desde abril a junio del 2004. Por otra parte, el estudio de implantación fue retrospectivo, descriptivo y observacional. La estadística se obtuvo a partir de las bases de datos del propio censo informatizada y del departamento de gestión de la Corporación.

**Resultados:** Se describen los 3 subprocesos que forman el Modelo (Normativa de triaje, el Programa de Ayuda al Triage (PAT) andorrano y el censo o agenda informatizada de pacientes), así como los recursos (físicos y de personal) empleados para su desarrollo. El período de implantación en los dos SUH fue del 13 de julio al 31 de diciembre del 2004. Se incluyeron 58712 pacientes. Se aplicó el triaje al 87% del total de pacientes que acudieron a urgencias. La mediana de espera para realizar el triaje fue de 15 minutos. El 80% de pacientes se les realizó el triaje antes de los 30 minutos desde su llegada al servicio. El porcentaje de pacientes por niveles se repartió de la siguiente manera: un 0,43% para el emergente, el 12,28% para el muy urgente, un 30,46% para el urgente, un 46,51% para el menos urgente y un 10,31% para los no urgentes. Se detectó, finalmente, resistencias de una pequeña parte del personal médico en aceptar el nuevo sistema.

**Conclusiones:** El Modelo de Triage para nuestros SUH, ha implicado un cambio organizativo, estructural y profesional de los SUH con el fin de mejorar la calidad de asistencia a nuestros pacientes. El estudio de implantación ha sido muy positivo y alentador de cara al éxito futuro del modelo. El control de los pacientes por parte de enfermería, tal y como el modelo propone, permite evitar riesgos, atender e informar personalizadamente, mejorar la calidad de atención, detectar circuitos internos externos erróneos, iniciar la informatización de una parte del proceso de atención, regular la organización de los flujos asistenciales y prever y optimizar mejor los recursos.

P-145

P-147

## APLICACIÓN DEL CMI EN LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS

F. Simarro, J.D. Gómez, R. Torregrosa, S. Deusa y S. Blasco  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

**Palabras clave:** EFQM, CMI, Calidad.

El modelo EFQM está enfocado a fomentar la adopción de buenas prácticas en todas las actividades de gestión de la organización. El CMI está diseñado para evaluar y comunicar la actuación estratégica. Las limitaciones que plantea el gestionar exclusivamente una organización a través del Modelo EFQM pueden subsanarse si se emplea de forma conjunta en la gestión el Cuadro de Mando Integral. El empleo conjunto de los dos enfoques puede introducir valor a la gestión global de la organización. La planificación es un proceso intelectual que precede a la actividad o acción que se planifica. Para consolidar el desarrollo del Consorcio se desarrolla el PLAN ESTRÁTÉGICO: Se trata de estudiar, definir, diseñar y desarrollar los grandes objetivos de la Organización y seleccionar las líneas directrices y los criterios de organización, gestión y funcionamientos más eficaz para alcanzarlos. Es un complemento y continuación del proceso de autoevaluación EFQM efectuado con anterioridad y para cuya implantación utilizaremos el CMI. Las estrategias definidas por los organismos públicos a menudo fracasan, por no haber sabido implantarlas con éxito. 9 de cada 10 Organizaciones fracasan a la hora de ejecutar su Estrategia Barreras: La Barrera de las Personas Sólo el 25% de las personas de las organizaciones tienen sus objetivos ligados a la Estrategia. Además, en muchos casos las competencias de las personas no están alineadas con la Estrategia. La Barrera de la Visión. Sólo el 5% del Personal de las organizaciones comprende realmente la Estrategia. La Barrera del Aprendizaje El 85% de los equipos directivos invierten menos de 1 hora al mes tratando sobre la Estrategia y el 50% no lo hacen nunca. La Barrera de las Operaciones. El 60% de las Organizaciones no alinean las acciones, recursos y presupuestos con la Estrategia. La metodología del Cuadro de Mando Integral es un modelo que ayuda a las Organizaciones en: VISIÓN OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA Traducir la estrategia en objetivos operativos concretos ligados a las actividades del día a día de la Corporación SISTEMA DE GESTIÓN ESTRÁTÉGICA Disponer de un sistema de indicadores ligados a la estrategia que sirven para gestionar la organización ALINEAMIENTO ORGANIZATIVO Comunicar la Estrategia a las personas de la Organización y hacerles partícipes y responsables de la fijación y consecución de los objetivos ASIGNACIÓN DE RECURSOS Priorizar los proyectos que debe realizar la Organización y asegurar que las áreas disponen de los recursos necesarios para cumplir sus objetivos.

## FACTORES RELACIONADOS CON LAS AUSENCIAS A LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL COLECTIVO SANITARIO

E. López, J.M. Sánchez, E. Abad, A. Carrillo, J. Leal  
y A.J. Novoa  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

P-148

**Palabras clave:** Formación Continuada, Enfermería, Ausencias.

**Objetivos:** Identificar con metodología cualitativa factores de ausencia del personal sanitario, Enfermería (DUE) y auxiliares enfermería (AE) a los cursos de Formación Continuada (FC).

**Material y métodos:** Mediante técnica grupal, se formaron 2 grupos DUE y AE, para detectar factores que influyan en las ausencias no justificadas a cursos de FC. Una vez elaborado y validado el cuestionario se realizó un caso control. Casos: personal inscrito a cursos y no realizados de forma injustificada. Controles: muestra aleatorizada de personal inscrito que sí realizó los cursos. Variables cuantitativas expresadas como medias, ± desviación estándar y cualitativas mediante porcentajes. Comparación entre variables T de Student y tes exacto de Fisher.

**Resultados:** Población estudiada: 58 profesionales, 70% mujeres, media de edad 38 años. Porcentaje de ausencias fue elevado, 34%. El cuestionario exploró 15 factores condicionantes de ausencias. La facilitación de horas por la dirección fue el factor más importante en 30 encuestados (51,7%), seguido de la aplicabilidad del curso (39,7%). Los factores diferenciadores en ambos grupos: la capacidad docente del profesor (100% del grupo control y 85,7% del grupo de ausencias;  $p = 0,048$ ) y el turno de trabajo (23,3% y 3,5% respectivamente;  $p = 0,071$ ).

**Conclusiones:** 1. Las ausencias injustificadas a cursos de FC es un hecho frecuente. 2. Una adecuada selección del profesorado y la facilitación en la alternancia del turno laboral podrían minimizar este problema.

## LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS DE MÉDULA ÓSEA. NUESTRA METODOLOGÍA

J. Fernández-García, R. Fernández-Alonso, V. Robles-Mariñas, M.E. González-García, A. García-Oria y A. Fernández-González  
Hospital de Cabueñas.

**Palabras clave:** Médula ósea, Punción, Biopsia.

**Introducción:** Analistas, hematólogos, microbiólogos y patólogos llevan más de un siglo preocupándose de manera expresa e intencionada por la calidad de las muestras; de ello depende en gran medida la calidad de los resultados. Llevamos muchos años tratando de mejorar la calidad de las muestras de médula ósea, máxime cuando la calidad del aspirado hay que añadir la calidad de la biopsia de otras muestras que cada día son más comunes: para inmunofenotípico, cariotipo, biología molecular, etc. Dejamos constancia aquí de nuestros métodos y de nuestros resultados.

**Material/métodos:** Revisamos aquí 2800 estudios de médula ósea que realizamos estos 10 últimos años. Nos centramos en la recogida de muestras y en los resultados obtenidos. La recogida de muestras en términos generales debe seguir esta norma: Obtener un volumen de aspirado acorde con los estudios a realizar, cuando el aspirado es suficiente para estudio, el manejo de la muestra es fundamental: elaboración de frotis, elaboración de extensiones por aplastamiento de grumos (scratch), y realización de las tinciones según técnica; y, realización de las tinciones según técnica; y, cuando es preciso realizar una biopsia, al margen del aspirado y su adecuado procesamiento se debe obtener un buen cilindro óseo en las mejores condiciones.

**Resultados:** 1. De los 2800 estudios realizados, 352 (12,57%) fueron aspirados de médula ósea sin biopsia y 2.548 (89,28%) con biopsia 2. De los 352 aspirados, no fueron aptos para el estudio citológico 20, siendo las causas invocables las siguientes: 8 casos mala técnica en el aspirado; 7 casos por fibrosis medular; y 5 casos por mala técnica en la práctica de extensiones y tinción 3. De las 2.548 extracciones de médula ósea con aspirado y extracción de cilindro óseo para biopsia los resultados fueron éstos: A. En 55 casos no fue posible el estudio citológico, siendo superponibles las causas ya señaladas para los aspirados B. En 70 casos no fue posible el estudio histológico por la mala calidad del cilindro C. Un elevado porcentaje de fallos debe relacionarse con suplencias del titular o actuaciones de algún médico residente.

**Conclusiones:** 1. Pese a una técnica esmerada en la obtención de muestras de MO, hay fallos en su realización. Fallos que hemos llevado a los límites de lo tolerable 2. La mejor garantía para obtener una adecuada muestra de médula ósea para estudio pasa por: una buena técnica de extracción, un buen procesamiento y una esmerada tinción.

## NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE HEMATOLOGÍA COMARCAL

J. Fernández-García, R. Fernández-Alonso, V. Robles-Mariñas, M.E. González-García, A. García-Oria y A. Fernández-González  
Hospital de Cabueñas.

**Palabras clave:** Médula ósea, Punción, Biopsia.

**Introducción:** Conseguir unos niveles de satisfacción adecuados en pacientes ingresados y sus familiares puede ser una empresa ardua. Tratándose de nuestro colectivo conviene definirlo en líneas muy generales. Por las dimensiones del hospital y las patologías que tratamos poseerían estas características: Edad media: 70 años; motivos del ingreso: complicaciones de patologías previas, especialmente infecciosas. Incidentalmente, pacientes trasladados desde otros servicios para completar diagnóstico o iniciar tratamiento. Y, con mucha frecuencia, pacientes preterminales o terminales.

**Material/métodos:** Han sido encuestados 91 pacientes y/o sus familiares, cuando acudían por primera vez a la consulta, tras haber estado ingresados; se excluyeron de esta entrevista los familiares de los pacientes fallecidos; se insistió en definir los niveles de satisfacción tanto de pacientes como de familiares y las circunstancias que definieron esos niveles. Los resultados, fueron éstos: bien entendido que el médico que les atiende durante la mañana es fijo y mantiene una excelente relación con los pacientes. Los médicos de guardia mantienen un contacto ocasional.

**Resultados:** 1. En términos generales los niveles de satisfacción fueron elevados. En efecto, se trataba de pacientes con estancias cortas y excelente evolución. Eran 71 (78,02%) de los 91 pacientes (100%). 2. El resto de los pacientes, 20 (21,97%) no quedaron plenamente satisfechos; al respecto cabe distinguir dos subgrupos A) Parcialmente satisfechos: 13 (14,28%). Se trataba de pacientes con estancias largas y complicadas. La insatisfacción iba dirigida a enfermeras y personal auxiliar fundamentalmente B) Poco o nada satisfechos: 7 (7,69%). También se trataba de pacientes con las estancias más largas y más complicadas. También la insatisfacción iba dirigida a enfermeras y personal auxiliar, aunque de manera excepcional en un caso se centró en el médico.

**Conclusiones:** 1. El nivel de satisfacción fue elevado en la mayoría de los casos, 2. La insatisfacción debe relacionarse con la gravedad de los pacientes y estancias más largas, 3. La insatisfacción la pagan los más próximos al paciente: enfermeras y personal auxiliar, siendo excepcional que la vieran sobre el médico, 4. Durante el período estudiado no hubo denuncias o reclamaciones en el Servicio de Atención al paciente, 5. No se analizó como posible causa de insatisfacción al paciente y su entorno familiar. Estamos seguros de que esto aclararía muchos casos de insatisfacción.

P-149

## EL COSTE DE LA INADECUACIÓN

J.L. Jiménez, J.M. Negro, C. Aparicio, T. Murcia, N.M. Illana y R. Ferrandiz  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Palabras clave:** Coste, Inadecuación.

Una de las mayores responsabilidades de todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud es la utilización racional de los recursos a su disposición. Dentro de estos recursos, uno muypreciado por escaso es la cama hospitalaria. En el presente trabajo hemos estudiado el % de estancias inadecuadas de la sección de Alergia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, así como su repercusión económica (calculada mediante contabilidad analítica).

**Métodos:** El número de estancias inadecuadas ha sido analizado mediante el protocolo de Ingresos y Estancias inadecuadas AEP, en su versión en castellano. Se han analizado las patologías más frecuentes (GDRs 096,097 y 775) El coste de las estancias de la sección de Alergia ha sido calculado mediante la aplicación de los criterios e imputaciones de la contabilidad analítica general del centro. Se ha calculado de forma diferenciada para cada uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDR) ingresados. El período de estudio ha sido el año 2004.

**Resultados:** El porcentaje total de estancias inadecuadas para los tres Grupos Diagnósticos analizados ha sido del 19,3%, lo que concuerda con datos anteriores obtenidos en esta misma sección. El coste global de las estancias inadecuadas asciende a 15.343,91 euros para todo el ejercicio 2004, habiendo sido establecido el coste para grupo diagnóstico.

**Conclusiones:** La realización y difusión entre los profesionales del impacto económico que tienen las distintas prácticas médicas, y en este caso la agilización o no de las altas de hospitalización, deberá conseguir una mayor implicación en organización y gestión de cada servicio o sección. En el caso que nos ocupa, el coste económico puede parecer poco relevante en el global de un hospital como el nuestro, pero cualquier gasto evitable o innecesario (como es el caso de estancias hospitalarias no imprescindibles) inmerece ser estudiado y corregido.

P-150

**ACTUALIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PREOPERATORIOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**

R.M. Cored, M.A. Sistac, D. Galindo, P. Fraguet, A. Nasarre y N. Castro  
Hospital de Barbastro.

**Palabras clave:** Actualización, Circuito, Preoperatorios.

Revisar y Actualizar el Circuito de pruebas preoperatorias del Hospital de Barbastro desde la Consulta Externa quirúrgica hasta la recepción del usuario en el Servicio de Quirófano, con el objetivo de disminuir pérdidas innecesarias, optimizar tiempo y recursos y asegurar una atención personalizada y de calidad a los usuarios del sistema.

**Objetivos:** Asegurar una información correcta y adecuada al usuario, para que conozca en todo momento las diferentes acciones a seguir desde que sale de la Consulta Externa hasta que es avisado por el S. de Admisión para realizar la IQ. Unificación de criterios por parte de las diferentes consultas quirúrgicas, en referencia a los sistemas de acceso al Circuito (visitas a C. Anestesia, validez de pruebas, etc.). Optimización de recursos humanos, materiales y de tiempo, al evitar búsquedas de documentos, duplicidad de informes, e incluso la realización de nuevas pruebas.

**Metodología:** Se realizará un estudio en las diferentes unidades implicadas (Unidades de Hospitalización, C. Externa de Anestesia, Servicios de Radiología, laboratorio y Quirófano para analizar la recepción de las pruebas preoperatorias y otros problemas. Este estudio se realizará mediante la Hoja de detección de problemas que se cumplimentará en los diferentes servicios implicados durante el primer trimestre del año 2005, se evaluarán los resultados y según éstos se establecerán nuevas estrategias de actuación - Reuniones con los servicios correspondientes para analizar problemas, establecer criterios y líneas de actuación - Elaboración de encuestas a los usuarios y al personal. Los datos obtenidos en esta primera evaluación se compararán con la que se realizará a finales de año. Calendario: 1. Trimestre. Elaboración Hoja de detección de problemas que se pasará a los diferentes servicios. Elaboración de encuestas 2. Trimestre. Procesar datos de las evaluaciones anteriores. Reuniones de trabajo con los diferentes servicios. Establecer líneas de actuación 3. Trimestre. Implantación del Circuito 4. Trimestre. Evaluación de resultados. Se valorará la Hoja de detección de problemas a rellenar por el personal implicado en los servicios y las Encuestas de Satisfacción a los usuarios y al personal.

**P-152****¿QUÉ HACEMOS CON LAS MUESTRAS EN AUSENCIA DEL PERSONAL DE RECEPCIÓN?**

D. Yagüe, A. Rezunga, P. Egido, J.M. García y M.J. Revillo  
Servicio de Microbiología. H.U. Miguel Servet.

**Palabras clave:** Eficiencia, Recepción, Horario.

**Introducción:** La recepción correcta de las muestras de microbiología es fundamental para el buen desarrollo del análisis. Las incidencias que se originan con las muestras depositadas en ausencia del personal del laboratorio afectan a la calidad de los resultados.

**Objetivos:** 1. Conocer las incidencias que afectan a las muestras depositadas. 2. Disminuir su número tras aplicar medidas correctoras

**Método:** Diseño de un formulario específico a partir de las recomendaciones de la SEIMC. Registro de las incidencias a lo largo de 12 meses y sus variables relacionadas. Evaluación de los resultados de los registros al final de los dos primeros meses. Aplicación de medidas correctivas: Información al personal de los servicios implicados con mayor tasa de incidencias. Monitorización y seguimiento de la evolución de las incidencias en los diez meses siguientes.

**Resultados:** Se han registrado 7.789 volantes con un total de 104 incidencias a lo largo del año 2004. El porcentaje de incidencias fue de 4,3 en enero y de 3,8 en enero + febrero. Los servicios que originan más incidencias son pediatría y neonatos y UCI y las muestras con mayor número de errores son hemocultivos, heces y LCR. Tras las reuniones con el personal implicado comenzó a bajar el número de incidencias hasta una tendencia de 0,6 al final del período 2004 con repuntes en las épocas de vacaciones. A lo largo del año los errores de tipo administrativo suponen casi 2/3 (65,4%) del total y el almacenamiento a temperatura equivocada el 26,9%. Existe un componente de azar y otra no aleatoria afectadas por períodos vacacionales y fechas festivas como relación causa-efecto en el aumento de la tasa de rechazo de las muestras. En el análisis de todo el año no ha sido posible relacionar significativamente la tasa de rechazo con la procedencia de las muestras o los tipos de muestras.

**Conclusiones:** 1. La información a los servicios ha sido clave para la disminución de incidencias. 2. Se debe realizar un plan de información al personal de nueva incorporación en períodos vacacionales 3. No se aprecia diferencia significativa entre la proporción de los dos grandes tipos de errores: administrativos y de condiciones de conservación de la muestra.

**P-154****APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD TOTAL AL REDISEÑO ORGANIZATIVO DE UN HOSPITAL NEUROTRAUMATOLOGICO**

J.M. Jover, P. González, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Calidad total, Análisis del valor, Rediseño organizativo.

**Introducción:** La calidad total es una estrategia de carácter global que implica a todos los departamentos, procesos y personas que forman una organización, y cuya aplicación es tarea de la dirección. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un programa de calidad total aplicado al proceso de rediseño organizativo de la asistencia sanitaria prestada por un hospital neurotraumatológico.

**Métodos:** Se diseñó un estudio cuasiexperimental pretest-posttest sin grupo control en el que se incluyeron todos los procesos asistenciales prestados por el hospital antes de la fusión hospitalaria con el Hospital Ciudad de Jaén. Se planificó el nuevo diseño asistencial y se aplicó un programa de análisis y mejora del valor articulado en seis fases: orientación, información, análisis funcional, disfuncional y de costes, innovación, evaluación e implantación y seguimiento. Se definen una serie de indicadores de calidad cuyos resultados son medidos antes y después de la implantación del programa, obteniéndose una estimación de los efectos del mismo.

**Resultados:** actualmente el programa se encuentra en fase de análisis. Se han identificado las siguientes áreas de actuación: Sobre la ubicación física de los nuevos servicios, donde se han identificado 5 puntos críticos y se han creado 7 indicadores de calidad, sobre la gestión de personal, donde se han establecido 3 fases, 4 puntos críticos y 3 indicadores de calidad, sobre los requisitos y estándares de calidad de los nuevos servicios ofertados, donde se han identificado 10 puntos críticos y se han creado 20 indicadores de calidad. Para conocer la satisfacción de clientes internos y externos se han diseñado y se están validando 3 cuestionarios, y se implantará un registro de reclamaciones. Para el análisis de costes se está empleando un sistema de costes ABC por línea de proceso.

**Discusión y conclusiones:** La aplicación de este programa de calidad permitirá, mediante el análisis de las funciones que componen el proceso asistencial, optimizar la relación función/coste del proceso, mejorar la satisfacción de clientes internos y externos y realizar un adecuado control de gestión.

**P-153****CALIDAD TOTAL Y REDISEÑO ORGANIZATIVO DE UN HOSPITAL MEDICOQUIRÚRGICO Y MATERNOINFANTIL**

J.M. Jover, P. González, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Calidad total, Análisis del valor, Rediseño organizativo.

**Introducción:** La calidad total es una estrategia de carácter global que implica a todos los departamentos, procesos y personas que forman una organización, y cuya aplicación es tarea de la dirección. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un programa de calidad total aplicado al proceso de rediseño organizativo de la asistencia sanitaria prestada por un hospital médicoquirúrgico y neurotraumatológico.

**Métodos:** Se diseñó un estudio cuasiexperimental pretest-posttest sin grupo control en el que se incluyeron todos los procesos asistenciales prestados por el hospital antes de la fusión hospitalaria con el Hospital Princesa de España. Se planificó el nuevo diseño asistencial y se aplicó un programa de análisis y mejora del valor articulado en seis fases: orientación, información, análisis funcional, disfuncional y de costes, innovación, evaluación e implantación y seguimiento. Se definen una serie de indicadores de calidad cuyos resultados son medidos antes y después de la implantación del programa, obteniéndose una estimación de los efectos del mismo.

**Resultados:** Actualmente el programa se encuentra en fase de análisis. Se han identificado las siguientes áreas de actuación: Sobre la ubicación física de los nuevos servicios, donde se han identificado 12 puntos críticos y se han creado 20 indicadores de calidad, sobre la gestión de personal, donde se han establecido 3 fases, 11 puntos críticos y 23 indicadores de calidad, sobre los requisitos y estándares de calidad de los nuevos servicios ofertados, donde se han identificado 28 puntos críticos y se han creado 52 indicadores de calidad. Para conocer la satisfacción de clientes internos y externos se han diseñado y se están validando 3 cuestionarios, y se implantará un registro de reclamaciones. Para el análisis de costes se está empleando un sistema de costes ABC por línea de proceso.

**Discusión y conclusiones:** La aplicación de este programa de calidad permitirá, mediante el análisis de las funciones que componen el proceso asistencial, optimizar la relación función/coste del proceso, mejorar la satisfacción de clientes internos y externos y realizar un adecuado control de gestión.

**P-155**

**OBJETIVO: UN DÍA**

M.C. Sebastianes, C. Diago, J.M. Almarcha, M.A. Vidal,  
E. Martínez y L.M. Torres  
*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**P-156****Palabras clave:** Preanestesia, Organización.

El aumento de la demanda de los cuidados anestésicos se debe principalmente a un importante avance en las técnicas quirúrgicas, al envejecimiento creciente de la población y a las directrices que marca la sociedad del bienestar. La evaluación preanestésica sigue teniendo el mismo objetivo de siempre: disminuir la morbi-mortalidad en aquel paciente que va a precisar cuidados anestésicos para un acto quirúrgico o para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Sin embargo la forma de llevarse a cabo ésta ha cambiado. En el momento actual además de las exigencias de tipo médico, la tendencia es que dicha evaluación preanestésica se haga de forma ambulatoria y sería muy difícilmente justificable el ingreso hospitalario para realizar la misma. El estudio preoperatorio obtenido en la consulta de preanestesia puede tener como inconveniente que obligue al enfermo a diversos desplazamientos para completarlo, lo que al margen de las incomodidades que puede ocasionarle a él y a sus acompañantes se le suma una repercusión económica, cuya importancia va a depender de su estándar de vida. Para disminuir la posibilidad de diversos desplazamientos y los costes que los mismos acarrearían, hemos establecido en la Consulta de Preanestesia del HU Puerta del Mar, en Cádiz, un sistema que se apoya en la información médica aportada por los médicos de cabecera y en la disponibilidad del teléfono-fax y de las conexiones informáticas. La utilización de los diferentes recursos, posibilita la obtención de datos suficientes, como para que en un porcentaje muy importante de casos, la evaluación preoperatoria del paciente se complete en la primera visita. Este sistema de gestión en la asistencia no solo ha redundado en beneficio del enfermo sino que también ha rentabilizado la consulta de preanestesia, para pacientes ambulatorios en nuestro hospital, pues además de disminuir el gasto en pruebas complementarias, ha incrementado de forma progresiva el número de enfermos atendidos de primera vez, el cual ha pasado de 5232 en el año 2000 a 7458 en 2004.

**PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN GIMNASIO DE REHABILITACIÓN**

A. Ramírez, S.E. Sueza, J.L. Ruiz y E. Mercado  
*Hospital Alto Guadalquivir.*

**P-157****Palabras clave:** Terapia física.

**Introducción:** La creciente demanda por parte de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios de los servicios de rehabilitación y terapia física hacen cada vez más necesario calcular el tiempo real de tratamiento de fisioterapia para obtener los mejores resultados.

**Objetivo:** Establecer el tiempo medio necesario para la realización de las técnicas de fisioterapia más frecuentes.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio prospectivo, entre enero del 2004 y enero del 2005. Se recoge el tiempo empleado en el tratamiento diario de cada paciente y el empleado en cada una de las técnicas utilizadas.

**Resultados:** Enfermos neurológicos 30 minutos Manuales 10-15' Cinesiterapia (Explicar, revisar y corregir ejercicios.) Infantiles 30-45 minutos. Drenaje manual 1 hora. Electroterapia 5 minutos de media por aparato. Cinesiterapia y electroterapia Cinesiterapia y masoterapia 5-10' Hospitalizados 30'

**Conclusiones:** El conocimiento detallado del tiempo de tratamiento necesario en cada paciente y con cada técnica es esencial para la adecuada programación de la actividad de un gimnasio de rehabilitación.

**ACCIDENTES LABORALES: POSIBLE FUENTE DE INGRESO PARA LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD**

E. Morales, Ll. Colomes, M. Saladie, A. Collado, M. Vigil y T. Glaria  
*ABS Vandellòs-Hospitalet.*

**P-158****Palabras clave:** Calidad, Accidentes, Costes.

**Objetivo:** Determinar los costes que suponen la atención a los accidentes laborales para nuestra zona básica de salud.

**Metodología:** Revisión de los Accidentes laborales atendidos durante año 2003. Tipificación de todos los accidentes asistidos en el año 2003 según registro en la historia. Calculo de costes de cada tipo de accidente laboral, definiendo costes directos e indirectos. Estudio del ingreso total que supone la atención al accidentado en el año 2003 (pacto entre la entidad proveedora y la asociación catalana de mutuas de accidentes de trabajo).

**Resultados:** De los 70 accidentes laborales atendidos, se registran 65 accidentes clasificándolos en 8 grupos o tipificaciones: A1- inciso contusas cura tópica 15, A2- inciso contusas sutura 8, B1- contusión férula 4, B2- contusión compresivo 12, C- Quemaduras 3, D- conjuntivitis- cuerpo extra 11, E1- patología médica 1 fármaco 2, E2- patología médica 2 fármacos 10. Los 5 que falta el registro se distribuyen según probabilidad quedando A1 con 17, B2 con 14 y D con 11. El coste total de los 70 accidentes son 1014,93 euros y el ingreso de estos 70 accidentes según convenio asciende a 5591,6, la diferencia nos da un beneficio que sería de 4576,67. De los 70 accidentes se han cobrado 32, así el ingreso real es de 2556,16 euros y el coste total real es de 1014,93, por tanto el beneficio ingreso total resulta ser 1541,23 o lo que es lo mismo los costes de la no calidad serían los 38 accidentes no cobrados que ascienden a 3035,44, si a los beneficios totales de los 70 accidentes que son 4576,67 euros le restamos los costes de la no calidad, resultan ser 1541,23 euros. Por tanto el beneficio real obtenido con los 70 accidentes laborales es de 1541,23 euros, pudiendo haber sido de 4576,67 euros.

**Conclusiones:** Los costes de la no calidad constituyen una perdida de recursos. La disminución de estos costes de no calidad es una labor de los profesionales, que son los responsables de conseguir la documentación necesaria para hacer factible el cobro por parte de las mutuas. Una correcta detección y facturación en los accidentes laborales implica una buena atención al paciente y constituye una fuente de recursos que ayuda a los centros de atención primaria a cerrar sus presupuestos anuales en positivo o con las menos pérdidas posibles. Es necesario una monitorización y control del número de accidentes atendidos para que esto no se nos convierta en una fuente de gastos, en cuyo caso habría que aplicar medidas de mejora.

**ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS**

R. Martínez, F. Enríquez, J.F. Herrero, A. Castro, C. Fuente y Ortega  
*Hospital Infanta Margarita.*

**P-159****Palabras clave:** Observación Urgencias, Utilización.

**Objetivos:** Analizar la utilización de una Unidad de Observación de Urgencias de un Hospital Comarcal, describir las patologías más frecuentes que allí se atienden y estudiar posibles medidas que se puedan aplicar para aumentar su eficacia.

**Métodos:** Estudio descriptivo con componente analítico, de los pacientes que desde el Servicio de Urgencias han sido ingresados en la Unidad de Observación, en dos semanas de Mayo de 2003. Se estudian variables sociodemográficas del paciente y variables relacionadas con el proceso asistencial.

**Resultados:** En el período de estudio se atendieron 2.461 pacientes en el Servicio de Urgencias, de los cuales 103 ingresaron en la Unidad de Observación, siendo el 45,6% mujeres y su edad media de 58 años (dt 24). La edad media de los hombres es de 46 años (dt 22). El día con mayor número de ingresos fue el lunes. Un 65,3% de los atendidos fueron dados de alta; un 27,7%, ingresaron en Unidades de Hospitalización; 1% de Exitus y 6% de trasladado a otros Centros. La media de estancia en la Unidad de Observación fue de 22,31 horas (dt 17,21), permaneciendo el 68% menos de 24 horas. La estancia media de los pacientes que son ingresados en Planta es de 29,3 (dt 18,1) horas, mientras que los que son dados de alta permanecen sólo 20,2 (dt 16,7) horas y los que son derivados a otro hospital, 16,2 (dt 13,6). La patología más frecuente de ingreso en la Unidad fue el dolor abdominal.

**Conclusiones:** Las Unidades de Observación de Urgencias son útiles para disminuir el número de ingresos inadecuados y seguimiento de cuadros poco claros para precisar su diagnóstico, lo que aumenta la seguridad del clínico y del paciente. Nuestra Unidad revela un comportamiento satisfactorio y un buen funcionamiento de sus protocolos clínicos. Pero se han identificado oportunidades de mejora, como optimizar el seguimiento de pacientes ingresados en domingo o por intoxicación como causa de ingreso.

## MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL TRABAJO DE UN SERV. DE RADIOFÍSICA EN LA CADENA RADIOTERÁPICA

E. Angulo, J. Almansa, A. Iborra, R. Guerrero y J. Torres  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Proceso radioterápico, Planificación, Demoras.

El especialista en RH se ocupa de medir y caracterizar los haces de radiación con el fin de contribuir a la correcta planificación, aplicación e investigación de las técnicas radiológicas, así como de la protección radiológica de las personas afectadas por los mismos. En el proceso radioterápico, entre otras, se encarga de la Dosimetría Clínica (Planificación) de pacientes en teleterapia. La Planificación Tridimensional consiste en el diseño de un plan de tratamiento (distribución de los haces, tamaños de campo, puntos de entrada sobre el paciente, etc.) y el cálculo de la distribución de dosis tridimensional correspondiente al plan, de forma que ésta sea lo más precisa y homogénea en todo el volumen tumoral con la menor irradiación posible de los tejidos vecinos. Para llevar a cabo este trabajo se utiliza un hardware y software específico, en el que previamente se han introducido los datos de la unidad de tratamiento, lo que permite reproducir las características de los haces de radiación. En ese momento el Servicio de Radiofísica contaba con una sola estación de trabajo. Por criterios de calidad e igualdad desde un principio, todos los pacientes con solicitud de planificación tridimensional se realizaban con el máximo grado de complejidad que permitía el sistema. El trabajo se repartía entre los facultativos de manera que si un Radiofísico comenzaba una planificación debía terminarla él, enseñarla al oncólogo radioterapeuta responsable e imprimir los resultados. El tiempo necesario de esta forma para completar el proceso de planificación de un paciente era excesivo (10 días aprox.) Se planteó entonces un cambio organizativo con el fin de reducir estos tiempos de respuesta optimizando flujos de trabajo y unificando procedimientos. Fundamentalmente consistió en que cualquier radiofísico pudiera empezar, continuar y finalizar el proceso de una manera estándar. Con tal fin se incorporó una hoja de seguimiento que sirviera de base para la comunicación entre el personal. Como resultado se redujo el promedio de demoras a 5 días aprox. (en 2004). En conclusión, el cambio organizativo y la protocolización del trabajo ha supuesto una mejora en la eficiencia del Servicio, la optimización de recursos, y la mejora en la calidad del proceso de planificación y por tanto del proceso radioterápico.

**P-160**

## IMPACTO DE UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN EN LOS INDICADORES ASISTENCIALES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Tejido, F. Novo, D. Sierra, S. Martín, S. García y M. Fernández  
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

**Palabras clave:** Eficiencia, Unidad de Alta Resolución.

**Objetivos:** La Unidad de Alta Resolución (UARH) es una unidad asistencial no convencional, que tiene como objetivos evitar estancias inadecuadas y acortar el ingreso hospitalario. La UARH funciona desde Abril del 2002, con una capacidad de 19 camas. Se seleccionaron procesos frecuentes para ingresar en la UARH: dolor torácico, angina inestable, insuficiencia cardíaca, EPOC, neumonías, HDA, ictus,... El objetivo del estudio es valorar la eficiencia de la Unidad, comparando la estancia media de los GRDs más frecuentes frente a Unidades de Hospitalización Convencional.

**Metodología:** Se comparan los principales indicadores asistenciales (estancia media, índice de traslados, índice de ocupación, peso medio del GRD) de la Unidad frente al global hospitalario (HUMV). Se compara la estancia media de los procesos más frecuentes. Los datos se obtienen a partir del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

**Resultados:** se asistieron a 2172 pacientes atendidos durante el año 2004 en una Unidad de Alta Resolución, lo que corresponde casi a un 8% del total de ingresos hospitalarios. La población atendida tuvo una media de edad de 68 años (12). La estancia media fue de 2,85 (HUMV 7,74). Fue menor el índice de traslados (15,3% frente a 18,9%) y mayor el índice de ocupación (92,9% frente a 91%). Se multiplicó x 2,5 el índice de rotación (114,3 frente 43%). El peso medio de los procesos atendidos en UARH fue de 1,4 y en el HUMV de 1,8. Las estancias medias por proceso de la UARH frente a HUMV son las siguientes: GRD 14: ACVA isquémico, 3,00 vs 9,3, GRD 15: AIT, 2,48 vs 8,4, GRD 88: EPOC, 3,07 vs 9,7, GRD 89: Neumonía simple con complicaciones, 3,18 vs 10,1, GRD 96: Bronquitis-asma con complicaciones, 3,00 vs 6,1, GRD 127: Insuficiencia cardíaca, 3,16 vs 7,3, GRD 140: Angina 2,38 vs 3,7, GRD 143: Dolor torácico, 1,7 vs 2,9, GRD 174: HDA con complicaciones, 2,43 vs 6,7.

**Conclusiones:** los resultados son concluyentes. La Unidad de Alta Resolución es una unidad eficiente para disminuir la estancia media global hospitalaria, trabajando sobre los procesos más frecuentes.

**P-161**

## REDISEÑO DE LA CARTERA DE SERVICIOS ENTRE NIVELES A PARTIR DE UNA CLASIFICACIÓN COMÚN DE PATOLOGÍAS

N. Calcerada, F.J. Gracia, R. Pla, E. Andrades, J.A. Blasco y C. Alventosa  
Agencia Laín Entralgo.

**Palabras clave:** Cartera de servicios, Clasificación de patologías.

**Objetivos:** El proceso de rehabilitación ambulatoria en el área sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid se lleva a cabo en: unidades de fisioterapia de Atención Primaria, Centros de Especialidades y Centros hospitalarios. Tras el estudio de este proceso, liderado por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo (UETS) y por la Subdirección de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo, se observó que se atendían patologías comunes en los distintos niveles, y que la clasificación de las mismas era diferente entre los centros, siendo, por tanto, prioritario: 1. Definir una clasificación de patologías común para todo el área, 2. Establecer las patologías que deben ser atendidas en cada nivel (Cartera de Servicio) y elaborar un sistema de información que diera soporte a la nueva estructura y permitiera evaluar el impacto.

**Métodos:** Se constituyeron dos grupos de trabajo, uno formado por profesionales de diferentes niveles de atención: médicos de familia, médicos de rehabilitación y fisioterapeutas y otro grupo constituido por representantes de los equipos directivos del área 1. Cada uno de los grupos, coordinados por la UETS, se reunió de manera periódica estableciéndose un calendario de trabajo para consensuar el rediseño del proceso de rehabilitación ambulatoria.

**Resultados:** El grupo de clínicos definió la clasificación de patologías más adecuada y común para los niveles asistenciales; a partir de la misma e incorporando las sugerencias de los clínicos, el equipo directivo enfocó su actuación hacia una nueva redistribución de la atención de las patologías de manera diferenciada entre Atención Primaria y Atención Especializada y las circunstancias de derivación. El lenguaje común que supone la clasificación de patologías es clave para el análisis del "conjunto mínimo básico de datos" (CMBDr) propuesto que apoyara esta reorganización del proceso. Conclusiones La definición de una cartera de servicios consensuada entre los dos niveles asistenciales del área 1, partiendo de una clasificación común de patologías, junto a la definición de un CMBDr para el área permitirá: - obtener mayor eficiencia en la atención del proceso de rehabilitación ambulatoria - monitorizar la consecución de los acuerdos y objetivos pactados.

**P-162**

## SABOREANDO LA CALIDAD COMIENDO SIN RIESGOS

F. Rivera, M.M. Carreras y A. Rubio  
Agencia de Calidad y Acreditación. Consejería de Salud de La Rioja.

**Palabras clave:** Alimentación, Seguridad.

**Introducción:** La Cocina Central es una de las primeras unidades que se abren en el nuevo hospital de Logroño. Procurar a los pacientes un mejor servicio han hecho que se opte por una organización por procesos tanto funcional como organizativa. La legislación obliga a disponer de un sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC), y un sistema de Trazabilidad.

**Objetivo:** Disponer de un sistema capaz de identificar y eliminar la mayoría de riesgos para la salud de los pacientes facilitando a los gestores información que permita el modo de controlar mejor los riesgos que permanezcan ayudando a solucionar, de la manera más satisfactoria, los problemas que surjan.

**Metodología:** Se crearon dos grupos de trabajo formados por: Personal del Servicio de Medicina Preventiva, mantenimiento, y unidad de calidad del centro, un Asesor Veterinario, la Coordinadora de Seguridad y Control y el Director de Procesos de Alimentación para la elaboración de los Manuales APPCC. Un técnico informático, un veterinario y un técnico de cocina y el Director de Procesos de Alimentación para la elaboración del Procedimiento de Trazabilidad: La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de La Rioja ha participado en todos los grupos de trabajo dinamizando, asesorando y unificando criterios.

**Resultados:** Manuales APPCC: Al tratarse de centros separados físicamente se ha elaborado un manual para cada centro y uno para los procesos de la cocina central. En total, cuatro manuales siguiendo las recomendaciones de asesores veterinarios. Todos los manuales APPCC constan de: Objeto y Alcance, legislación aplicable, Memoria de Calidades, Mapa de Procesos, descripción de los procesos, tablas de gestión, Guía de buenas prácticas de manipulación, programa de limpieza y desinfección, plan de eliminación de residuos, control del suministro de agua, programa de desratización y desinsectación, plan de mantenimiento, programa de formación y sistemática de verificación y control. Procedimiento Trazabilidad: Incluido en el Manual de Procedimientos. Da la posibilidad de encontrar y seguir el rastro, a través de todos los procesos de Alimentación de un alimento o ingrediente. Se han interconexinado los programas de gestión de la cocina informatizando y automatizando la mayor parte del procedimiento.

**Conclusiones:** EL Complejo Hospitalario San Millán San Pedro de La Rioja dispone de un sistema que garantiza a sus usuarios seguridad respecto a la calidad de los alimentos que toman en este centro.

**FACTORES PREDICTORES DE ESTANCIA PROLONGADA EN UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN**

R. Tejido-García, F. Novo-Robledo, D. García-Sánchez, L. Iglesias-Oliva, P. Rodríguez-Cundín y T. Dierssen-Sotos  
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

**P-164**

**Objetivos:** Describir indicadores asistenciales de unidad de alta resolución (UARH) en un hospital de 3er nivel. Identificar factores asociados a la prolongación de la estancia hospitalaria.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de ámbito hospitalario. La variable dependiente a estudio fue la estancia prolongada definida como aquella superior al p75 de la distribución (4 días). Las variables independientes fueron GRD, peso, alta en fin de semana, edad y sexo. Período de estudio: enero-diciembre de 2004.

**Resultados:** Se han analizado 1833 pacientes dados de alta desde la UARH. con una estancia media global de 2,9 días (DE:1,9) y una mediana de 3. La edad media 65,8 (DE:18,8) y el peso medio fue 1,36 (DE = 0,84). Durante el período de estudio se registraron 55 reingresos precoces (4,3%) por la misma categoría diagnóstica y en los 30 días posteriores al alta. Tras el análisis de regresión logística los factores asociados a la estancia prolongada en el análisis ajustado fueron el alta en domingo que duplicó el riesgo (OR = 2,1 IC95% [1,1-4,6]) y la complejidad del proceso (peso) que resultó un factor de protección frente a la estancia prolongada (OR = 0,6 IC95% [0,5-0,7]).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos que el peso del proceso no constituye un factor adecuado para predecir la estancia en una unidad de alta resolución. En nuestra unidad el único factor asociado a la prolongación de la estancia fue el alta en domingo probablemente como consecuencia de la disminución de recursos humanos durante el fin de semana.

**UN PROCEDIMIENTO ÚNICO DE CONTROL DE CADUCIDAD Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN UN DISTRITO**

I. Moraga, E.E. Moreno, G. Ortega, M. Bayona, J.A. Arrido y J. García  
Distrito Sanitario Serranía de Ronda. Málaga.

**P-165**

**Palabras clave:** Manual, Almacenamiento, Medicamento.

**Objetivo:** Elaboración, difusión, implantación y seguimiento de un procedimiento único de distribución y control de almacenaje y de caducidad de medicamentos, para conseguir una correcta, segura y efectiva utilización de los mismos en el Distrito Serranía.

**Objetivos secundarios:** a) Establecer una metodología única de actuación, con registros homologados por el Distrito, que facilite la labor de todos los profesionales en: 1) Solicitud y entrega de medicamentos, 2) Control de entradas y salidas 3) Detectar con anticipación posibles caducidades y problemas de stock b) Mejorar la eficiencia, evitando costes por deterioro y caducidad de los medicamentos.

**Metodología:** a. Recopilación de los distintos procedimientos utilizados en los centros sobre control de almacén y caducidades. b. Análisis de dichas metodologías. c. Selección de los aspectos positivos, detección de puntos de mejora y desarrollo de estrategias para conseguirlas. d. Elaboración de un documento donde se recoge un procedimiento común de las distintas fases del control de medicamentos, incluyendo la hoja de registro estándar para petitorios, devoluciones, existencias.... e. Implantación del manual en todos los centros. f. Seguimiento de su puesta en marcha, detectando nuevas necesidades que se incluirán en posteriores revisiones.

**Resultados:** Manual único que incluye: a) Responsabilidad y organización b) Definición de stock mínimo c) Normas de actuación y elaboración de hoja de registro para: 1. pedido y reposición de almacén 2. recepción de pedido 3. organización de medicamentos en almacén, frigoríficos, ambulancias, maletines, carros de parada y botiquines de urgencia 4. condiciones de almacenamiento (temperatura, seguridad...) 5. salida de medicamentos y motivo de la misma 6. control de caducidad 7. archivo de los movimientos. Posibilidad de futuras revisiones.

**Conclusiones:** 1. Se mejora la correcta, segura y efectiva utilización de los medicamentos en el Distrito Sanitario. 2. Se asegura que los medicamentos lleguen al paciente en perfectas condiciones. 3. Se optimizan los recursos, disminuyendo costes por: a) evitar caducidad inmediata b) prevenir deterioro en la distribución y almacenaje c) evitar tanto excedentes de medicamentos como falta de ellos, en los distintos almacenes. 4. Se agiliza la labor del personal dedicado a este fin, disminuyendo las tareas administrativas y posibilitando la mejora continua en la manipulación y uso adecuado de los medicamentos.

**ESTUDIO DE VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE COLECISTITIS/COLELITIASIS**

F. Enríquez, R. Martínez, C. Gómez-Alférrez, J.F. Herrero, A. Castro y C. Ortega  
Hospital Infanta Margarita.

**P-166**

**Palabras clave:** Variabilidad, Colecistitis/colelitiasis.

**Objetivos:** Describir el manejo de pacientes ingresados con sospecha de colecistitis/colelitiasis en un servicio de Cirugía General, diferenciando en su análisis entre los que ingresan directamente en este servicio y los que previamente lo hacen en el de Digestivo.

**Material y método:** Se solicitó al Servicio de Admisión y Documentación los casos de colecistitis y colelitiasis diagnosticados en el hospital durante el primer trimestre del 2003. Resultaron 116 casos, seleccionándose de forma aleatoria 54 historias para su revisión retrospectiva. De estas, se revisaron 35, que corresponden a pacientes que ingresaron en el Servicio de Cirugía o que tras ingresar en el Servicio de Digestivo, son finalmente derivados a Cirugía. Se recogieron variables sociodemográficas, presencia de pluripatología, estancia prequirúrgica, estancia media, ingreso programado/urgente y tipo de intervención. Finalmente se comparan nuestros resultados con los indicadores de calidad del Proceso de Colecistitis/colelitiasis.

**Resultados:** La edad media de la muestra es de 62 años (dt 18), siendo el 60% mujeres y clasificándose el 25% como pluripatológicos. La estancia media es de 11 días (dt 8,5) y la estancia prequirúrgica media, de 6,5 días. En Cirugía ingresan 17 de forma programada y 9 urgente. Todos lo que ingresan en Digestivo lo hacen de forma urgente. El diagnóstico más frecuente ha sido el de colelitiasis con un 42,9%. El 92% de los ingresados son intervenidos, siéndolo el 75% mediante técnica laparoscópica. Los diagnosticados de Colecistitis aguda tienen una estancia media de 11 días (dt 5,1) si lo hacen en cirugía y de 16 (dt 1,4) en digestivo. Estancia prequirúrgica media en Cirugía de 5,6 (dt 4,5) y de 10 días (dt 1,4) en Digestivo. En Colelitiasis tienen una estancia media de 7 días (dt 6) si lo hacen en cirugía y de 10 (dt 1) en digestivo. Estancia prequirúrgica media en Cirugía de 1,9 (DT 2,5) y de 7 días (DT 1,2) en Digestivo.

**Conclusiones:** Se ha detectado un manejo más ágil de los pacientes ingresados primariamente en Cirugía cuando existe la sospecha de las patologías estudiadas. En el 75% de los indicadores estudiados, cumplimos con respecto a los indicadores de la Guía, aunque conviene reforzar la estancia media y la demora prequirúrgica. Aspectos que se intuye mejorarán con la próxima implantación prevista del Proceso Asistencial Integrado de colecistitis/colelitiasis.

**TASAS DE INCUMPLIMIENTO A QUIRÓFANOS PROGRAMADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

J.L. Zambrana, M.E. Fernández, L. Ballesteros, J.M. Muñiz, M.D. Adarraga y J.L. Jiménez-Lefler  
Hospital de Montilla.

**P-167**

**Palabras clave:** Quirófanos, Incumplimiento, Cirugía.

**Objetivos:** La suspensión de una intervención quirúrgica programada implica que el paciente no se beneficie de una técnica indicada por un profesional cualificado y que el quirófano queda durante unas horas sin utilizar. El objetivo principal de este trabajo es conocer el porcentaje de suspensiones que se produce en los quirófanos de un Hospital comarcal, así como las características de dichas intervenciones.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a todos los pacientes que estaban citados para intervención quirúrgica programada durante los meses de enero a abril de 2005.

**Resultados:** Incluimos a 1084 pacientes a intervenir quirúrgicamente, de los que 63 no fueron finalmente operados (5,8%). La causa fundamental de suspensión fue la incomparcencia del paciente (71%), seguido de por indicación del facultativo (14%). Sólo en 6 casos el paciente avisó que no iba a acudir, aunque con insuficiente tiempo para sustituirlo. Por especialidades, dermatología explicaba el 10% de todas las suspensiones, siendo urología y ginecología las más cumplidoras (2% cada una de ellas). Además, en dermatología el porcentaje de suspensión por no acudir el paciente fue del 88%. A raíz de estos resultados hemos puesto en marcha un procedimiento específico para la mejora de estos resultados, cuyas características se comentarán.

**Conclusión:** Detectamos una tasa de fallo del 5,6% del total de nuestras intervenciones quirúrgicas motivado fundamentalmente por incomparcencia de los pacientes. Dermatología es la especialidad en la que se producen las mayores tasas de fallo.

**INFORME DE LA COMISIÓN DE CONTROL DE LAS DERIVACIONES PREFERENTES C.S. GRECO SEVILLA 2004-2005**

J.L. Camacho  
C.S. El Greco. Sevilla.

**Palabras clave:** Derivaciones, Preferentes, Greco.

Se interviene en esta Comisión de Valoración sobre la incidencia de las derivaciones a 2º Nivel de Especialidad desde A.P. con carácter preferente para, en un primer lugar, tras la recogida y censado de casos realizar un análisis de la incidencia de tales derivaciones según los profesionales prescriptores así como sobre las Especialidades demandadas, posteriormente se realiza una validación sobre la pertinencia de tal derivación, asimismo se analizan los motivos o causas de la no validación y, finalmente, tras una intervención con comunicación personalizada, en su caso, sobre los distintos profesionales se considera y analiza la dispersión de la demanda así como el perfil de derivación según los profesionales y las especialidades, la posible relación de la demanda con la demora en la cita a Especialidad, los motivos relacionados con la no validación de la solicitud Preferente así como la evidente incidencia reguladora de la Comisión tanto sobre el volumen como en la calidad de la derivación que se ponen de manifiesto tanto en un apreciable descenso en el número de las solicitudes así como en una mejora en la calidad de la gestión tanto clínica como administrativamente.

**P-168****UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN**

R. Tejido, D. García, N. Royuela, M. Fernández, A. Gutiérrez y S. Bermejo  
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

**Palabras clave:** Unidad Alta Resolución, Cuidados Intermedios

**Objetivos:** la Unidad de Alta Resolución es una unidad asistencial no convencional, que tiene como objetivo evitar estancias inadecuadas. Dada las características de la Unidad (monitorización, asistencia continuada, capacitación de los profesionales en procesos urgentes, proximidad al Servicio de Urgencias) también se asiste a pacientes inestables, como una Unidad de Cuidados Intermedios. De esta forma ingresan pacientes con síndrome coronario agudo, arritmias, insuficiencia cardíaca, ictus, neumonías graves, EPOC, asma, pancreatitis, hemorragias digestivas. El objetivo es valorar la eficacia de nuestra Unidad para evitar ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos.

**Metodología:** La población de estudio son 2.172 pacientes atendidos durante el año 2004 en una Unidad de Alta Resolución. La estancia media fue de 2,85 (1,4). La población atendida tuvo una media de edad de 68 años (12). El peso por GRD de los pacientes atendidos fue de 1,4. Para valorar la eficacia de la Unidad para atender adecuadamente a pacientes inestables hemos discutido 3 indicadores. 1. Proporción de pacientes trasladados a Unidad de Cuidados Intensivos. 2. Proporción de pacientes trasladados a la Unidad Coronaria. 3. Índice de Mortalidad.

**Resultados:** 19 pacientes fueron trasladados a la Unidad Coronaria, lo que supone un 0,8% del total de ingresos, y un 2% de los ingresos por enfermedad cardiológico. La mayor parte de los trasladados fueron por síndrome isquémico coronario agudo, y en menor proporción por insuficiencia cardíaca (un caso por derrame pericárdico). Fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos 15 pacientes (0,7%), siendo la causa más frecuente la insuficiencia respiratoria y en segundo lugar la pancreatitis. Fallecieron 21 pacientes (tasa de exitus 0,9%). La media de la edad de los pacientes fallecidos fue de 80,3 (16). La tasa de autopsias fue del 15%. Dos de los fallecimientos no eran previsibles (re-IAM, arritmia de origen ventricular en paciente con cardiopatía isquémica).

**Conclusiones:** El índice de trasladados a las unidades de cuidados intensivos fue muy bajo, así como la tasa de mortalidad. Esto indica que una unidad de cuidados intermedios resulta rentable para optimizar los ingresos en la Unidades de intensivos, preservando la seguridad de los pacientes.

**P-170****CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS**

M. Marco, A. Jiménez, C. Pérez, V. García, F. Caballero y M.A. Valtueña  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**Palabras clave:** Clasificación de residuos.

**Introducción:** En el Hospital se producen grandes cantidades de residuos y muy variados, desde residuos de riesgo, relacionados con la actividad, hasta residuos asimilables a urbanos, generados por pacientes, trabajadores y visitas.

**Objetivo:** Mejorar la clasificación para conseguir: a) Respeto al medio ambiente; b) Racionalizar el gasto; c) Cumplir con las normativas.

**Metodología:** Análisis del punto de partida, actividades a realizar y nombrar responsables. Formación e información de los trabajadores que se encargan de la gestión de los residuos. Impacto anual de cartelería en los Servicios donde se generan los residuos. Revisión de control de residuos en los Servicios donde se generan y clasifican. Afianzar la actividad del Grupo de Seguimiento de Gestión de Residuos, constituido por: Servicio de Asuntos Generales, Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Prevención, División de Enfermería y Seguridad. Localización de los puntos donde se generan los residuos. Cuantificar (kg.) por tipo de residuo.

**Resultados:** Cuatro charlas informativas por parte del Grupo de seguimiento de gestión de residuos, dos a Enfermería y dos al Sº de Limpieza. Impacto de cartelería en los Servicios donde se generan los residuos. Dos reuniones de Grupo de seguimiento de gestión de residuos. Confección del mapa de generación de residuos. Cuantificación de (kg) residuos con seguimiento mensual año 2004.

**Residuos Peligrosos. Grupo III:** Residuos Sanitarios de Riesgo = 159.705,95 Kg. **Grupo VI:** Residuos citostáticos = 10.576,90 Kg. **Grupo V:** Residuos químicos = 12.156,25 Kg; (Kg/cama 0,46).

**Residuos desechables; Basura desechar:** **Grupo I:** Residuos asimilables a urbanos. **Grupo II:** Residuos sanitarios específicos = 1.557.720,00 Kg

**Compresas higiénicas. Grupo II:** Residuos sanitarios específicos: sin cuantificar Kg. **Colchones. Grupo II:** Residuos sanitarios específicos: sin cuantificar Kg

**Mobiliario y equipamiento. Grupo I:** Residuos asimilables a urbanos = 17.280,00 Kg

**Residuos reciclables:** Chatarra = 8.250,00 Kg. Cartón = 7,94 Tm. Papel = 8.770,00 Kg. Plásticos, briks y latas = 2.085,00 Kg. Aceites vegetales = 5.208,00 Kg. Vidrio = sin cuantificar Kg. Cartuchos impresoras = 291,00 Kg. Placas de radiografías = 23.052,00 Kg. Latas de bebidas = sin cuantificar Kg. Textiles usados = 1.069,00 Kg

**P-169****ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS MÉDICOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA**

M. Álvarez, A. Hernando, M.J. Echavarri y E. Zavala  
Hospital Donostia.

**Palabras clave:** Adecuación, Ingresos, Urgencias.

**Objetivos:** El porcentaje de ingresos urgentes en los hospitales de referencia se estima superior al deseado. No obstante, estudios realizados en nuestro hospital muestran que la tasa de inadecuación de los ingresos urgentes, varía entre el 2,7% y el 15%. Algunos cambios estructurales habidos en el último año en nuestro hospital, como la fusión de los servicios de Urgencias de 2 hospitales y su reorganización en un único servicio, recomiendan revisar una vez más este indicador. Los objetivos son: 1. Conocer la proporción de ingresos inadecuados, ordenados por los médicos de urgencias 2. Plantear soluciones que contribuyan a disminuir la inadecuación.

**Metodología:** Revisión retrospectiva, por dos médicos y una enfermera ajenos a Urgencias, de pacientes ingresados desde Urgencias en los servicios médicos del hospital, durante una semana del mes de mayo de 2005, utilizando criterios EU-AEP; revisión de casos inadecuados y dudosos por un médico responsable de Urgencias. Estimación puntual y por intervalos de la proporción de ingresos inadecuados, cálculo de frecuencias de las causas de inadecuación y del nivel de cuidados requerido por el paciente.

**Resultados:** Revisión del 30% de ingresos realizados desde Urgencias. De ellos el 7,6% fueron indicados por médicos ajenos al Servicio de Urgencias por lo que fueron excluidos de la muestra. Los ingresos realizados por los médicos de Urgencias resultaron adecuados en un 82,81% según los criterios EU-AEP. Las causas de inadecuación se distribuyen de la siguiente forma: En el 72,7% de los casos todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas podrían haberse realizado de forma ambulatoria. En el 27,3% los pacientes necesitaban cuidados institucionales, pero de nivel inferior al de un hospital de agudos. En cuanto al nivel de cuidados que hubieran requerido estos pacientes se distribuyen de la siguiente forma: El 45,45% consultas de alta resolución. El 18,2% cuidados ambulatorios en su centro de salud y el 9,1% cuidados en su domicilio por atención primaria. Otro 18,2% podría haberse resuelto con ingreso en observación y un 9,1% se podría haber tratado en régimen de hospitalización domiciliaria.

**Conclusiones:** El análisis de los resultados, recomienda una mayor utilización de las alternativas a la hospitalización convencional como son las consultas de alta resolución, la hospitalización a domicilio y las camas de observación. Destacar la escasa utilización que se ha hecho en esta revisión, de criterios extraordinarios para la adecuación del ingreso.

**P-171**

## GESTIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE UN SERVICIO DE PREVENCIÓN

P. González, J.M. Jover, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Estratégico, Servicio de prevención.

**Introducción:** El objetivo del presente describir la Planificación Estratégica de un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Un Plan Estratégico se puede considerar como la culminación de un proceso de reflexión sobre los objetivos y aspiraciones de futuro de un servicio o empresa, que permite definir unas estrategias y líneas de actuación con la finalidad de mantener y mejorar la competitividad del servicio o la empresa y alcanzar las metas propuestas. Por tanto debe ser capaz de dar respuesta adecuada a las siguientes preguntas: qué quiero que sea mi servicio o empresa, qué debo hacer para conseguirlo y cómo he de hacerlo. Para ello se debe establecer una definición de la misión del servicio, establecer unos objetivos y diseñar unas líneas estratégicas.

**Resultados:** La misión del Servicio de Prevención es la de ofrecer las actividades Preventivas necesarias para garantizar la adecuada protección de la seguridad y Salud de los trabajadores del hospital, asesorando y asistiendo para ello a la Alta Dirección del hospital, a los trabajadores y sus representantes legales, Proporcionando a nuestros clientes unas prestaciones de calidad, y un alto grado de satisfacción mediante una atención directa y personalizada y una completa información, permitiendo conseguir continuamente para ellos la promoción y protección de su salud y una mejora de las condiciones de trabajo. Los objetivos establecidos son los siguientes: 1. Constituir y optimizar la Organización del Servicio de Prevención estableciendo una estructura Eficiente, 2. Elaborar un Plan de Prevención de Riesgos Laborales para el hospital y 3. Planificar la Comunicación del Servicio. Para alcanzar estos objetivos se plantearon 5 líneas estratégicas y se elaboraron 7 programas.

**Discusión y conclusiones:** La creación de un Servicio de Prevención en cualquier ámbito laboral requiere la elaboración de previa de un plan estratégico que determine y oriente las actuaciones que debe realizar el servicio. De esta forma se potencia la efectividad y eficiencia del mismo.

**P-172**

## EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DEL CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS EN LA MONITORIZACIÓN DE UN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

R. Martínez, F.T. Moreno, C. Sánchez, D. García, S. Estevez y C. Peral  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Proceso, Porta-objetos.

**Objetivos:** Analizar y monitorizar la actividad por parte del laboratorio de anatomía patológica, respecto al número de "porta-objetos" destinados al diagnóstico anatomiopatológico durante los años 2003-2004, mediante el control estadístico de procesos.

**Material y métodos:** Lugar: Hospital general Universitario de 400 camas. Estudio retrospectivo, iniciativa interna y auto evaluación. Las variables del estudio son: 1) Evolución del número total mensual de porta objetos destinados a diagnóstico. Fuente de datos. Registro informático del laboratorio. Marco muestral: Años 2003-2004. Número de casos evaluados: Todo el universo. Análisis estadístico: Comparativo meses y años. Análisis: Control estadístico de procesos entre una Línea Central (media) y 2 Límites de Control Superior e Inferior, lo que permite asegurar que el diseño del proceso funciona como estaba previsto.

**Resultados:** En el año 2003 se realizó una media mensual de  $3038,66 \pm 558,17$  porta... comparativamente con el 2004 que fue de  $3347,58 \pm 640,11$  (p:n.s.). Mediante el control estadístico del proceso, se analizó la actividad mensual del laboratorio observándose una estabilidad en la actividad exceptuando dos situaciones que coincidían con los meses de agosto en ambos años.

**Conclusiones:** Aunque el estudio se ha realizado de forma retrospectiva, tras la utilización del control estadístico de procesos se ha observado que dichas técnicas estadísticas permiten el conocimiento a tiempo real de la actividad del laboratorio permitiendo la correcta distribución de los recursos.

## MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DIABETES TIPO II

M. Tejero, P. Peña, R. Baena, J.A. Marín, M.A. Santos, V. Gaztelu  
CS La Granja. Jerez de la Fra.

**Palabras clave:** Diabetes, Calidad, Resultados.

**Objetivos:** Aplicar ciclo de mejora continua de calidad al Proceso Asistencial Integrado Diabetes tipo 2 tras dos años de su implantación, en un centro de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud: La Granja (Jerez).

**Método:** Para introducir en los Equipos de Atención Primaria una dinámica de trabajo orientada a mejora continua de calidad, se ha creado un modelo organizativo centrado en la Comisión de Calidad del Distrito en coordinación con las comisiones de calidad de cada centro de Salud. A partir de la evaluación de los criterios de calidad del Proceso Diabetes, suministrada por historia clínica informatizada (universo completo), se aplica, en la Comisión de Calidad del Centro de Salud, las etapas del ciclo de mejora continua empleando técnicas cuantitativas y cualitativas (diagrama causa efecto para cada oportunidad de mejora).

**Resultados:** Evaluación 2004: cobertura del proceso 26,3%, HbA1c registrada 47,1%, hb1c < 8 79,4%, fondo de ojo 32,7%, exploración de pies 24,5%. A continuación se exponen las principales acciones de mejora aplicadas con un plan de implantación específico: Delimitación de una persona referente del proceso. Facilitar e impulsar la utilización del sistema de registros. Reuniones periódicas del referente con el equipo para informar de resultados y medidas de actuación. Coordinación individual de cada médico con su enfermera de UAF para abordaje conjunto del proceso. Implementar programa de retinografía digital para mejorar el cumplimiento de fondos de ojo. Sesiones formativas sobre exploración pies a nivel de EBAP. Actividades educativas grupales a diabéticos. Evaluación 2005: cobertura del proceso 29,54%, HbA1c registrada 61%, hb1c < 8 81%, fondo de ojo 40%, exploración de pies 20,64%.

**Conclusiones:** La aplicación del ciclo de mejora conlleva un mayor cumplimiento de la mayoría de los criterios de calidad. Se detecta subregistro en la exploración de pies, siendo necesaria la reevaluación continua. Una metodología de trabajo centrada en mejora continua de calidad dentro del EBAP, posibilita y facilita el abordaje reglado de las oportunidades de mejora detectadas. Contar con un modelo organizativo de calidad en el centro y Distrito ha facilitado la mejora de la asistencia ofrecida a los pacientes diabéticos.

**P-174**

**P-173**

## PERCEPCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TERAPIA FÍSICA

O. López-León-Murguía, K.F. Lozano y F.C. Ramírez  
Universidad de Guadalajara.

**Palabras clave:** Calidad, Percepción, Rehabilitación.

**Objetivos:** Identificar la percepción del usuario del Proceso asistencial de terapia física.

**Métodos:** Estudio exploratorio. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Universo, formado por los pacientes que acudieron a terapia física. El cuestionario aplicado se adaptó de otro, usado para la evaluación de la percepción de usuarios de servicios asistenciales de primer nivel (Ramírez) previa validación. Se compone de 28 ítems, incluye aspectos relacionados al proceso asistencial (accesibilidad, estructura, proceso y resultado). Manejo estadístico de variables con frecuencias y proporciones. Se realizó previo consentimiento informado del sujeto bajo investigación, protegiendo su privacidad, se considera sin riesgo.

**Resultados:** La percepción del usuario fue buena en el 66,5% de los casos. Esta cifra no corresponde al grado de satisfacción general encontrado en otros estudios de percepción de calidad (81,2%, en Ramírez, Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios), contrastando aún más con la percepción encontrada en usuarios que acudieron a instalaciones privadas (90%) en el mismo estudio, siendo más aproximado a la percepción de calidad en usuarios de instituciones de seguridad social (73,5%). Sin embargo, independientemente de las proporciones, los motivos de percepción de mala calidad en la atención observados en el presente estudio, si son similares a lo reportados en otros estudios, siendo los tiempos de espera para la atención especializada el principal de ellos.

**Conclusiones:** Se exploró por primera vez la percepción que tienen los usuarios del Proceso Asistencial de Terapia Física. La mayor parte de las dimensiones analizadas se perciben con satisfacción por los usuarios. El 65,5% de los encuestados perciben el proceso asistencial como bueno. Los aspectos más ponderados en sus diferentes dimensiones fueron para el trato humano por el personal y la satisfacción en las cuotas de cobro por los servicios recibidos. En la accesibilidad, la mayoría de los encuestados opina que la obtención de cita al especialista y los tiempos de espera con el mismo no son los más adecuados a sus necesidades. Estas cifras, deberán alertar a los gestores de la asistencia de la salud que provee el Estado, al menos en este servicio, para mejorar sus funciones; motivando con ello su credibilidad, aceptación y confianza de la sociedad; debiendo ser este tipo de evaluaciones, enfocadas en los usuarios, una parte rutinaria de su quehacer.

**P-175**

## GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCA

M.A. Morey, M. Acedo, M. Ocon, V. Llodra, M.A. Maestre y J.M. Burrueto  
Fundación Hospital Manacor.

**Palabras clave:** Recepción, Incidencias, Calidad.

**Objetivo:** Se plantea evaluar las incidencias detectadas en el proceso de recepción de medicamentos, con objeto de conocer los tipos, estandarizar las medidas para solucionarlas y mantener el listado de clasificación de proveedores.

**Material y métodos:** En el área de recepción se dispone de una hoja de registro de incidencias con los siguientes ítems: proveedor, fecha de la recepción, nombre o referencia del producto, descripción de las causas del rechazo, acciones emprendidas y la firma del responsable de recepción. Se dispone también de unos carteles indicadores del estado de la recepción: "Pendiente de recepción"; "Aceptado"; "Bloqueado" y "Rechazado". El personal auxiliar de enfermería mediante la hoja de registro informa a las administrativas de las incidencias, siendo éstas las encargadas de mantener la base de datos, clasificarlas por proveedor e iniciar las acciones para solucionarlas (el informe se envía al laboratorio que causa la incidencia con la descripción del producto y observaciones firmado por la persona que lo realiza). El mantenimiento de esta base de datos nos da información sobre el tipo de incidencia y el porcentaje de las mismas asociadas a cada proveedor lo cual es, una medida indirecta de la calidad de su servicio. Como consecuencia de esto los proveedores del servicio de farmacia son clasificados como "APTOS" o "NO APTOS", siendo estos últimos excluidos como proveedores nuestros.

**Resultados:** El Servicio de farmacia presenta las tablas de registro de incidencias desde enero 2002 hasta abril 2005. El total de incidencias registradas fue de 73. La clasificación por tipos fue: 54,8% pedidos que llegan sin albarán, 20,5% roturas de envases, 15,11% errores de envío, 6,85% pedidos incompleto y 2,74% otras incidencias. Las medidas tomadas por tipo fueron respectivamente: reclamar albarán, solicitudes de reposición de envases rotos, gestionar el envío de la medicación correcta y la recogida de la mercancía errónea, contactar con el proveedor para el envío de la totalidad del pedido.

**Conclusiones:** La estandarización y homogeneización de actuaciones en la recepción de medicamentos nos ha llevado a mejorar la calidad en este punto crítico del proceso de adquisición de fármacos, permitiéndonos una relación más fluida con la industria farmacéutica y garantizando a nuestros usuarios que el medicamento disponible en el servicio de farmacia ha sido entregado en perfectas condiciones y en los plazos pactados con los proveedores.

P-176

P-178

## INDICADORES DE CALIDAD EN CÁNCER DE MAMA: IMPACTO DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD FUNCIONAL

M. Casamitjana, I. Collet, F. Macià, I. Tusquets y F. Ferrer  
Hospital del Mar. Barcelona.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, Unidad funcional, Resultados.

**Objetivos:** El cáncer de mama es una enfermedad de gran incidencia poblacional, por lo que en la mayoría de hospitales cuentan con un gran número de casos atendidos. En los hospitales del Mar y de la Esperanza de Barcelona se diagnostican y tratan entorno a 200 mujeres al año, un tercio procedentes del programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama. En el año 2003, en el marco del Plan Oncológico del IMAS, se impulsó la creación de la Unidad Funcional de Cáncer de Mama (UFCM) como instrumento de gestión clínica para homogeneizar la asistencia y aumentar su calidad, acompañado de un sistema de información (SisOnco) que permitiera objetivar dichos cambios.

**Material y métodos:** Conociendo los recursos humanos, físicos y tecnológicos, la actividad, la población de referencia, la atracción y el análisis del proceso asistencial existente, se definió la nueva UFCM, que tuvo en cuenta las disfunciones y déficits de la atención del cáncer de mama. Se diseñó el nuevo organigrama funcional con la incorporación de un coordinador y una gestora de casos, se elaboró una guía clínica y nuevos circuitos que garantizasen una gestión más personalizada.

**Resultados:** Con idéntico número de casos (207 en el año 2003 y 208 en el 2004), observamos que la estancia media en los servicios quirúrgicos implicados ha variado de 3,5 a 4,4 días en Cirugía general y de 8,2 días a 5,3 en Ginecología. Del total de mujeres con cáncer de mama, en el año 2003 un 61% pertenecían a la zona de referencia, mientras que en el 2004 eran un 64%, aumentando en un 4% (de 79% a 83%) el índice de atracción. Respecto al intervalo de tiempo entre la 1ª consulta y el tratamiento, la mediana ha mejorado en tres días, de 41 a 38. El intervalo entre el diagnóstico patológico y el tratamiento también ha mejorado en 4 días de mediana (29 días en el 2003 y 25 en el 2004), con un 72,5% de pacientes que tardan 30 días o menos. Por otra parte el tratamiento quirúrgico conservador ha aumentado un 5% (de 64% a 69%).

**Discusión:** Se constata un mantenimiento en el número de casos anuales, así como que el cumplimiento de la guía clínica y de los nuevos circuitos ha aportado una mejora global y más homogeneidad en la estancia media, un aumento de las mujeres con cáncer de mama procedentes del área de referencia y una ligera mejora en el tiempo de tratamiento, especialmente en el intervalo diagnóstico-tratamiento, que aún estaría por debajo del objetivo de calidad de la UFCM (máximo de 30 días para el 90% de las pacientes).

## MEJORAR LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA CON EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

J.R. Villalbi, J. Guix y M. Ballestin  
ASPB. Barcelona.

**Palabras clave:** Gestión-cuadro de mando integral-dirección.

El Cuadro de Mando Integral (CMI) es un instrumento para la planificación. Evita que los objetivos de la dirección se concentren en el corto plazo y los rendimientos actuales para introducir una perspectiva más integral, al incluir a accionistas, clientes, procesos clave y crecimiento y desarrollo de la organización. Se ha probado su uso en el sector público, y hay intentos de aplicación al sector sanitario. Presentamos nuestra experiencia en la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), organización consorcial del ayuntamiento y el gobierno autónomo que integra los servicios de salud pública dirigidos a la ciudad como ventanilla única de la administración. El equipo directivo requirió de discusiones con apoyo externo para clarificar los conceptos subyacentes en el CMI, adaptarlos a una organización pública distinta del medio en que se diseñó y adoptarlo como instrumento. Esto llevó a la construcción de un CMI por el Comité de Dirección en el año 2002, a la posterior evaluación del grado de consecución de los objetivos, y a su revisión periódica. Se ha avanzado en la formulación de CMIs de segundo nivel en diversas parcelas de la organización, llegando en 2004 a todas las direcciones. La adopción del CMI comportó un esfuerzo previo de clarificación sobre quienes son los accionistas y los clientes de una organización pública como la nuestra. También llevó a analizar la actividad y la producción, así como un modelo de procesos. Se pueden relacionar con el uso del CMI la definición de la misión; la política de calidad y el plan que la desarrolla (en clara interacción con el CMI); la formulación de un plan de comunicación con énfasis en la definición de canales de comunicación interna; el manual de imagen corporativa; el desarrollo de acciones de formación dirigidas a cuadros y mandos; la explicitación del catálogo de servicios, la confección de una cartera de clientes y la realización de acciones para conocer mejor sus opiniones y preferencias y personalizar la oferta de servicios para algunos; y la confección del modelo de procesos. Creemos que con el CMI se ha cohesionado la dirección y el conjunto de la organización, permeando la gestión con los objetivos estratégicos. Hemos integrado más la relación con los clientes, iniciado mejoras en procesos transversales complejos, y desarrollado elementos orientados al desarrollo de cuadros y personal. Al tiempo, los mandos han pasado a valorar más las necesidades de las administraciones titulares de la agencia que conforman sus órganos de gobierno.

P-177

P-179

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS

V. Soria-Aledo, A. Munilla-Das, M. Ventura-López, J.J. González, B. Flores-Pastor y J.L. Aguayo-Albasini  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Náuseas y vómitos, Cirugía, Protocolo.

**Objetivo:** Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son aquellos que se presentan en los pacientes desde que acaba la intervención quirúrgica hasta las primeras 48 horas. El objetivo de este trabajo es la realización de una Guía de Práctica Clínica que permita facilitar la toma de decisiones para establecer tanto la profilaxis como el tratamiento de las NVPO.

**Método:** Se elaboró un grupo multidisciplinar, compuesto por anestesistas, cirujanos y farmacéuticos. Se revisó una serie previa de 61 pacientes operados. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia, anestésico general utilizado, profilaxis antiemética, incidencia de NVPO y tratamiento de rescate utilizado. Se realizó un estudio bibliográfico para cuantificar el riesgo de NVPO en función de diferentes factores, así como para definir las estrategias que lo reducen.

**Resultados:** Aparecieron diferencias significativas relacionadas con la edad entre las 6-48 horas tras cirugía. El número de varones que presentaron NVPO fue de 12 (48%) mientras el de mujeres fue de 20 (55.6%). En referencia al tipo de anestesia, se apreciaron diferencias significativas al comparar la incidencia de NVPO entre los grupos que recibieron anestesia general y anestesia regional. El número de pacientes con anestesia general que presentaron NVPO fue de 30 (58.8%) mientras el de pacientes con anestesia general fue de 2 (20.0%),  $p = 0.037$ . Al evaluar la incidencia de NVPO según el anestésico general empleado, no hubo diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias con respecto al uso y al tipo de profilaxis antiemética y su relación con la aparición de NVPO. Se elaboró una Guía de Práctica Clínica compuesta por dos partes principales: una tabla para clasificar el riesgo de NVPO en anestesia general y las estrategias para reducir dicho riesgo y otra tabla con el manejo farmacológico de las NVPO, según el riesgo emético en adultos y niños y diferenciando profilaxis, tratamiento y tratamiento de rescate.

**Conclusiones:** Con la implantación de esta Guía de Práctica Clínica se pretende estandarizar la prevención y el tratamiento de esta complicación así como disminuir la estancia hospitalaria y el índice de conversión de pacientes de CMA así como aumentar la satisfacción del usuario.

## CÁNCER DE MAMA: "DE UN PROGRAMA DE SALUD A LA GESTIÓN DE UN PROCESO"

R. Fraile-Castelao, I. González-Román, F. Revilla-Ramos, G. Doménech-Muñoz y J.M. Oto-Terrer  
Consejería de Sanidad. JCYL.

**Palabras clave:** Detección precoz, Cáncer de mama, Gestión procesos.

**Objetivos:** Integrar el Programa de Salud de Detección Precoz del Cáncer de Mama, de base poblacional y organización regional, en funcionamiento en Castilla y León desde 1992, en el proceso global para el abordaje integral del cáncer de mama, desde la perspectiva de la gestión por procesos. Se pretende, además, responder a las necesidades de pacientes y familiares y facilitar la tarea de los profesionales.

**Método:** En el marco de la planificación regional contra el cáncer, en abril de 2003 se pone en marcha el "Proyecto Oncoguías", el cual partiendo de la herramienta metodológica de la gestión por procesos pretende el abordaje multidisciplinar a los tipos de cáncer más relevantes, desde una perspectiva orientada a la calidad total y a la satisfacción de los usuarios. El 10 de julio del año 2003 se formó el grupo específico del cáncer de mama. Desde el principio quedó determinada la necesidad de que formara parte del grupo de trabajo el responsable en la Comunidad del programa de salud de detección precoz del cáncer de mama. Se realizaron dos grupos focales, uno de pacientes y otro de familiares, al objeto de incorporar en el proceso las necesidades y expectativas de los mismos.

**Resultados:** Tras trece meses de trabajo ha quedado diseñado el "Proceso Integral del Cáncer de Mama" que incluye desde la captación de la mujer de riesgo asintomática hasta el fallecimiento, abandono voluntario o derivación a paliativos. El proceso diseñado se ha entendido constituido por dos subprocessos: "Detección Precoz" y "Cáncer de Mama", propiamente dicho, coordinados entre sí y con una relación de tiempos y características de calidad definidos. El proceso diseñado ha quedado plasmado en un documento guía que, en 266 páginas, recoge de forma precisa la atención de la paciente en los distintos niveles asistenciales, establece los criterios de derivación, define responsabilidades, señala tiempos máximos de espera, marca criterios de calidad, indica las claves para la evaluación sistemática, y orienta la práctica clínica hacia la mejor evidencia científica disponible, tanto en el ámbito de la salud pública como en el de la asistencia sanitaria.

**Conclusiones:** La Consejería de Sanidad de Castilla y León ha conseguido integrar en un proceso global para la gestión, el programa de detección precoz de cáncer de mama, en funcionamiento en la Comunidad desde hace años. La gestión integral del proceso redundará en la mejora en la atención de las mujeres con un resultado positivo en la mamografía y los casos diagnosticados como malignos.

**P-180**

## PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE CONTROL DEL SERVICIO DE LIMPIEZA EN EL HOSPITAL DE MOLINA

E. Sánchez, A. Marín, J. Ibañez, F. Guirado, D. Menchón y A. Gómez  
Hospital de Molina.

**Palabras clave:** Control, Limpieza, POC.

**Objetivos:** Procedimentar el método de inspección del servicio de limpieza del hospital. Mantener todas las instalaciones del hospital limpias y controladas. Conseguir que todo el personal de limpieza del hospital conozca el sistema de control de limpieza.

**Método:** Se realiza un protocolo con formato POC en el que se especifica el objeto (objetivo), alcance (en quien se va a aplicar), documentación de referencia, quienes van a ser los responsables de que dicho protocolo se lleve a cabo, se justifica el motivo por el cual se debe cumplir el sistema de control, se especifica cómo se va a llevar a cabo el procedimiento y se adjuntan los diferentes formatos que se van a necesitar para lograr un control del servicio de limpieza. Se realiza una revisión periódica y programada por todas las áreas del centro. Se llevará a cabo una inspección semanal por parte de la responsable del equipo de limpieza. Donde rellenarán las conformidades y no conformidades de cada instalación de acuerdo a un check-list que define las diferentes zonas a inspeccionar de cada área hospitalaria. Posteriormente hará llegar el resultado de las inspecciones a los coordinadores de calidad y al director de gestión, los cuales harán una evaluación de los resultados y pondrán en marcha las estrategias de mejora o medidas correctivas que consideren necesarias. Una vez realizada la inspección al completo se iniciará una nueva revisión transcurrido un mes y así sucesivamente durante todo el año. Además de esto la responsable del equipo de limpieza hará llegar a los trabajadores de su servicio unas hojas donde deberán firmar diariamente y por turnos en todas las áreas hospitalarias donde han llevado a cabo su actividad, además de los resultados obtenidos en las inspecciones.

**Resultados:** Tras la primera inspección se han recogido un 73% de conformidades y un 27% de no conformidades. La cumplimentación de las hojas de firmas hasta la fecha es de un 84%.

**Conclusiones:** Gracias al desarrollo de un sistema procedimentado para el control del servicio de limpieza del hospital, se ha hecho saber específicamente a los trabajadores de dicho servicio la existencia de éste y se ha especificado más cuáles son las tareas que deben desempeñar. El desarrollo de este sistema se ha conseguido procedimentar y protocolizar todo el sistema de revisión de la limpieza del hospital. Desde el cumplimiento de las tareas diarias, hasta el desempeño correcto de estas y consecuentemente la limpieza e higiene del hospital se mantienen controladas.

**P-181**

## PLAN DE SEGUIMIENTO DE PROCESOS EN UN ÁREA DE SALUD

D. González, J. González, T. Quirós y C. Trescoli  
Hospital de la Ribera.

**Palabras clave:** Process Assessment.

**Objetivos:** A finales de 2004, dentro de la estrategia de Gestión por Procesos del Área 10 de Salud de la Comunidad Valenciana, creamos la Comisión de Procesos. Uno de los principales objetivos de esta Comisión es realizar un seguimiento de las actividades necesarias para el desarrollo de los procesos clave de la Organización.

**Métodos:** Definimos las etapas por las que atraviesa un proceso para su puesta en marcha en nuestra Organización y acordamos un calendario de cumplimiento de las mismas. Establecemos una vía de comunicación entre la Comisión y los grupos de trabajo a través de los líderes de cada proceso. Así pudimos conocer el grado de cumplimiento del calendario establecido. Diseñamos una base de datos donde almacenar la información relativa al seguimiento de los procesos, de forma que fuese ágil su posterior explotación.

**Resultados:** Disponemos del calendario previsto para cada uno de los procesos clave de la Organización y conocemos el estado en que se encuentra cada uno de ellos. De este modo podemos detectar la desviación que pueda haber respecto a la programación inicial. Contamos con un registro de los componentes de los grupos de trabajo y sus características (profesión, servicio o área de trabajo, función dentro del grupo, forma de contacto, etc.).

**Conclusiones:** La progresiva implantación de la gestión por procesos en nuestra Área de Salud está generando un aumento exponencial de la participación de grupos de trabajo. El seguimiento de estos grupos es fundamental para que los procesos lleguen a ponerse en marcha de un modo adecuado. Establecer una sistemática en el diseño e implantación de cada proceso, un calendario previsto para los procesos clave priorizados y un registro de todas las variables relevantes relacionadas con los mismos nos ha permitido llevar de un modo mucho más eficaz la gestión por procesos en nuestra Área de Salud.

**P-182**

## TRABAJO BASADO EN GRUPOS DE MEJORA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE UN DISTRITO

J. Rodríguez, M. Morcillo, E. Muñiz, C. Murillo, C. Zarallo y A. Miquel  
Gerencia Área 8 Atención Primaria. Madrid.

**Palabras clave:** Grupo de mejora; procesos

**Objetivos:** 1. Conocer e identificar las oportunidades de mejora que más preocupan en los EAPs del distrito. 2. Clasificación y priorización de los mismos. 3. Intervenir en aquellas oportunidades con posibilidad de abordaje en los propios centros de Salud o dependientes de la Gerencia. 4. Elaborar un mapa de los procesos principales en las organizaciones de un EAP.

**Método:** Análisis de situación: actas de reuniones del equipo directivo del EAP. Identificación de las oportunidades de mejora: Agrupadas en 1) Organización EAP, 2) Gerencia y usuario; 3) Atención Especializada. Se organizaron los equipos directivos de los EAP (Coordinador Médico, Responsable de Enfermería y Jefe de Equipo) en grupos focales multidisciplinares para tratar cada uno de los bloques. Se desarrolla la gestión de los subprocessos relacionados con la organización interna.

**Resultados:** Los grupos creados trataron: *Grupo 1: Oportunidades de mejora la organización del EAP. OM1.* *Grupo 2: Consenso en los procedimientos relacionados con Gerencia. Relación con el Usuario y la Comunidad: Análisis de las reclamaciones e información de actividades en colaboración con el ayuntamiento y las asociaciones.* *Grupo 3: Relación con Atención Especializada e Inspección.* El grupo 1 está elaborando diferentes procesos como la recepción y canalización de algunos circuitos clínico administrativos (recepción y organización de la atención domiciliaria a demanda, el circuito de entrega de partes de confirmación en el área administrativa, etc.) El grupo 2 estableció como prioritario, temas relacionados con las normas de solicitud de permisos, incentivación, etc. El grupo 3 repasó los aspectos más relevantes en la coordinación y colaboración con Atención especializada y los servicios de Inspección.

**Conclusiones:** La formación de Grupos de Mejora multidisciplinares permiten un abordaje integral de los diferentes problemas. Estos grupos a su vez pueden transmitir esta metodología en sus respectivos EAPs permitiendo la implicación de gran número de profesionales en la mejora de la organización, facilitando el consenso y la adopción de mejoras intraequipo. La elaboración de procesos ideales consensuados, permite la disminución de la variabilidad y la mejora de la organización.

**P-184**

**Palabras clave:** factores psicosociales, clima organizacional  
**Introducción:** En el sector sanitario los factores psicosociales son un agente muy importante en la génesis de problemas de salud. El objetivo de este estudio es determinar dentro del sector sanitario la relación existente entre el desempeño de labores asistenciales a pacientes y el nivel de clima organizacional existente en la organización, así como estudiar los factores asociados al nivel de clima organizacional.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: Geográfico: Complejo Hospitalario y Distrito Sanitario de Jaén. Temporal: junio de 2004 de 2.004 a diciembre de 2.004. Población de estudio: Para alcanzar los objetivos planteados se han seleccionado dos centros sanitarios, el Complejo Hospitalario de Jaén, donde se realizan labores asistenciales, y el Distrito Sanitario de Jaén, donde no se realizan, y se ha medido el clima organizacional en ambas instituciones. Variables de estudio: edad, género, estado civil, nivel de estudios, categoría profesional, tipo de trabajo, tipo de contrato, antigüedad en la empresa, clima organizacional global y su dimensiones, satisfacción laboral, salud percibida y problemas de salud. Análisis estadístico: se emplearon los test de la Ji Cuadrado, la t de Student, el ANOVA de un factor y la correlación de Spearman.

**Resultados:** La puntuación total media del cuestionario WES de los trabajadores muestreados es 4,38 (DE: 1,43) puntos en el complejo Hospitalario y 4,39 (DE: 1,24) puntos en el Distrito Sanitario. En el complejo el centro con mejor nivel de clima es el Dr. Sagaz y en el Distrito el CS el Valle. La categoría profesional con mejor nivel de clima en el Complejo es la de personal de cocina y en el Distrito la de auxiliares de enfermería y técnicos especialistas. Los factores asociados al clima organizacional en el Complejo han sido: centro particular de trabajo ( $p = 0,02$ ), categoría profesional ( $p = 0,01$ ) y nivel de estudios ( $p = 0,02$ ). En el Distrito han sido: centro de trabajo ( $p < 0,001$ ), estado civil ( $p = 0,002$ ), puesto de trabajo ( $p = 0,032$ ) y antigüedad en la empresa ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El desempeño de labores asistenciales en el sector sanitario no se ha asociado a unos peores niveles de clima organizacional. Como expone el estudio los factores que condicionan el nivel de clima organizacional están relacionados con variables personales y del centro concreto de trabajo.

## Defensa de póster (II)

**Palabras clave:** Gestión por procesos, Servicios de Atención al Usuario.

**Introducción:** Conocer la opinión del usuario permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados y adaptar los servicios de salud a sus demandas, necesidades, expectativas y preferencias. Uno de los métodos existentes para "escuchar la voz del cliente" de los servicios sanitarios es la medición indirecta de su satisfacción, mediante la recogida y análisis de las quejas y reclamaciones. Las Oficinas de Atención al Usuario del SESCAM disponen de una aplicación que permite la informatización de los procedimientos de recogida, clasificación y análisis de las quejas y reclamaciones presentadas. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha avanzado en el diseño de protocolos unificados.

**Objetivo:** Definir el mapa de procesos de la Oficina de atención al usuario de los SSSC del SESCAM y de los Servicios de Atención al Usuario de la Gerencia de A. Especializada de Toledo. Los procesos principales a estudiar son: información al usuario; realización de estudios de satisfacción; recopilación; y tramitación y contestación de quejas, reclamaciones y sugerencias. Este último proceso será estudiado con más detalle, y las propuestas de mejora se referirán a él.

**Método:** Se definirá el diagrama de flujo del proceso, representando las actividades que engloba de forma secuencial, relacionándolas entre sí. El proceso comienza con la recepción de la demanda y finaliza con la respuesta al demandante. Para establecer los indicadores del proceso y sus estándares, se deberán revisar los resultados de los indicadores correspondientes en los datos publicados por nuestras unidades de atención al usuario y se deberán consensuar los correspondientes estándares para cada uno de los criterios.

**Resultados:** Se ha obtenido un diagrama de flujo que describe los procesos de: gestión de reclamaciones; gestión de consultas y gestión de órdenes de asistencia, que ha permitido detectar una serie de pasos innecesarios que reducen la eficacia del trabajo.

**Conclusiones:** La descripción de los procesos más importantes gestionados desde el Servicio de Atención al Usuario es un primer paso muy útil para su rediseño y mejora.

## NADANDO EN UN MAR DE PROCESOS

L.A. Hijos, F. Aranguren, L. Rubio, C. Figueras, I. Abadía  
y V. Torres  
CS de Grañén, Zaragoza.

**Palabras clave:** Gestión por procesos, Atención primaria.

**Introducción:** En el año 2003, se abordaron como áreas de mejora la organización del EAP y la toma de responsabilidades. Entre las medidas de mejora se objetivaron las áreas de responsabilidad considerándolas como un primer acercamiento a un mapa de procesos de nivel general. Así, la responsabilidad interconectaba e interactuaba con los distintos procesos. El objetivo será introducir la Gestión por Procesos en nuestro sistema de calidad. El cambio de gestión se producirá de forma paulatina y consensuada, hasta su implantación.

**Método:** Las primeras intervenciones fueron las relacionadas con: -Definir la misión/visión del EAP. -Realizar un mapa de procesos de primer nivel. Misión/interrelaciones/clientes. -Definir las responsabilidades de los propietarios. (v.g. mediante protocolos). -Asignar propietarios-responsables a los mismos. -Selección de procesos críticos. -Desarrollo de procedimientos en los procesos priorizados. Estas actividades fueron realizadas en reuniones específicas de calidad. Una vez seleccionados los procesos, se desarrollaron mediante Grupos de Trabajo en Calidad.

**Resultados:** Se ha realizado el mapa de procesos del Centro de Salud definiendo los procesos clave, estratégicos y de apoyo. Posteriormente, se priorizó la actividad en dos procesos "críticos": atención al cliente y programas de salud. El desarrollo de cada uno de ellos es desigual, siendo de mayor profundidad en el relativo a la atención al cliente. Este último consta de 5 subprocesos sobre los que se han efectuado procedimientos específicos. Solamente en éstos se ha realizado la asignación de propietarios.

**Conclusión:** Al introduciéndonos en la gestión por procesos de una forma general e inespecífica y desde un punto de vista teórico, se puso en evidencia la necesidad de llevar la misma a un terreno más concreto y práctico. Así en un ámbito más pragmático decidimos abordar otras áreas de mejora que surgieron en el centro: mantenimiento área de urgencias (proceso de primer nivel: Apoyo logístico), satisfacción del cliente externo (proceso estratégico: voz del cliente) y acogida del nuevo personal (proceso apoyo: coordinación). Dentro de la gestión por procesos iniciada continúa la actividad focalizada en los procesos clave realizando los indicadores de seguimiento. Creemos que la implantación de la gestión por procesos en un centro de salud rural debe tener en cuenta las dicotomías top/down y teoría/práctica en ambos sentidos para así lograr que la gestión por procesos se integre a las actividades diarias.

P-186

## EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES EN LA ATENCIÓN A LA CEFALEA EN UN ÁREA DE SALUD

A.J. Novoa, E. Alías, M.D. Lázaro, J. López-Picazo,  
T. Fernández y S. Sánchez  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Coordinación, Niveles, Cefalea.

**Introducción:** La cefalea, por ser muy prevalente, de diagnóstico fundamentalmente clínico, tratamiento estandarizado y en la que el acceso a la prueba complementaria princeps (TAC) estaba limitado a los médicos de cabecera, fue la patología escogida para llevar a cabo una experiencia de coordinación entre niveles asistenciales.

**Objetivos:** Mejorar la atención a los pacientes con cefalea.

**Metodología:** Tras la creación de un Grupo de Trabajo formado por médicos de atención primaria, neurólogos, radiólogos, médicos de urgencias y directivos de ambos niveles, y tras una revisión sistemática, se consensuaron definiciones, clasificaciones, tratamientos y criterios de derivación a urgencias, consulta del especialista y petición de TAC. Se diseñó una hoja de derivación con los ítems más relevantes para tomar decisiones en la que se incluyó un algoritmo diagnóstico y terapéutico. Se rediseñaron circuitos administrativos y se estableció un dispositivo en forma de consulta de alta resolución para atender a los pacientes derivados.

**Resultados:** Durante los primeros 8 meses de funcionamiento del circuito, han sido derivados por esta vía 46 pacientes (86% mujeres) con una edad media de 38 años. Todos los médicos de cabecera llenaron la hoja de derivación prácticamente en su totalidad. El diagnóstico de presunción más frecuente fue la migraña (43%), seguida de la cefalea tensional (28%), secundaria (10%), por abuso de analgésicos (8,6%) y racimos (2 casos). El motivo de la derivación fue la no respuesta al tratamiento (39%), atipicidad (26%), reciente comienzo (10%), alteraciones neurológicas asociadas (10%) y 1 caso para segunda opinión. De los pacientes remitidos, 36 (78%) requerían tratamiento preventivo, estando pautado tan solo en 13 (36%). El diagnóstico de presunción y el del neurólogo fue coincidente en el 45% de los casos. La consulta fue citada en una media de 16,75 días y se requirió una sola visita en el 86% de los casos, habiéndose solicitado TAC en 13 casos (28%).

**Conclusiones:** Las conclusiones son muy preliminares pero podemos destacar el éxito de la alta resolución con esta patología, la importante concordancia diagnóstica, la alta calidad de los informes de derivación y la necesidad de incidir en la prescripción de tratamiento preventivo.

P-187

## INDICADORES DEL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER COLORRECTAL EN EL ÁREA DEL ALJARAFE

M. Reig, F. Alba, K. Sellam, J.J. Torres, J.M. Romero y J. Díaz  
Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

**Palabras clave:** Cáncer, Colorrectal, Proceso.

**Introducción:** La implantación del proceso "Cáncer Colorrectal" (CCR) nos ha obligado al análisis de situación en el diagnóstico y terapéutica de esta patología con implicación de los diferentes niveles asistenciales así como de los diferentes servicios de nuestro centro.

**Objetivo:** Análisis de situación asistencial y terapéutica de la patología neoplásica colorrectal.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de tipo retrospectivo desde Enero de 2004 hasta Diciembre del mismo año de los pacientes diagnosticados y tratados por neoplasia maligna de colon y recto. **Analizando:** Indicadores de tiempo de ejecución, Indicadores de calidad científico-técnica, indicadores de efectividad e indicadores de satisfacción y producción de servicios.

**Resultados:** Se han realizado un total de 150 colonoscopias por sospecha de CCR. Se han diagnosticado un total de 65 CCR. Se han realizado un total de 56 intervenciones por CCR, 49 con intención curativa, 38 cirugías electivas, 18 cirugías urgentes. La distribución de las neoplasias intervenidas ha sido: 11 colon derecho, 8 colon izquierdo, 23 sigma, 2 trasverso y 12 recto. Se ha realizado una amputación abdomino-perineal. Nuestro tiempo de demora de 1ª consulta especializada es inferior a 7 días, la demora para intervención quirúrgica desde el diagnóstico es inferior a 4 semanas con una media de 13 días. En cuanto a los indicadores de calidad científico-técnica: el número de resecciones curativas es superior al 60%, situándose en el 85,5%; el número de ganglios linfáticos aislados de la pieza quirúrgica es superior a 12, con una media de 14 exceptuando las resecciones urgentes donde se sitúan en 10 de media. En las resecciones de recto se realiza escisión total del mesorrecto. En cuanto a los indicadores de efectividad: la tasa de infeción de herida se sitúa en un 8,9% siendo inferior al 10% indicado por el proceso. La mortalidad se ha situado en el 1,7% en la cirugía electiva e inferior al 8% en la urgente. La dehiscencia de anastomosis se sitúa en torno al 1,7% del global.

**Conclusiones:** La puesta en marcha del proceso CCR implica a distintos servicios y niveles asistenciales, la colaboración entre los mismos y la disponibilidad de medios posibilitan que el primer año de funcionamiento de nuestro centro estos resultados se encuentren dentro de los estándares aceptados para el proceso asistencial de CCR.

P-188

## MEJORAS EN CALIDAD DE DERIVACIÓN Y DISMINUCIÓN DE TIEMPOS DIAGNÓSTICOS EN SOSPECHAS DE PATOLOGÍA MALIGNA DE MAMA

E. Alonso, J. Nieto, J.E. Fernández, I. Casas, F. Forja y R. Pereiro  
Distrito APS Bahía de Cádiz-La Janda.

**Palabras clave:** Triage, Patología, Mamaria.

**Introducción:** El cáncer de mama constituye un importante problema de salud siendo la primera causa de muerte por neoplasia en las mujeres de nuestra Comunidad Autónoma y el tumor más frecuente en las mismas. En el período de junio – julio de 2003 se puso en marcha este Proceso Asistencial en el Área de Cádiz – San Fernando de forma coordinada entre el Hospital Puerta del Mar de Cádiz y el Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz – La Janda estableciéndose mecanismos de coordinación diseñando un circuito específico, una Unidad de Patología Mamaria de referencia y una consulta de Triage que recibe la derivación de Atención Primaria.

**Objetivos:** En este sentido, una vez iniciada la actividad, nos interesa conocer y medir de forma directa la adecuación de la derivación y los circuitos establecidos y como repercute en la disminución de tiempos desde diagnóstico a intervención, y si se cumplen los criterios de derivación establecidos.

**Método:** Una vez diseñada la arquitectura 3 y 4 se realizan reuniones de consenso, se da formación general a los referentes de los Centros y se reivierte de forma periódica los resultados a los Centros participantes desplazándose el equipo de implantación (que se constituye a su vez en grupo de mejora) a todos y cada uno de los Centros comentando lo resultados y recogiendo las demandas y sugerencias ó problemas detectados. Se analizan las historias de las derivaciones a la UPM al inicio y a fecha actual analizando las distintas variables de calidad de derivación, demoras, etc.

**Resultados/ conclusiones:** La demora media para diagnóstico no estaba cuantificada en 2003, cuando se inició la consulta de "Triage" estaba en 8,2 días y en 2004 bajó a 5,18 día. Las demoras para el diagnóstico estaban antes de la Consulta de Triage en 4,7 días y en 2004 está en 3,46 días. El Percentil 90 en demoras para CMA se reducen en 51 días (84 a 33), el percentil 90 en demora para cirugía patología maligna baja de 40 a 26 días. El porcentaje de pacientes bien derivadas según Criterios del Proceso se incrementa en 9 puntos porcentuales estando en el 77% (68% nódulo palpable, 23% mastalgia, 5% secreción telar y 2% alteración complejo areola-pezón). La dinámica de procesos y la coordinación entre los niveles intervinientes con constante feed-back nos acerca a índices de calidad importante con buena repercusión para la paciente y profesional.

P-189

## DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

M. Pérez, R. González, J. Letona, M. García, N. Zamora y J. Agirrebeña  
Organización Central de Osakidetza.

P-190

**Palabras clave:** Gestión proceso asistencial.

Dentro de los planes de actuación corporativos 2004-2005 se identificaron como estrategias básicas para el despliegue de los objetivos del plan de calidad: el desarrollo de un proyecto corporativo de gestión de procesos acorde con norma ISO.

**Objetivo:** Desplegar los objetivos definidos en el Plan de calidad relacionados con la calidad del servicio sanitario.

**Métodos:** Desarrollar un proyecto corporativo de gestión de procesos aplicado al proceso asistencial acorde con la Norma ISO. Identificar los obj. específicos del Plan de Calidad que podían ser desplegados a través de la gestión del Proceso Asistencial. Estos estaban relacionados con las dimensiones habituales de la calidad del servicio sanitario (Efectividad, continuidad atención, adecuación, seguridad, accesibilidad, trato y hostelería e información). Construir la ficha de proceso teniendo en cuenta que: Estos obj. debían condicionar la misión del proceso. - Se debían identificar las actividades que deberían formar parte del proceso para dar respuesta a los obj. Planteados. Era necesario identificar las interacciones a gestionar especialmente en el área de continuidad de la atención. Se debían identificar los puntos críticos y los indicadores que permitieran monitorizar el cumplimiento de la misión.

**Resultados:** Esta metodología se ha aplicado a un total de 22 procesos asistenciales de diferentes ámbitos hospitalarios (hospitalización, UCI, Urgencias y SM). En la misión del proceso se incluyen los objetivos generales: "...adoptar medidas necesarias para minimizar los riesgos inherentes a la hospitalización y garantizando la accesibilidad..." (obj. seguridad y accesibilidad), "...garantizando la continuidad en la atención, un trato adecuado y una información comprensible y adecuada al paciente y/o sus familiares..." (obj. continuidad de atención, trato e información). Igualmente se incluyen en las actividades: "Elaboración del Plan de Cuidados (acogida, riesgo de UPP, riesgo de accidentes)", "Emisión de informes de continuidad de cuidados", "Vías clínicas".

**Conclusiones:** El sistema de gestión de procesos aporta una estructura básica organizativa que permite la incorporación de requisitos en los diferentes ámbitos de las organizaciones. La gestión del proceso asistencial permite desplegar y trabajar los obj. del Plan de Calidad relacionados con la calidad del servicio sanitario.

## PLAN DE IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN EL ÁREA DEL H.U. PUERTA DEL MAR-DISTRITO BAHÍA DE CÁDIZ

A. Cazenave, I. Jiménez, A. Pineda, J.J. Montero y P. Cantizano  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

P-191

**Palabras clave:** Implantación procesos asistenciales.

**Introducción:** La Gestión por Procesos Asistenciales se ha convertido en una herramienta básica en la atención sanitaria del SSPA. Su desarrollo, la metodología de implantación de los procesos, la creación de grupos de mejora y la monitorización de indicadores de calidad son elementos cruciales de la gestión sanitaria y de nuestra práctica diaria. Desarrollar un plan de implantación que analice y recoja las diferentes fases, así como su seguimiento es un instrumento que consideramos de gran utilidad.

**Objetivos:** Establecer el plan de implantación de Procesos Asistenciales para nuestra área en el año 2005. Desarrollar una herramienta que facilite el registro y el seguimiento de la implantación de los procesos. Monitorizar los indicadores de calidad de los procesos implantados.

**Métodos:** Partimos del análisis de los procesos implantados o en fase de implantación en el año 2004 y se elabora memoria donde se procede al examen del estado de estos procesos al finalizar el año. Se establece una hoja de registro para la recogida de datos de las distintas fases de los procesos y sus niveles de cumplimiento. Se procede a la revisión y actualización de la documentación de los procesos. Se normaliza la creación de los grupos de mejora de los procesos implantados, dotándolos de un esquema de funcionamiento similar y estableciendo cronogramas. Se mantienen contactos frecuentes y periódicos con los responsables de procesos, así como los directivos de AP. Se estudia con los procesos en fase de implantación los planes de actuación y cronograma para el año 2005. Se analizan las diversas fuentes de información para la recogida sistemática de indicadores.

**Resultados:** Se ha consolidado la implantación de procesos implantados en el año 2004 o anteriores. Se han establecido cronogramas de actuación de los procesos en fase de implantación. Se han instaurado sistemas de registro y de monitorización de los procesos implantados.

**Conclusiones:** El establecimiento de una metodología en la implantación de los procesos nos permite un mayor nivel de seguimiento de los procesos asistenciales. Así mismo aporta un grado adecuado de formalidad en la implantación. La detección por parte de los grupos de mejora de puntos críticos y la creación de canales de información fluidos con la dirección del centro permite desarrollar estrategias de mejora acordes con las necesidades asistenciales.

## ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

L. Colomés, M.J. Bueno, M.A. Rius, R. Simón, M. Martín y L. Nualart  
GRUP SAGESSA.

P-192

**Palabras clave:** Gestión por Procesos, Empowerment, Benchmarking.

**Objetivos:** Identificación de las áreas de mejora a partir del estudio y análisis de la implantación de la Gestión por Procesos (GPP) en la organización.

**Métodos:** Análisis del modelo de procesos en toda la organización (APS, Agudos Socio-sanitarios). Análisis del despliegue del proyecto (2002-2005): perspectiva dirección estratégica y metodología GPP. Actualización del área específica de GPP en la Intranet corporativa (modelo y documentos relacionados). Análisis de los procesos en gestión: ayudas y barreras (DAFO), acciones de mejora (AM).

**Resultados:** Número procesos en gestión: 162 20% del total de procesos (25 año 2003, 50 año 2004 y 87 año 2005) de 873, un 20% del total de procesos de la organización. Centros adscritos a la organización con GPP: 15. Número acciones mejora propuestas: 98 (2003), 360 (2004), año 2005 en curso. Implementación de las acciones de mejora hasta 2004: 91,6%. Número de propietarios de proceso que no son responsables: 31,3%. Número de propietarios de proceso que son a la vez responsables: 48%. Procesos con un sólo propietario: 10,8%. Procesos con co-propietarios: 7,8%. Procesos con colaboradores: 1,8%. Creación de un aplicativo para la gestión de la GPP (Indicadores, control de las AM, DAFO nuevos y reuniones de seguimiento con el responsable superior).

**Conclusiones:** La GPP es una herramienta de gestión para la mejora continua, potencia el empowerment y el benchmarking (sistematización de los mismos procesos en diferentes centros de la organización en cuanto a circuitos y procedimientos). Se evidencia la necesidad de alinear y potenciar la GPP en y des de la Dirección de la organización. Necesidad de respetar la idiosincrásica de cada centro adscrito a la organización. El papel realizado por el equipo de soporte es clave en el desarrollo del proyecto (formación y seguimiento inicial). Implicación (en liderazgo y dirección) de los responsables directos de los propietarios de proceso para llevar a cabo con éxito DAFO y AM. Seguir con extrema exactitud el calendario pautado en el despliegue del proyecto para garantizar su continuidad. En función de la posición estratégica del proceso (procesos fundamentales) se evidencia la necesidad de definir diferentes perfiles de propietarios de proceso. La creación de una herramienta informática es necesaria para facilitar la gestión y el seguimiento de la GPP en una organización.

## PLAN DE IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN EL ÁREA DEL H.U. PUERTA DEL MAR-DISTRITO BAHÍA DE CÁDIZ

A. Cazenave, I. Jiménez, A. Pineda, J.J. Montero y P. Cantizano  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

P-191

**Palabras clave:** Dolor postoperatorio, UDA.

## PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO: INFLUENCIA SOBRE LOS ÍNDICES DE CALIDAD

A. Montes, L. Trillo, E. Arbonés, I. González, R. Herms y M. Riu  
Hospital del Mar. Barcelona.

P-193

**Palabras clave:** Dolor postoperatorio, UDA.

**Objetivos:** El dolor postoperatorio continúa presentando una elevada prevalencia en nuestro entorno, pese a la mejora en los conocimientos sobre la fisiopatología del dolor, y la disponibilidad de nuevos métodos y fármacos para el tratamiento del dolor. Con el objetivo de mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio se ha propugnado la creación de Unidades de Dolor Agudo (UDA); sin embargo la puesta en marcha de estas unidades precisa de unos elevados requerimientos de personal asistencial, difíciles de implementar en nuestro modelo sanitario. Por este motivo, desde hace tres años en los hospitales del IMAS de Barcelona se ha implantado un Programa de Gestión del Dolor que pretende con una menor asignación directa de personal, pero con una mayor implicación de todos los estamentos implicados, una mejora en el manejo del dolor postoperatorio.

**Objetivo:** Analizar los índices de calidad definidos en el programa, después de tres años de funcionamiento.

**Material y métodos:** El programa de gestión del dolor postoperatorio se ha ido implantando de forma progresiva en los diferentes servicios quirúrgicos del hospital, siendo Cirugía General el primero en implementarse. Los puntos que se analizan se describen en el apartado "Resultados".

**Resultados:** Evolución de los índices calidad durante los años 2003, 2004 y 2005.

	2003	2004	2005
Información sobre el dolor	80,3	78,7	90,8
Inclusión en protocolos	86,2	95,3	96,5
Seguimiento protocolos	86,6	84,7	94,2
Modificaciones protocolos	23,7	28,7	14,9
Evaluación del dolor	59,4	38,7	72,4
Eficacia (EVA > 3)			
- Día intervención	33,3	27,8	33,3
- Primer día postoperatorio	23,4	33,3	25,0
- Segundo día postoperatorio	13,4	22,2	20,9
Efectos secundarios			
- Nauseas/vómitos	18,2	16,7	14,5
- Otros	15,5	7,7	6,7

**Discusión:** La implantación progresiva de un programa de gestión del dolor postoperatorio, que precisa de escasos requerimientos de personal asistencial, ha permitido una mejora en el manejo del dolor evaluado mediante índices de calidad. Es necesario que a nivel global se definen cuales son los índices de calidad que han de ser medidos en dolor postoperatorio, y posteriormente se han de establecer unos estándares de referencia.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ESTANCIA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO EN UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN**

R. Tejido, D. Sierra, F. Novo, O. Acha, T. Dierssen  
y P. Rodríguez  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**P-194**

**Palabras clave:** Dolor torácico, estancia, Unidad Alta Resolución.

**Objetivos:** La Unidad de Alta Resolución es una unidad asistencial no convencional, que tiene el objetivo acortar el ingreso hospitalario y evitar estancias inadecuadas. La estancia media de nuestra Unidad es de aproximadamente 3 días. En la Unidad participan la mayor parte de los servicios clínicos del hospital, a través de protocolos asistenciales. Uno de los procesos que ingresan en nuestra Unidad es el dolor torácico de características típicas. En este estudio se pretende determinar cuales son variables asistenciales que influyen en la duración del ingreso de pacientes con dolor torácico.

**Metodología:** La población de estudio son 230 pacientes atendidos durante el año 2004 por dolor torácico (GRD = 143) en una Unidad de Alta Resolución. Los datos se han obtenido a partir de la información del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Para analizar el comportamiento de la estancia en función de parámetros asistenciales se ha utilizado el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, comparando curvas con el test de Log Rank. Como medida de asociación se ha utilizado el Hazard ratio (HR) y su IC 95%, y para el control de factores de confusión un análisis de regresión de Cox.

**Resultados:** La estancia media fue de 2,3 días IC95% [2,1-2,5], oscilando entre 1 y 9 días. Al comparar la estancia se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de variables como el ingreso en viernes/sábado (que condiciona al menos 2 días sin posibilidad de realización de pruebas cardiológicas específicas) Md 3 IC95% [2,7-3,3] vs. Md 2 IC95% [1,7-2,3] o el alta en domingo (con menor plantilla médica funcionante en la unidad) Md 3 IC95% [2,3-3,7] vs. Md 2 IC95% [1,8-2,2]. Tras el análisis de Regresión de Cox resultaron significativamente asociados a la prolongación de la estancia el peso del proceso (HR = 3,3 IC95% [1,6-5,0], la edad > 79 años HR = 1,4 [1,1-2,0], el ingreso en viernes/sábado HR = 1,4 [1,1-2,0] y el alta en domingo HR = 1,6 [1-2].

**Conclusiones:** se ha conseguido excelentes resultados (estancia media de 2,3 días) al gestionar el proceso de dolor torácico típico en nuestro Hospital. Hay 2 factores que prolongan la estancia sobre los que se puede actuar: el ingreso en fin de semana, influido por la imposibilidad de realizar pruebas diagnósticas, y el alta en domingo, condicionado por un menor número de médicos durante el fin de semana.

**DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL LINFOMA**

M.V. García-Palacios, A. Morillo-García, J. García-Caballero, D. Herrero, E. Rey y M. Moreno  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-195**

**Palabras clave:** Vía clínica. Linfoma. Hematología.

**Introducción y Objetivos:** Existe escasa bibliografía respecto a la protocolización del complejo proceso asistencial del linfoma. Por esta razón, presentamos el diseño y la elaboración de la vía clínica en enfermos diagnosticados de esta enfermedad, como herramienta que permita planificar y mejorar la coordinación entre profesionales y la secuencia de procedimientos.

**Metodología:** Creación de grupo de trabajo compuesto por personal médico, de enfermería y psicología de los servicios de Hematología y Unidad de Calidad del hospital. Recopilación de documentación previa existente sobre clasificaciones diagnóstico-terapéuticas vigentes de tumores hematopoyéticos y tejidos linfáticos (Anderson y WHO). Búsqueda bibliográfica en páginas webs relacionadas con los descriptores: "pathway", "clinical pathways", "critical pathways", "care maps", "care protocols", "integrated care pathways", "multidisciplinary pathways of care", "anticipated recovery pathways", "care management", "lymphoma", "lymph node", "hodgkin", "non Hodgkin", "patient information", "treatment", "diagnostic algorithm", "recommendations". Reuniones de consenso del grupo de trabajo de una hora de duración, exposición de borradores, aportaciones profesionales y propuesta de cambios documentados por la Práctica Basada en la Evidencia. Implantación de la vía en octubre de 2004.

**Resultados:** La vía incluyó a todos los pacientes diagnosticados de linfoma hodgkin, no hodgkin y de células del manto, desde su diagnóstico y recepción hasta su último tratamiento, incluyendo hospitalización y estancia en unidades de día. Los documentos finales fueron: Documentos para los profesionales (matriz temporal técnica, hoja de tratamientos y cuidados, hoja de variaciones), Documentos para el paciente (matriz informativa, recomendaciones al alta, encuesta de satisfacción y hoja informativa sobre mucositis cuando esté indicado), Consentimientos informados (acceso venoso central, linfadenectomía diagnóstica, PAAF de lesiones palpables, PET-TAC, punción de médula ósea y tratamiento quimioterápico) y Documentos de evaluación de la vía (Indicadores y estándares de la evaluación).

**Conclusiones:** Las vías clínicas sirven como herramienta para protocolizar la asistencia, orientando, planificando y ayudando en la toma de decisiones. La implantación de la vía se realizó sobre la mejor evidencia disponible, con el consenso multidisciplinar y ayudó a reducir la variabilidad y replantear actuaciones, consiguiendo la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

**DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

A. Morillo-García, M.V. García-Palacios, J. García-Caballero, M. Canales-Albendea y M. Moreno-Jiménez  
HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

**P-196**

**Palabras clave:** Vía clínica. Trasplante de Médula Ósea.

**Introducción:** Las vías clínicas son planes asistenciales aplicados a procesos con un curso clínico predecible y con alta variabilidad clínica que pretenden facilitar la toma de decisiones, unificando las pautas de tratamiento y mejorando la definición de funciones, logrando así una mejoría del proceso. En nuestro hospital, el trasplante de médula ósea (TMO) es un proceso que cumple los requisitos fundamentales para su elaboración. El objetivo de este trabajo es presentar el diseño y desarrollo de esta vía clínica.

**Metodología:** La vía de TMO fue realizada por el Servicio de Hematología y la Unidad de Calidad del hospital, participando el personal médico, de enfermería y psicología del Servicio. El diseño de los documentos de la vía se apoyó en una revisión bibliográfica de la literatura, buscando la mejor evidencia científica.

**Resultados:** La vía clínica de TMO se diseñó para incluir a todos los pacientes con criterios de trasplante de médula ósea, tanto autólogo como alogénico, desde su recepción para el acondicionamiento pre-trasplante hasta su recuperación y alta. Para ello se realizaron 6 reuniones durante los meses de mayo-julio de 2004, a partir de las cuales se diseñaron los documentos con el consenso de todos los profesionales implicados en el proceso. Los documentos finales fueron: matriz temporal, hoja de información al paciente durante su estancia hospitalaria, recomendaciones al alta, órdenes de tratamientos y cuidados de enfermería, encuesta de satisfacción e indicadores para la evaluación. Se prestó especial atención al cuidado de las mucositis, adjuntando una hoja de evaluación de las mismas y recomendaciones para el paciente.

**Conclusiones:** La implantación de la vía clínica ha facilitado el consenso entre los profesionales y la revisión de las mejores evidencias supone una herramienta que facilita el manejo de los pacientes sometidos al proceso de trasplante. La inclusión de la evaluación y vigilancia de la mucositis pretende contribuir a mejorar el control y detección precoz de uno de los efectos adversos más frecuentes e invalidantes para el paciente trasplantado.

**DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL LINFOMA**

M.V. García-Palacios, A. Morillo-García, J. García-Caballero, D. Herrero, E. Rey y M. Moreno  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-195**

**Palabras clave:** Vía clínica. Linfoma. Hematología.

**Introducción y Objetivos:** Existe escasa bibliografía respecto a la protocolización del complejo proceso asistencial del linfoma. Por esta razón, presentamos el diseño y la elaboración de la vía clínica en enfermos diagnosticados de esta enfermedad, como herramienta que permite planificar y mejorar la coordinación entre profesionales y la secuencia de procedimientos.

**Metodología:** Creación de grupo de trabajo compuesto por personal médico, de enfermería y psicología de los servicios de Hematología y Unidad de Calidad del hospital. Recopilación de documentación previa existente sobre clasificaciones diagnóstico-terapéuticas vigentes de tumores hematopoyéticos y tejidos linfáticos (Anderson y WHO). Búsqueda bibliográfica en páginas webs relacionadas con los descriptores: "pathway", "clinical pathways", "critical pathways", "care maps", "care protocols", "integrated care pathways", "multidisciplinary pathways of care", "anticipated recovery pathways", "care management", "lymphoma", "lymph node", "hodgkin", "non Hodgkin", "patient information", "treatment", "diagnostic algorithm", "recommendations". Reuniones de consenso del grupo de trabajo de una hora de duración, exposición de borradores, aportaciones profesionales y propuesta de cambios documentados por la Práctica Basada en la Evidencia. Implantación de la vía en octubre de 2004.

**Resultados:** La vía incluyó a todos los pacientes diagnosticados de linfoma hodgkin, no hodgkin y de células del manto, desde su diagnóstico y recepción hasta su último tratamiento, incluyendo hospitalización y estancia en unidades de día. Los documentos finales fueron: Documentos para los profesionales (matriz temporal técnica, hoja de tratamientos y cuidados, hoja de variaciones), Documentos para el paciente (matriz informativa, recomendaciones al alta, encuesta de satisfacción y hoja informativa sobre mucositis cuando esté indicado), Consentimientos informados (acceso venoso central, linfadenectomía diagnóstica, PAAF de lesiones palpables, PET-TAC, punción de médula ósea y tratamiento quimioterápico) y Documentos de evaluación de la vía (Indicadores y estándares de la evaluación).

**Conclusiones:** Las vías clínicas sirven como herramienta para protocolizar la asistencia, orientando, planificando y ayudando en la toma de decisiones. La implantación de la vía se realizó sobre la mejor evidencia disponible, con el consenso multidisciplinar y ayudó a reducir la variabilidad y replantear actuaciones, consiguiendo la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

**AUDITORIA INTERNA ES UNA BUENA HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA**

J.L. Ribes, M. Ballart, C. Gutiérrez, D. León, S. Marín, M. Parejas, A. Vidal y R. Govindarán  
Instituto Catalán de Oncología.

**P-197**

**Palabras clave:** Auditoria interna, Mejora.

La auditoria interna es una buena herramienta para detectar fallos reales y potenciales. Desde 2003, el servicio de radioterapia está utilizando esta herramienta y ha detectado varios fallos, algunos que afecta la seguridad del paciente, y ha tomado las acciones correctivas correspondientes para eliminar las causas de los problemas de calidad. Por falta de tiempo del personal, muchas organizaciones sanitarias con sistema de gestión de la calidad certificado externaliza la auditoria interna, subcontratando el trabajo a un consultor externo. En estos casos, normalmente se realiza la auditoria interna una vez al año con poco utilidad, excepto para satisfacer los auditores externos. Subcontratación también tiene el coste como un factor limitante para aumentar la frecuencia de la auditoria. Nuestra experiencia muestra que cuanto más tiempo dedicamos, más fallos reales y potenciales podemos detectar. En nuestro caso hemos formado 2 médicos, 1 enfermero, 1 técnico y 2 administrativas en las técnicas de auditoria interna y realizamos las auditorias todo el año. Este metodología nos ha ayudado a detectar varios fallos que no podrían haber sido detectados en la ausencia de este mecanismo. Aunque la segunda fase de eliminar las causas de los problemas mediante acciones preventivas es igualmente importante, la detección de los problemas en el sector sanitario es un problema histórico y nuestro mecanismo de auditoria interna nos ayuda a detectarlos con objetividad e independencia. El objetivo de esta comunicación es para compartir nuestra experiencia positiva de realizar auditoria interna, presentando los datos de últimos 3 años.

## LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS SEGÚN NORMA ISO 9001:2000 EN LA UNIFICACIÓN DE DOS SERVICIOS DE URGENCIAS

P. Busca, A. Hernando, J.R. Aginaga, M.J. Preciado, A. Aranzabal y M. Cancio  
Hospital Donostia.

**Palabras clave:** Gestión por procesos, calidad, indicadores.

**Introducción:** El actual hospital Donostia es el resultado de la convergencia de tres hospitales de la red pública. La existencia de dos Servicios de Urgencias Generales hacía recomendable la elección de un método de trabajo que facilitara la unificación de estos, homogeneizando los procesos y procedimientos, integrando las ideas de todos y contribuyendo a cohesionar los dos equipos en uno, manteniendo tanto la calidad técnica como la percibida por los pacientes.

**Objetivo:** Análisis de indicadores tras la aplicación del sistema de gestión por procesos bajo Norma ISO 9001:2000 en la unificación de dos Servicios, desde 1/enero-31/marzo/2005.

**Métodos:** Creación de un equipo de trabajo multidisciplinar con personal médico y de enfermería de los dos servicios, un responsable de Admisión, de los celadores y de Calidad; reuniones semanales de 2h. Descripción del mapa de procesos de la Atención Urgente, misión y clientes; fichas de subproceso; definición de indicadores. Definición de perfiles profesionales y elaboración del Plan de Formación. Inventario de equipamiento y tipo de mantenimiento. Pactos con proveedores internos. Acuerdos interservicios: criterios de ingreso, pruebas complementarias, etc. Organización de la gestión de incidencias y no conformidades a través del parte de guardia. Adaptación de la aplicación informática PCH (puesto clínico hospitalario).

**Resultados:** Media de los datos más relevantes. Nº de pacientes atendidos: 25.294 Calidad técnica (fuente PCH). Ubicados en el área A: 42%; área B: 33%; área C: 26% Tº entre recogida de datos en Admisión y la atención sanitaria: área A: 31m; B: 19 m; C: 21 m Tº de estancia total según ubicación (Valor control VC: 90% en < 4 h); A: 3 h 36 min; B: 2 h 26 m; C: 2 h 29 min. Tº estancia Observación (VC: > 90% en < 36 h): 91,2% Tº transcurrido desde triaje hasta alta (VC: > 90% es < 4h): 84,6% Nº de pacientes fallecidos: 24% altas sin atención: 0,99% % readmisiones < 48 h (VC: < 2,5%): 2,87% % readmisiones < 48 h que ingresan (VC: 10%): 25,6% Valoración positiva de la atención (fuente: encuestas de satisfacción). Datos 2004-2005 Admisión: 69%-75% Triaje: 79,7%-82% Demora hasta ser visto por el médico: 73,3%-75,5% Tº transcurrido hasta ingreso: no disponible-55,9% Tº de estancia (período): 132 min-123 min.

**Conclusiones:** El sistema de gestión por procesos bajo norma ISO 9001:2000 ha sido una herramienta de gran utilidad para la unificación de los dos Servicios, posibilitando además el control y análisis de la calidad que prestamos, con el seguimiento de los indicadores.

**P-198**

**P-200**

## EVOLUCIÓN DE SEIS AÑOS DE LOS INDICADORES DEFINIDOS EN LA VÍA CLÍNICA (VC) DE PRÓTESIS DE CADERA

A.B. Jiménez, E. Duran, M.J. Ruano, D. Vigil, J. Vaquero y P. Rodríguez  
Hospital Gregorio Marañón.

**Palabras clave:** Vía clínica, Prótesis cadera.

**Objetivo:** Conocer la evolución de los principales indicadores definidos en la VC de la prótesis de cadera.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo con componentes analíticos de seguimiento prospectivo. *Población de estudio:* Todos los pacientes sometidos a cirugía programada de arthroplastica de cadera que han sido incluidos en VC durante los años 1999 a 2004. *Recogida y análisis de datos:* la recogida de datos se realizó a través de una ficha "ad hoc" que incluye datos demográficos, estanicas consumidas, complicaciones y variables de proceso y resultado. Se analizaron los motivos que producen salidas de la vía, se calculó la cobertura de la vía a través de datos proporcionados por el Sº de Admisión y se comparó la evolución de los indicadores a través de las pruebas de Chi cuadrado, t de Student y ANOVA.

**Resultados:** Se han incluido un total de 487 pacientes, saliendo de vía sólo 5 y con una cobertura desigual a lo largo de los años, produciéndose un pico máximo del 77% en el año 1999. Existe una disminución estadísticamente significativa tanto en el consumo de estancias globales como en la estancia prequirúrgica, pasando de una media de 19,41 días en la situación pre-vía a 10,12 días en el 2004 y de 4,5 días de media de estancia prequirúrgica a 1,08 días. Como indicador de proceso destaca la realización de la radiografía de control en el postoperatorio que desde el año 2001 se han conseguido niveles altos de cumplimiento ( $p < 0,05$ ). La tasa de complicaciones se mantiene a lo largo de los años, requiriendo una mejora en el registro sobre todo la mortalidad y la tasa de infección.

**Conclusión:** La implantación de la VC ha conseguido un ahorro de recursos mantenido a lo largo de los años y una mejora en la organización del trabajo.

## ORTOGERIATRÍA: ¿UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ANCIAÑOS?

B. Gamboa, V. Canales, P. Navarro y M. Pascual  
Hospital Universitario Miguel

**Palabras clave:** Anciano, Fractura, Función.

La complicación más grave de la osteoporosis es la fractura de fémur proximal con una incidencia de 130-200: 100.000 casos, un coste de 7032,60 euros por caso y una mortalidad inmediata de 9,3% y tardía del 14-30%.

**Objetivo:** Cuantificar los resultados de la incorporación de un geriatra al proceso de fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos  $\geq 75$  años.

**Método:** Se establece un acuerdo de colaboración del geriatra del hospital en la valoración sistemática de todos los ancianos de edad igual o superior a 75 años. La participación se estima necesaria desde el ingreso realizándose mediante búsqueda activa. Se realiza valoración y estabilización preoperatoria, seguimiento postoperatorio y participación en la gestión del alta y orientación del recurso sanitario y social apropiado para la continuidad de la asistencia y la consecución de la mejor situación funcional posible.

**Resultados:** 72 pacientes fueron dados de alta con el diagnóstico de fractura de fémur proximal (73,61% fueron vistos por geriatría; 75,47% mujeres.). La mortalidad intrahospitalaria fue del 9,4%. El 9,4% no fueron intervenidos falleciendo el 60% en el hospital. El 16,6% no acuden a revisión y de los que acuden el 83,4% deambulan.

**Conclusiones:** 1. El estrés traumático descompensa enfermedades asociadas. 2. Una intervención precoz de geriatría previene resultados negativos y facilita el éxito del proceso. 3. La planificación del alta y la gestión adecuada de recursos favorece la recuperación funcional del anciano. 4. La fractura de fémur en el anciano supone un impacto en el individuo afecto y en el entorno próximo. 5. La recuperación funcional facilita la reincorporación al domicilio del anciano. 6. La correcta coordinación de recursos favorece el alta hospitalaria.

**P-199**

**P-201**

## EVALUACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J.M. Jover, P. González, N. Marín, M.J. Godoy, J. Guirao y M.C. Fajardo  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Proceso asistencial, Pluripatológicos, Calidad tot.

**Introducción:** El II Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía establece como proceso estratégico la garantía de la gestión de la calidad de los servicios sanitarios, para lo que, entre otras medidas, se plantea la profundización en la gestión por procesos. El objetivo de este estudio es evaluar el proceso de asistencia a pacientes pluripatológicos en el área de referencia del Complejo Hospitalario de Jaén.

**Métodos:** Se constituyó un grupo de desarrollo e implantación del proceso que realizó el análisis de situación, valoración y diseño de la arquitectura tipo IV del proceso de pluripatológicos. En una segunda fase se difundió en atención primaria y especializada. A continuación se constituyeron grupos de mejora continua del proceso y se estableció la metodología de evaluación. Se aplicaron los principios, metodología y herramientas de la calidad total. Posteriormente, se planificó la implementación de las directrices establecidas, los indicadores oportunos y los plazos para controlar el resultado de la implementación de dichas recomendaciones.

**Resultados:** Actualmente el programa se encuentra en la fase de implementación. Se han identificado cinco líneas estratégicas: Conocimiento de la atención sanitaria actual (determinación de datos de prevalencia, carga asistencial, desarrollo de asistencia compartida, identificación de cuidador principal, análisis de las demoras, etc.), establecimiento de puntos críticos asistenciales (estudio de la variabilidad asistencial, de la coordinación internivel, recursos sociales, etc.), actividades de mejora (potenciación de la estructura hospitalaria, identificación de cuidadores principales, desarrollo de la enfermería de enlace, activación del Plan de Asistencia Compartida, etc.), necesidades de formación (aumento del intercambio de información entre profesionales, cuidados y formación en habilidades y estrategias, etc.) y estrategias para la implementación (creación de estructuras adecuadas en especializada, identificación de personas, estrategias de formación, reuniones periódicas para seguimiento del proceso, etc.). Para el análisis de costes se está empleando un sistema de costes ABC por línea de proceso.

**Discusión:** La evaluación del proceso asistencial a pacientes pluripatológicos desde la óptica de la calidad total permite determinar las deficiencias existentes, establecer soluciones optimizadas, mejorar la satisfacción de clientes internos y externos y realizar un adecuado control de gestión.

## ABORDAJE INTEGRAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CÁNCER CUTÁNEO

J.M. Celorio, S.E. Marrón, N. Casanova, C. Cebrian, F. de Lara y A. Ferrando  
Hospital Ernest Lluch. Calatayud.

**Palabras clave:** Cáncer cutáneo, Clinical pathways, Procesos.

**Objetivos:** Estandarizar el proceso de atención al paciente con cáncer cutáneo para reducir demoras y mejorar la atención y satisfacción de los pacientes.

**Métodos:** 2 grupos de trabajo que analizaron los subprocesos de atención al paciente con cáncer cutáneo en Atención Primaria (ATP) y Especializada (AE). Se eliminaron los pasos que no aportaban valor añadido. Sesiones formativas en aspectos científico-técnicos y de gestión del proceso en ATP. Se estableció la prestación de diagnóstico de cáncer cutáneo (DCC). Desde ATP, ante sospecha, se solicita el preoperatorio y cita al paciente en AE. En la 1era consulta en AE se realiza dermoscopía, se informa y se incluye en registro demanda quirúrgica. En la 2<sup>a</sup> cirugía y en la 3<sup>a</sup> se valoran resultados. Se elaboró protocolo de seguimiento al alta en ATP (5 años), para detección y derivación precoz ante recidivas y/o diagnóstico precoz de cáncer piel en otra localización. Se formó al personal de enfermería para la búsqueda activa de lesiones sospechosas en cualquier exploración realizada a pacientes.

**Resultados:** Participaron 11 profesionales de AE y 11 de ATP. 12 sesiones formativas en los Centros de Salud a las que asistieron 73 profesionales. Entre enero-septiembre 2004 se incluyeron 136 pacientes. El 20,6% fueron citados para la prestación DCC. Tiempo de espera medio para la primera visita 32,4 días; los retrasos fueron por no disponer de huecos de consulta o no identificar la prestación. En el 68% no se solicitó el preoperatorio desde ATP, generando una nueva consulta en AE. En consultas sucesivas se cumplieron los plazos. En el 84,6% de las muestras anatomo-patológicas (AP) se confirmó DCC: 68,8% basocelulares, 26,6% espinocelulares y 4,6% melanomas. En 40% de casos no estuvo el resultado AP en la consulta posquirúrgica. En la evaluación, el 42,5% de los pacientes eran seguidos en ATP, el 38,9% estaban pendientes de una consulta en AE, y el 18,6% habían salido de la vía por descartarse AP el DCC.

**Conclusiones:** Los resultados de la evaluación están lejos de los objetivos planteados. Se han realizado ajustes pendientes de evaluar: 1) Ampliación de los huecos exclusivos para la prestación DCC que garantizan tiempos máximos de espera de 7 días en sospecha de melanoma y 14 días para espino y basocelulares. 2) Reforzar en ATP la necesidad de indicar en impreso solicitud a AE la prestación DCC y solicitar el preoperatorio para que esté disponible en la 1era consulta. 3) Priorizar el estudio AP en sospecha DCC.

P-202

## ASPECTOS Y REVISIÓN POR PROCESOS ISO 9001:2000 E ISO 14000:2004 DE UNA UNIDAD DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

R. Arrechea, E. Jiménez, M.J. Calvo y C. Emparan  
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

**Palabras clave:** Mantenimiento calidad ambiente.

**Introducción:** La FHC ha certificado sus procesos asistenciales y de recursos de acuerdo a la norma ISO 9001 y 14000 y EMAS a principios del 2005. Dentro de este contexto Mantenimiento ha participado con dos procesos. Los procesos de mantenimiento se clasifican dentro de los de apoyo, aportan recursos, ya sean materiales, organizativos o de información, para la realización de los procesos clave (asistenciales).

**Objetivos:** Analizar la aportación del mantenimiento a las dos certificaciones. Se podría definir el objeto del mantenimiento como alcanzar y mantener al mejor coste un entorno de trabajo de calidad; entendiendo dentro el concepto entorno de trabajo: el puesto de trabajo, los recursos materiales asociados, edificios o inmuebles de una organización, Conjunto de servicios operativos asociados a los activos anteriores. En consecuencia el mantenimiento es parte activa en el cumplimiento de la norma ISO 9001 en su capítulo 6.3 y la ISO 14001 en su parte de control operacional, cumplimiento de legislación, definición de objetivos y control de aspectos ambientales.

**Material y método:** Análisis comparativo de los dos sistemas buscando las similitudes y diferencias. La base son los dos procesos de mantenimiento definidos, en donde ya hemos establecido que tratan de conseguir un entorno de trabajo de calidad, a través de la gestión de recursos para mantener: Los equipos fuera de uso el menor tiempo posible, Cumplir con la reglamentación vigente, y asegurar la conformidad con los requisitos del producto. Y el entorno son los procedimientos comunes de control de la documentación, acciones preventivas y correctivas, formación. Procesos de ambos sistemas de certificación.

**Resultados:** La base de los procesos de mantenimiento permite el cumplimiento con la normativa de calidad y medio ambiente. Los indicadores son diferentes aunque parejos, dado que la calidad del servicio a los clientes, implica en nuestro caso una atención respetuosa al medio ambiente dado que esta es una de las premisas de la política de calidad de la FHC.

**Conclusiones:** El interés de la FHC por la integración de los sistemas de calidad, y medio ambiente nos permite una definición de la visión de Mantenimiento en términos de acondicionar las condiciones de trabajo a la legislación vigente y a las condiciones demandadas por el usuario. Por lo que vemos que el objeto final de ambas normas dentro del contexto del mantenimiento es el mismo.

P-204

## LA GESTIÓN AMBIENTAL EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

M. Huerta-Bueno, M. Blanco-García, J. García-Rotlán y A. Iraiztorza Aldásoro  
Servicio Andaluz de Salud.

**Palabras clave:** Gestión Ambiental.

La Gestión Ambiental en el Servicio Andaluz de Salud La demanda sin precedentes a la que el rápido crecimiento de la población humana y el desarrollo tecnológico al que sometemos al medio ambiente está produciendo un declive cada vez más acelerado en la calidad de éste y en su capacidad para sustentar la vida. Es conocido y aceptado que el desarrollo y la producción industrial de ciertos bienes y servicios son esenciales para satisfacer las necesidades de los seres humanos y mejorar su calidad de vida. No obstante, si bien es cierto que la industrialización ha contribuido positivamente a mejorar la alimentación, la salud, el bienestar, la seguridad y el confort de las personas, es también notorio que, al mismo tiempo, el incesante desarrollo ha causado severos impactos ambientales. La tendencia actual impulsa un modelo de desarrollo y producción que debe tener en consideración la prevención de la contaminación y el aprovechamiento eficiente y responsable de los recursos de la humanidad, tanto naturales como humanos y económicos. Este modelo, lógicamente, ha de estar presente en todos los ámbitos La creciente presión social y normativa nos ha hecho reaccionar a todas aquellas organizaciones o empresas en la aplicación en los procesos de producción de bienes y servicios, como sería nuestro caso: la prestación de Servicios de Salud, de normas o estándares ambientales en los que esté presente el respeto a nuestro medio ambiente para alcanzar el necesario equilibrio en las necesidades humanas y capacidades del mundo natural. Nuestra propuesta, desde el Servicio Andaluz de Salud, se basa en el impulso de medidas tendentes a la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental, según normas ISO, que aglutine todas las esferas de la Atención Sanitaria, tanto Atención Primaria como Atención Especializada aportando valor añadido al cumplimiento de la Misión que nuestra Organización tiene encomendada y al tiempo de cumplida respuesta a una Política Ambiental comprometida con el desarrollo sostenible.

P-203

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN CMA QUE SE CONVIERTE EN CCI. GESTIONAR POR PROCESOS ¿OPTIMIZA LA CALIDAD ASISTENCIAL?

M.D. Navarro-Ortiz, G. Tomás-Bartrina, A. Jerónimo-Fernández, M.A. Aznar-García, A. Ayala-Muñoz y D. Sánchez-Alascio  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** CMA, CCI, URPA, HDQ.

**Introducción:** La tendencia actual de los Sistemas de Salud, y más concretamente de los Hospitales es buscar la super especialización de las distintas Unidades y Servicios, lo cual puede llegar a ser en algunos aspectos contraproducente, ya que se pierde la visión global del paciente como persona aquejada de uno o varios procesos patológicos. Así, es frecuente que cuando un paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinar, sea sometido a todo un periplo de citaciones, visitas y solicitudes de consulta en lugares distintos del propio centro. En el presente estudio hemos estudiado cómo se adapta nuestro centro a la transformación de un proceso de CMA en un ingreso hospitalario, cuando las circunstancias así lo aconsejan.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: descriptivo. Período: Año 2004 Contexto: A lo largo del 2004 el Hospital Morales Meseguer creó cinco grupos de trabajo multidisciplinares para elaborar el Mapa O de procesos; en ellos estaban representados todos los servicios del centro. A partir de esta experiencia se han iniciado los niveles 1 y 2 de diferentes procesos, entre los que se encuentra el siguiente proceso de un paciente CMA que se convierte en CCI.

**Resultados:** De un total de 1187 pacientes intervenidos como CMA, hubo 27 fracasos de alta, lo que supuso un índice de ingresos del 2,28%. Cuando fracasa el alta en un CMA y el paciente debe ser ingresado, se pone en marcha todo un proceso de cuidados. Este paciente llega desde la URPA o desde HDQ. Se recibe en la unidad mediante el protocolo de acogida. Después de la valoración de las necesidades y puesta en marcha de todo el proceso para la solución de los problemas, se le prestan a los pacientes la atención médica y los cuidados de enfermería necesarios, así como el apoyo desde los distintos servicios que puedan ser necesarios (farmacia, hostelería, rayos, laboratorio, limpieza, etc.). El paciente recibe la atención hasta que su estado indica el alta de la unidad a su domicilio, o para el control de Atención Primaria, consultas u otro centro.

**Conclusiones:** Una buena relación entre profesionales minimiza los problemas que pueden surgir en un proceso quirúrgico. Así como la organización de un equipo de trabajo aumenta las expectativas de calidad y satisfacción del paciente.

P-205

**EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000**

M. Urruela, M. Maestre, A. Maguregui, P. Paniego, A. Valtierra y E. Vivanco  
Hospital de Basurto. Bilbao.

**Palabras clave:** PAE, ISO.

**Objetivo:** Integrar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) ISO 9001:2000.

**Material y métodos:** 1) Identificación de los procesos asistenciales a certificar: Urgencias de Pediatría, Hospitalización Neurológica, Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospitalización a Domicilio y Parto. 2) Reciclaje en el PAE. 3) Formación en la Norma ISO 9001:2000. 4) Formación en trabajo en equipo. 5) Formación en herramientas de calidad. 6) Definición de la documentación requerida.

**Resultados:** Todos los procesos están cumpliendo las diferentes fases planificadas y después del verano se presentarán a auditoría externa. A lo largo del desarrollo de estos procesos, las formas de trabajo han sido distintas, en determinados momentos se ha trabajado en grupos multidisciplinares y en otros, de forma individual según el caso, para posteriormente someterlo a consenso por el grupo. En la ficha de proceso se recoge la misión para cada uno de ellos, pero en todas hay unos requisitos comunes, a saber: seguridad (errores, accidentes,...), mejoría (alivio, curación etc.) y satisfacción del cliente (trato, información,...). Asimismo, la descripción de los indicadores nos permite medir estos requisitos, lo que nos va a informar del nivel de eficacia conseguido por el proceso. Descripción de los pasos para establecer, implantar y mantener un SGC y su correspondencia con las fases del PAE SGC: 1. Conocer los requisitos del cliente. 2. Realización del producto. 3. Medición, análisis y mejora del producto. 4. Medición de la satisfacción del cliente. PAE: 1. Valorar las necesidades del cliente (ser integral) y hacer un diagnóstico. 2. Planificación y ejecución de cuidados. 3 y 4. Evaluación del cumplimiento de los objetivos propuestos para el cliente.

**Conclusiones:** 1. El PAE es una metodología totalmente compatible con un sistema de gestión de la calidad como es la norma ISO 9001:2000. 2. El personal de enfermería entiende que su participación en un SGC es fundamental. 3. Trabajar de esta manera permite que el personal de enfermería sea responsable, y actúe como tal, en diferentes fases del desarrollo del SGC. 4. La medición de indicadores nos informa del nivel de cuidados que estamos dando, así como de las áreas en las que debemos mejorar.

**P-206****IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANÁLISIS DEL VALOR AL PROCESO DE ASISTENCIA A TRABAJADORES RADIOPUESTOS**

P. González, J.M. Jover, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Calidad total, Análisis del valor, Vigilancia.

**Introducción:** La calidad total es una estrategia de carácter global que implica a todos los departamentos, procesos y personas que forman una organización, y cuya aplicación es tarea de la dirección. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un programa de calidad total aplicado al proceso de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes.

**Métodos:** Se diseñó un estudio cuasiexperimental pretest-postest sin grupo control en el que se incluyeron todos los trabajadores accesibles incluidos en el proceso de vigilancia de la salud para personal radioexpuesto, desde el 1 de junio de 2004 al 31 de diciembre de 2004. A estos procesos se les aplicó un programa de análisis y mejora del valor articulado en seis fases: orientación, información, análisis funcional, disfuncional y de costes, innovación, evaluación e implantación y seguimiento. Se definen una serie de indicadores de calidad cuyos resultados son medidos antes y después de la implantación del programa, obteniéndose una estimación de los efectos del mismo.

**Resultados:** Actualmente el programa se encuentra en fase de análisis. Se han identificado las siguientes áreas de actuación: sobre la citación de trabajadores, donde se han identificado 3 puntos críticos y se han creado 4 indicadores de calidad, y sobre los procesos funcionales, donde se han establecido 4 fases, 7 puntos críticos y 8 indicadores de calidad. Para conocer la satisfacción de clientes internos y externos se han diseñado y se están validando 3 cuestionarios, y se implantará un registro de reclamaciones. Para el análisis de costes se está empleando un sistema de costes ABC por línea de proceso.

**Discusión y conclusiones:** La aplicación de este programa de calidad permitirá, mediante el análisis de las funciones que componen el proceso asistencial, optimizar la relación función/coste del proceso, mejorar la satisfacción de clientes internos y externos y realizar un adecuado control de gestión.

**P-208****IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE UN CIRCUITO DE MANEJO DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ANCIAÑOS DETECTADA EN EL INGRESO**

B. Gamboa, J.M. Cucullo, P. Navarro, J.M. Manrique, I. Guajardo y M. Navarro  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**Palabras clave:** Anciano, Dependencia, Consulta de alta resolución.

La salud del individuo es una cualidad multidimensional. En el anciano la función es el principal determinante de la salud, del consumo de recursos sanitarios y sociales y de la calidad de vida. La detección precoz del deterioro funcional y las medidas aplicadas para su reversibilidad minimizarán los costos sanitarios y sociales derivados. La ausencia de una red asistencial de geriatría universalmente desarrollada merma la accesibilidad de los pacientes ancianos a recursos existentes y especialmente diseñados para la recuperación funcional como es el hospital de día geriátrico.

**Objetivo:** Diseñar y desarrollar un circuito ágil de derivación del anciano con dependencia, potencialmente reversible, detectado durante el ingreso hospitalario. Además de garantizar el transporte y la información a la atención primaria.

**Métodos:** De forma sistemática en la valoración de los pacientes derivados a la USSV se incluye una escala que incluye actividades básicas de la vida diaria y movilidad (índice de Barthel). Se mide la situación del anciano un mes previo al evento agudo y en el momento de la valoración. También se mide el riesgo de deterioro cognitivo asociado (SPMSQ) que ha demostrado limitar las posibilidades de recuperación funcional. Cuantificada la reversibilidad se busca la aceptación del paciente y la familia. Se solicita la citación en la consulta de alta resolución de deterioro funcional del servicio de geriatría de la ciudad y se informa a atención primaria.

**Resultados:** Durante el año 2004 se han detectado, y aceptado el recurso, 68 pacientes mayores de 65 años (55,88% mujeres). Enfermedades: 57,35% procesos traumatológicos, 19,11% procesos vasculares cerebrales y el resto síndromes de inmovilidad secundarios a la hospitalización prolongada. Índice de Barthel previo: 91,79 y media del ib actual: 35,85. Media de SPMSQ: 2,8.

**Conclusiones:** 1. El deterioro funcional en el anciano se detecta escasamente en un hospital sin servicio de geriatría. 2. El circuito establecido permite dar continuidad en la atención sin sobrecargar a atención primaria y sin desgastar innecesariamente al cuidador. 3. La coordinación entre niveles asistenciales se ve garantizada. 4. La recuperación funcional en el recurso diseñado para los ancianos facilita altas hospitalarias. 5. La reversión parcial o total de la dependencia favorece la permanencia del anciano en el entorno familiar.

**P-207****"CONSULTA DE ACTO ÚNICO" DESDE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

J. Cervera, J. Guerrero, V. Gaztelu, M. Vicente, R.F. García y M. Gago  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Consulta acto único.

**Introducción:** Un criterio de calidad asistencial dentro de los servicios es la implantación de procesos asistenciales que garanticen una continuidad asistencial dentro del sistema de salud. Proponemos la creación de una "Consulta de acto único" para determinadas patologías en las que intervengan distintos especialistas y precise de pruebas complementarias.

**Objetivo:** Permitir a aquellos pacientes con determinadas patologías médicas o quirúrgicas, diagnosticadas en urgencias, que precisen estudios complementarios posteriores o bien valoración/resolución quirúrgica, que se le proporcione desde la misma unidad, la posibilidad de ser visto por el especialista en 24-48 horas, citado para las pruebas complementarias incluso citado para intervención quirúrgica si fuera este el tratamiento definitivo.

**Metodología:** Se determinan las especialidades susceptibles de este sistema de "consulta única" como, cirugía pediátrica, consulta de preanestesia, alergia infantil etc. Se realizan unos protocolos de actuación en los que se determinan los distintos profesionales que van a prestar la atención, con unos plazos establecidos de actuación y cierre del proceso a especialidades ENTRADA SALIDA Consulta Especialista Pruebas Diagnósticas Consulta Pre-anestesia Citación última Atención Primaria Subprocesos.

**Conclusiones:** Mejora en la continuidad asistencial. Mejora de la calidad asistencial. Servicio más eficiente y de calidad. Conocer el consumo de recursos. Podemos evaluar el proceso. Podemos evaluar resultados. Podemos instaurar un plan de mejoras. Mayor satisfacción del usuario.

**P-209**

## EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE FRACTURA DE CADERA

E. Martínez, E. Díaz, B. Núñez, C. Fariñas, M. Salazar  
y F. Fernández  
Hospital Serrallana.

P-210

**Palabras clave:** Vía Clínica, Fractura de Cadera, Indicadores.

**Objetivos:** El objetivo principal de este análisis es evaluar la efectividad, la seguridad y la satisfacción de la vía clínica de fractura de cadera, implantada en el Hospital en junio de 2004.

**Métodos:** A través de la explotación de la base de datos diseñada al efecto se procede al cálculo de indicadores específicos de efectividad (grado de adecuación de la estancia), seguridad (aparición de efectos adversos) y grado de satisfacción (a través de encuesta diseñada para ese fin), así como a la valoración de las variaciones ocurridas. Los documentos analizados han sido la hoja de variaciones y la encuesta de satisfacción.

**Resultados:** Durante el período analizado la vía se ha llevado a cabo en 66 pacientes, alcanzando una cobertura del 64,63. En relación con la estancia global presentan una media de 12,03 días (DE: 4,91). Previa a la intervención la estancia alcanzó una media de 3,84 (DE: 2,28) días. La efectividad (número de pacientes incluidos en la vía que han sido dados de alta dentro del plazo previsto), en esta vía se considera el día 8 tras la intervención quirúrgica y alcanzó el 74,2% de cumplimiento. En cuanto a la seguridad, se produjeron 105 incidencias en 47 pacientes, alcanzando el indicador el 28,8%. La encuesta de satisfacción ha sido cumplimentada y entregada por 3 pacientes. Lo que más les ha gustado es el trato y amabilidad del personal y lo que menos la comida y la demora en valorar secuelas.

**Conclusiones:** Se han detectado las siguientes áreas de mejora: 1. La estancia del paciente previa a la intervención es variable. Por lo tanto, en próximas evaluaciones la valoración de las posibles causas de demora en la IQ. 2. En cuanto a la seguridad, han aparecido un elevado número de complicaciones en los pacientes incluidos en la vía clínica. Las características intrínsecas de los pacientes (edad elevada, etc.) puede influir en la aparición de estas variaciones. 3. En cuanto a la satisfacción de los pacientes, resulta difícil hacer una valoración de la encuesta, debido a la escasa tasa de respuesta por lo que se plantea la necesidad de revisar el circuito establecido.

## IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE HISTERECTOMÍA

E. Martínez, J. García, E. Olavarria, C. Fariñas, C. Saiz  
y L. Martín  
Hospital Serrallana.

P-211

**Palabras clave:** Vía clínica, Histerectomía, Indicadores.

**Objetivos:** Diseñar, implantar y evaluar la vía clínica de histerectomía abdominal.

**Metodología:** La vía clínica de Histerectomía abdominal fue diseñada por profesionales del Servicio de Ginecología con la colaboración de los Servicios de Anestesia, Medicina Interna y Hematología e implantada en el hospital a partir de marzo de 2004. La evaluación se ha llevado a cabo a través de la hoja de variaciones y la historia clínica, calculando los indicadores específicos de cobertura, efectividad (grado de cumplimiento de la duración de la estancia), seguridad (aparición de los efectos adversos) y satisfacción (a través de encuesta).

**Resultados:** Durante el período de marzo a diciembre de 2004 se han incorporado a la vía clínica 36 pacientes, alcanzando una cobertura del 56%. La estancia media de las pacientes incluidas en la vía fue de 7,19 días (DE 1,43). La duración de la estancia fue igual o menor a la establecida en el protocolo (7 días) en 23 pacientes (63,9%). Durante los meses de seguimiento 10 pacientes (27,8%) desarrollaron alguna incidencia a lo largo de la vía. En cuanto a la satisfacción, destacan como aspectos más positivos del ingreso el trato recibido por el personal sanitario. Todas manifestaron haber recibido información sobre el pictograma de la vía clínica, que coincidió con lo ocurrido a lo largo de la estancia.

**Conclusiones:** Tras la primera evaluación de la vía clínica de histerectomía se ha alcanzado una cobertura algo mayor de la mitad que ha de ir aumentando en siguientes evaluaciones. Para mejorar la evaluación de la vía clínica, sería interesante confeccionar un programa informático a través del cual podamos capturar variables básicas de las mujeres ingresadas que nos permitan obtener de forma rápida y segura los indicadores de cobertura y efectividad.

## GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.L. Illescas, J. Giralt, T. Sanz, J. Rodríguez, J.C. García  
y R. Fernández  
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

P-212

**Palabras clave:** Gestión por procesos, Atención primaria.

**Objetivos:** Definir un modelo de gestión por procesos adaptado a la realidad de nuestra área sanitaria. Avanzar en la implantación del modelo de calidad EFQM.

**Metodología:** *Antecedentes:* En el año 2003, el Área Sanitaria 9 de Atención Primaria de Madrid, realiza una Autoevaluación EFQM. En octubre de 2004 en unas Jornadas de trabajo de la dirección del área con los equipos directivos de los Equipo de Atención Primaria (EAP), se decide como línea estratégica el trabajo por procesos. El equipo directivo ha recibido formación en procesos. Tenemos elaborada una guía de diseño de procesos. Tenemos elaborado el mapa O de procesos. Como motor del cambio, la Comisión de Dirección diseña un proceso estratégico que denominamos Gestión de Innovaciones. Tiene como misión diseñar, documentar, desplegar, y plantear la mejora continua de cada proceso del Área en cada Equipo de Atención Primaria (EAP). Se crea un grupo de trabajo de dirección que define: Misión, diagrama y objetivos del proceso Nombramiento de responsables y equipos de trabajo. Documentación inicial.

**Resultados:** Definición del proceso Gestión de Innovaciones que, a su vez, incluye tres subprocesos: *a. Gestión de oportunidades:* Tiene como misión elegir qué procesos hay que mejorar. En este proceso se evalúan de forma continua los problemas y oportunidades de mejora del Área. Se identifican los procesos implicados en los problemas o mejoras, y se realizan los encargos de trabajo correspondientes. El responsable es el Director Gerente del Área, y el equipo encargado de realizar las tareas es la propia Comisión de Dirección. *b. Diseño de procesos:* Proceso que tiene como propósito crear modelos de Área a utilizar como referencia en la mejora de los procesos de cada EAP en concreto. Elaboración de indicadores de seguimiento. El Responsable de Calidad del área es el responsable de este proceso. *c. Gestión del despliegue:* Facilitar el proceso de implantación de mejoras, adaptándolas a las realidades de cada equipo con el mayor grado de autonomía. Las tareas principales son la comunicación, participación y el seguimiento de los procesos en cada EAP. El responsable es el Director de Enfermería, y el equipo de trabajo toda la Dirección Asistencial y Consejo de Dirección de los EAP.

**Conclusiones:** El proceso de gestión de innovaciones es una herramienta estratégica de la Comisión de Dirección, que permite sistematizar la identificación de problemas, e incluirlo en un plan de mejora mediante la gestión del proceso.

## APROBACIÓN DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, VÍAS CLÍNICAS Y OTRA DOCUMENTACIÓN EN LA FUNDACIÓN ALTHAIA

T. Martín, B. Ayala y A. Sans  
Fundación Althaia.

P-213

**Palabras clave:** Protocolización, Unificación criterios, gestión.

Desde el año 2002 nuestra Organización se encuentra en la fusión Hospitalaria de 2 centros sanitarios en Manresa con culturas y metodología de trabajo diferentes. La fusión ha generado un aumento en la variabilidad de la práctica diaria. La Dirección ha creado y ha puesto en conocimiento el Dpto. de Calidad a todos los departamentos/servicios y profesionales con la misión de facilitar el consenso y unificar la metodología de trabajo a todos los niveles. *A nivel operativo:* Creación y consenso de los procesos y procedimientos de soporte metodológico a nivel institucional, adaptados según los modelos de gestión de calidad actuales. Aprobación de estos por la Dirección. Elaboración de las directrices y matrices de los procesos y los procedimientos, y de la documentación de soporte: protocolos, vías clínicas, fichas técnicas, documentación., de forma fácil y con evidencia científica. Difusión a nivel institucional. A todos los profesionales de la institución Formación en gestión de la calidad en el plan de formación colectivo. *A nivel metodológico:* Elaboración de dos procedimientos esenciales: Aprobación de procesos, procedimientos, protocolos y otra documentación (SQPR001), y el procedimiento de soporte metodológico para la elaboración de un: proceso, procedimiento, protocolo interno (SQPRO02). Diseño y puesta en marcha de acciones informativas e informativas sobre la metodología de trabajo para implicar y formar a los diferentes colectivos. A nivel estratégico Creación por parte de la Dirección la comisión de seguimiento de la calidad, donde participan: comisiones clínicas, grupos de mejora continua. Unificación del Departamento de Calidad con el objetivo de facilitar de forma transversal, los recursos necesarios para la unificación metodológica. Unificación de programas informáticos y base de datos. Creación de la Intranet (como herramienta de trabajo, donde encontraremos todas las matrices de los documentos y los circuitos de apoyo que se necesitan).

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

M.P. Crespo, M.P. Foncubierta, M. Martínez e I. Jiménez  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-214****Palabras clave:** Plan cuidados SAOS.

**Introducción:** Observamos en la Unidad del Sueño la necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizado para los pacientes, ya que hasta el momento la enfermería de la unidad estaba basada en las técnicas de realización de pruebas y, también, establecer una comunicación fluida con la enfermería de primaria que era inexistente.

**Objetivos:** Elaboración de un Plan de Cuidados estandarizado para pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

**Metodología:** Análisis de la base de datos existente en la Unidad. Sesiones de enfermería con los profesionales de la Unidad. Definición de diagnósticos enfermeros. Estandarización Plan de Cuidados. Sesiones con enfermería de AP.

**Resultados:** Desarrollo e implementación de un plan de cuidados estandarizado y personalizable para pacientes con Saos e informe de continuidad de cuidados que incluye datos específicos sobre el tratamiento.

**Conclusiones:** En la actualidad existe una comunicación fluida con la enfermería de Primaria. Los profesionales que participaron en la elaboración manifiestan mayor satisfacción a la hora de la realización de su trabajo. Trabajar con planes de cuidados favorece la confianza del paciente en los profesionales que lo atienden.

**IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA LUMBALGIA: ANÁLISIS DE RESULTADOS**

I. Isidoro, H. Marín, M. Macía, B. Morata, M.J. Tris y E. García  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**P-215****Palabras clave:** Guía clínica lumbalgia.

**Objetivos:** Puesta en marcha de una Guía Clínica (G.C.) para la atención de las lumbalgias facilitando la toma de decisiones en Atención Primaria (A.P.) y mejorando el acceso de los pacientes con esta patología a la Atención Especializada. El dolor lumbar es una patología es muy frecuente y aunque a menudo se cura sin secuelas (70%) cuando se prolonga en el tiempo (30%) o recidiva con frecuencia(20%) constituye importante causa de baja laboral. Las G.C. han demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la atención de estos pacientes, facilitando la toma de decisiones en A.P., favoreciendo la accesibilidad a la At. Especializada, y mejorando el grado de satisfacción del usuario. Además incluyen programas de educación sanitaria que ayudan a prevenir recurrencias.

**Material y métodos:** Se elaboró un proyecto conjunto en el que colaboraron Médicos de Familia, FEAs en Rehabilitación, Fisioterapeutas, y Terapeutas Ocupacionales. Se aplicó a las Áreas de Salud 2 y 5 de Zaragoza incluyendo así 4 Centros de Salud que disponían de Médico Rehabilitador y Fisioterapeuta. Mediante charlas se les explicó a los Médicos de Primaria las opciones terapéuticas, los criterios de derivación y como se realizaría el seguimiento. Para monitorizar el proceso se ha empleado el tiempo de ILT, Test de incapacidad (Oswestry), test para clasificar el estado de salud (Cuestionario SF-36) y se está realizando una encuesta de satisfacción al usuario.

**Resultados:** Transcurridos 10 meses se han tratado aproximadamente 1550 pacientes en A.P. y 110 en Especializada. El tiempo de espera ha sido entre 7-10 días para la consulta de Especialista, 7-10 para fisioterapia, y 29 para la Escuela de Espalda. También se está estudiando el tiempo de ILT, número de recidivas a los 6 y 9 meses, y estamos realizando la encuesta de satisfacción con excelentes resultados hasta ahora (mitad de casos).

**Conclusiones:** Aunque estamos analizando los resultados parece que las G.C. facilita el abordaje de esta patología y permite unificar criterios de derivación y tratamiento. Agilizar el proceso de derivación e inicio de tratamientos especializados resulta beneficioso para estas patologías, reduciendo el tiempo de ILT y las recidivas. A su vez producen mayor grado de satisfacción en el usuario.

**DE LA ORGANIZACIÓN TRADICIONAL A LA ORGANIZACIÓN POR PROCESOS**

F. Rivera y M. Carreras  
Agencia de Calidad y Acreditación. Consejería de Salud de La Rioja.

**P-216****Palabras clave:** Gestión Actualización Procesos.

**Introducción:** El nuevo modelo sanitario de La Rioja ha requerido la reorganización del Servicio Riojano de Salud buscando dar una respuesta a la sociedad que implique un mayor nivel de Calidad Asistencial, así como impulsar la modernización de las condiciones de trabajo de los profesionales y el máximo aprovechamiento de los recursos económicos disponibles.

**Objetivos:** Adaptar las necesidades asistenciales y las formas de trabajo a la nueva realidad de un sistema sanitario propio a través de la remodelación de las estructuras organizativas del sistema riojano de salud. Esta iniciativa persigue propiciar una comunicación más fluida y una coordinación más eficaz que redunde en beneficio de los pacientes y favorezca las formas de trabajo de los profesionales.

**Metodología:** Nuevo organigrama del Servicio Riojano de Salud (Imagen): Implantación de la gestión por procesos. En estos momentos todas las direcciones tienen elaborada su misión, visión, valores, mapas de procesos y existen equipos de proceso trabajando en cada una de las direcciones de procesos. Creación del Comité de Integración cuyo objetivo es coordinar, dinamizar y facilitar el funcionamiento de la organización controlando, proponiendo y asesorando y sirviendo de nexo de comunicación y representación de los trabajadores del sistema.

**Conclusiones:** Todos los procesos se interrelacionan entre sí en cada una de las áreas de gestión de salud de La Rioja buscando una atención más cercana a los pacientes, respondiendo a sus expectativas reales, y centrándose en el proceso de cada paciente sin parcelarlo en función de servicios, unidades o nivel asistencial. Se crea un modelo de trabajo más homogéneo y unos procesos con implantación en toda la comunidad autónoma que son controlados y mejorados permanentemente. Se da cohesión al sistema y se potencia la participación en el mismo de los profesionales. La reestructuración de jefaturas y la adaptación del personal que se ha llevado a cabo permite mejorar la atención sanitaria a los riojanos optimizando a la vez los recursos.

**LA COCINA FUERA DE LOS FOGONES. GESTIÓN DE PROCESOS DE ALIMENTACIÓN**

F. Rivera, M. Carreras y A. Rubio  
Agencia de Calidad y Acreditación. Consejería de Salud de La Rioja.

**P-217****Palabras clave:** Proceso Gestión Procesos.

**Introducción:** La nueva Cocina del Hospital San Pedro quiere ofrecer unos procesos de producción, distribución y servicio al usuario que sigan criterios de modernidad, seguridad, capacidad de respuesta y de alta calidad que permitan la optimización de los recursos disponibles, pero sobre todo: "Satisfacer el paladar de los usuarios contribuyendo a la mejora de su salud".

**Objetivos:** Mejorar la calidad de la producción y de los servicios que proporcionan los Procesos de Alimentación estableciendo una gestión sistemática que se adapte constantemente a las necesidades de sus destinatarios según el esquema P.D.C.A. de mejora continua.

**Metodología:** La Agencia de Calidad ha coordinado el diseño y la puesta en marcha de la Cocina Central. Se ha desarrollado e implantado el sistema de gestión de la calidad en la Cocina Central y se le ha dotado de un Proceso de Gestión de Procesos que facilita y unifica criterios a la hora de gestionar los diferentes procesos.

**Resultados:** Certificación ISO 9001:2000 del Sistema de Gestión de la Calidad. Elaboración de un plan de ciclo con las acciones y objetivos previstos que incluye nombre del responsable y fecha estimada de consecución. Seguimiento de los procesos de acuerdo al calendario de reuniones marcado estudiando las diferentes no conformidades detectadas, así como los Indicadores de Calidad. Gestión diaria de procesos de alimentación supervisada con el equipo de coordinadores de procesos bajo la responsabilidad del Director de Procesos de Alimentación: oAl inicio de cada jornada el Director de Procesos mantiene una reunión con su equipo de coordinadores para revisar, planificar y organizar la producción y los servicios del día. Segunda Reunión de Coordinadores de Procesos. Cada Coordinador presentará lo ocurrido durante la jornada y estudiará. Semanalmente el Director de Procesos de Alimentación presenta en la reunión establecida las acciones de mejora de las no conformidades. Realización de un planning de control de registros e indicadores de calidad para cada uno de los procesos.

**Conclusiones:** Con la implantación de este proceso se ha creado una metodología de trabajo que permite la mejora continua y la implicación de todo el personal en la gestión de los procesos, ha permitido que personas que nunca habían trabajado en Procesos hayan asimilado la sistemática de la mejora continua dando más contenido a sus puestos de trabajo y afianzando la figura de los Coordinadores de Procesos y del Director de Procesos de Alimentación.

**GESTIÓN DE CAMAS EN UNA UNIDAD DE PUEPERIO MEDIANTE LA FECHA PROBABLE DE PARTO (F.P.P.)**

X. Perramon, M. Sabaté y M. Martín  
Centro Médico Delfos. Barcelona.

**P-218**

**Palabras clave:** Gestión de camas, Fecha probable de parto.

**Objetivos:** La gestión de camas es un punto crítico en unidades pequeñas de hospitalización y que deben dar respuesta a unas demandas de difícil previsión. En el centro médico Delfos se dispone de una unidad de puerperio de 7 camas que dada su especificidad precisa no generar ectópicos para mantener el nivel de calidad asistencial.

**Métodos:** Se establece en abril de 2003 el siguiente circuito: desde consultas externas se comunica a Admisiones la F.P.P de las gestantes. Con estos datos Admisiones elabora un planning de reserva a lo largo del año, teniendo en cuenta las variables de: partos normales, cesáreas, partos prematuros y partos no previstos.

**Resultados:** Durante el año 2004 el número de partos fue de 692. La comunicación de F.P.P se realizó en 645 casos, de ellos el número de cesáreas fue de 123. La ocupación de camas con previsión fue de 617 casos (95,6%).

**Conclusiones:** El circuito de comunicación de la F.P.P es útil para gestionar el número de camas a utilizar, aumentando la calidad asistencial al optimizar los recursos específicos de estas áreas tanto humanos como hosteleros, evitando la existencia de ectópicos.

**SISTEMA INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS DE UN ÁREA SANITARIA**

J. Giralt, M.I. Parralejo, M. Basanta, T. Sanz, M.L. Illescas y J. Rodríguez

Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

**Palabras clave:** Procesos, Primaria, SIS.

**Objetivos:** Informatizar: El diseño y la documentación de los procesos del Área Sanitaria 9 de Madrid. El seguimiento de indicadores y mejoras de los procesos desplegados, mediante un Informe de Gestión para cada proceso. Compartir la información para la gestión de procesos, mediante la aplicación informática.

**Metodología:** Desarrollo de una aplicación accesible desde los siguientes entornos del Área. *Principales funciones:* 1. *Dirección Gerencia:* Priorizar los procesos a documentar. Transmitir decisiones de dirección que afectan a un proceso. Seguimiento de procesos desplegados. La aplicación se integra en una "Agenda de Gestión" ya existente que informatiza las tareas y actas de la comisión de dirección (con cañón de video) de la gerencia. 2. *Calidad y Sistemas de Información:* Coordinar Grupos de trabajo para la documentación de procesos. Mantener Base de Datos de procesos documentados. Mantener BD de Informes de Gestión con indicadores y mejoras. 3. *Dirección Asistencial y del EAP:* Líder del despliegue y seguimiento de procesos. Evaluar los Informes de Gestión para la mejora de procesos del EAP. Se utiliza Visual Basic para el núcleo de la aplicación, HTML y páginas ASP para la edición de páginas en la Web Intranet del Área. Diseño y programación por Informática de la Gerencia.

**Resultados:** Software en funcionamiento: 1. Dirección Gerencia: Sobre la "Agenda de Gestión", los puntos del orden del día que incluyen mejora o diseño de procesos se anotan con una herramienta específica: a) Identifica y prioriza el proceso b) Comunica encargos de dirección para diseño, seguimiento, y despliegue del proceso. 2. Interfase para Calidad y Sistemas de Información a) Visualiza encargos de la comisión de dirección de la Gerencia. b) Guarda y edita en web las Guías para la documentación de procesos recuperable desde los puestos. c) Construye mapa de procesos en niveles d) Diseña plantilla de Informe de Gestión de cada proceso, para generación automática de los Informes de cada EAP. 3. Interfase Dirección Asistencial y EAP. En desarrollo, actualmente en papel. a) Edita Informes de Gestión de los procesos del EAP, según plantilla. b) Registra la evaluación del EAP en el mismo Informe de Gestión (formulario Web) c) Consulta base de datos de documentación de procesos.

**Conclusiones:** Propuesta de sistema informático para gestión por procesos que considera áreas clave la comunicación, el soporte de documentación, y el seguimiento del proceso sintetizado en un Informe de Gestión.

**CENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CAMAS. CREACIÓN DE UNA UNIDAD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN**

A. Broto, C. Tello, M.A. Ballano, J.C. Sanz, O. Lafuente y D. Júdez  
Clínico Universitario L. Blesa. Zaragoza.

**P-220**

**Palabras clave:** Centralización, adecuación.

**Objetivo:** Mejorar la gestión de ingresos urgentes minimizando el número de ingresos ectópicos y su permanencia en el servicio de urgencias. Adecuar los ingresos programados a las camas disponibles en el servicio y a la fecha de realización de la exploración o intervención que motiva el ingreso.

**Método:** *Fase 1:* Detección de problemas. Se establecieron reuniones de Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Servicio de Admisión con todos los estamentos relacionados con la gestión de camas (Residentes, Supervisores de Unidades de Enfermería, Facultativos de Urgencias, Jefes de Servicio, Jefes de Guardia, Hostelería, Limpieza y Transporte Sanitario). *Fase 2:* Adecuación y reestructuración. Se crearon 3 grupos de trabajo con los siguientes contenidos: 1º para redistribuir el número de camas valorando la presión asistencial urgente y programada por servicios atendiendo a la actividad de los últimos 4 años. 2º para revisión de circuitos de ingreso y alta. 3º para revisar y mejorar los circuitos de información. Se elaboró una Guía de Procedimiento de Gestión de camas centralizando en Admisión la gestión integral de ingresos urgentes, programados y trasladados interhospitalarios. *Fase 3:* Puesta en marcha en octubre de 2004 con la implementación de un programa informático específico para gestión y posteriormente intranet para comunicación entre Admisión y todas las unidades de enfermería y urgencias. Integración de 2 supervisoras de Enfermería en el Servicio de Admisión.

**Resultados:** En el período de Noviembre de 2004 a abril de 2005 se han gestionado por el Servicio de Admisión 4989 ingresos procedentes de Urgencias y 3958 programados. El tiempo medio desde la solicitud de ingreso de los de Urgencias hasta la adjudicación de la cama fue de 3 horas 40 minutos. El 53% el tiempo de asignación fue inferior a 1 hora. El tiempo medio desde la adjudicación hasta el ingreso efectivo del paciente fue 2 horas 13 minutos. La ocupación hospitalaria para el período superó el 95%. Porcentaje de pacientes ectópicos: 25,2%. El porcentaje de ectópicos para el mismo período en el año anterior era del 69,2%.

**Conclusiones:** La reasignación de las camas hospitalarias junto con la gestión integral de las camas desde Admisión ha supuesto una mejora en la organización global del hospital, reduciendo el número de pacientes ingresados ectópicos y el tiempo de permanencia en Urgencias de los pacientes pendientes de ingreso.

**SISTEMA INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS DE UN ÁREA SANITARIA**

J. Giralt, M.I. Parralejo, M. Basanta, T. Sanz, M.L. Illescas y J. Rodríguez

Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

**Palabras clave:** Procesos, Primaria, SIS.

**Objetivos:** Informatizar: El diseño y la documentación de los procesos del Área Sanitaria 9 de Madrid. El seguimiento de indicadores y mejoras de los procesos desplegados, mediante un Informe de Gestión para cada proceso. Compartir la información para la gestión de procesos, mediante la aplicación informática.

**Metodología:** Desarrollo de una aplicación accesible desde los siguientes entornos del Área. *Principales funciones:* 1. *Dirección Gerencia:* Priorizar los procesos a documentar. Transmitir decisiones de dirección que afectan a un proceso. Seguimiento de procesos desplegados. La aplicación se integra en una "Agenda de Gestión" ya existente que informatiza las tareas y actas de la comisión de dirección (con cañón de video) de la gerencia. 2. *Calidad y Sistemas de Información:* Coordinar Grupos de trabajo para la documentación de procesos. Mantener Base de Datos de procesos documentados. Mantener BD de Informes de Gestión con indicadores y mejoras. 3. *Dirección Asistencial y del EAP:* Líder del despliegue y seguimiento de procesos. Evaluar los Informes de Gestión para la mejora de procesos del EAP. Se utiliza Visual Basic para el núcleo de la aplicación, HTML y páginas ASP para la edición de páginas en la Web Intranet del Área. Diseño y programación por Informática de la Gerencia.

**Resultados:** Software en funcionamiento: 1. Dirección Gerencia: Sobre la "Agenda de Gestión", los puntos del orden del día que incluyen mejora o diseño de procesos se anotan con una herramienta específica: a) Identifica y prioriza el proceso b) Comunica encargos de dirección para diseño, seguimiento, y despliegue del proceso. 2. Interfase para Calidad y Sistemas de Información a) Visualiza encargos de la comisión de dirección de la Gerencia. b) Guarda y edita en web las Guías para la documentación de procesos recuperable desde los puestos. c) Construye mapa de procesos en niveles d) Diseña plantilla de Informe de Gestión de cada proceso, para generación automática de los Informes de cada EAP. 3. Interfase Dirección Asistencial y EAP. En desarrollo, actualmente en papel. a) Edita Informes de Gestión de los procesos del EAP, según plantilla. b) Registra la evaluación del EAP en el mismo Informe de Gestión (formulario Web) c) Consulta base de datos de documentación de procesos.

**Conclusiones:** Propuesta de sistema informático para gestión por procesos que considera áreas clave la comunicación, el soporte de documentación, y el seguimiento del proceso sintetizado en un Informe de Gestión.

**DESARROLLO DEL PLAN ESTRÁTÉGICO DEL HOSPITAL Y GESTIÓN POR PROCESOS EN UN SERVICIO CLÍNICO**

L. Arranz, E. Blarduni, E. Zuazo y O. Moracho

Hospital de Zumarraga.

**P-221**

**Palabras clave:** Plan estratégico, Gestión, Mejora continua.

**Objetivo:** Definir una estrategia realista, impulsada desde el Servicio de Pediatría del Hospital de Zumarraga, que integre los estamentos sanitarios, de gestión y de población infantil susceptible, a fin de alcanzar las metas propuestas del Plan Estratégico del propio Hospital de Zumarraga.

**Material y métodos:** El servicio de pediatría asume misión, visión y valores del hospital, desde el punto de vista pediátrico. El plan estratégico del hospital marca los objetivos y factores críticos de éxito en función de los cuales se elaboran los planes de gestión anual del servicio de pediatría. Se realiza la gestión del proceso de donde se derivan otras áreas de mejora específicas de los procesos de pediatría. Evaluación mediante el seguimiento de indicadores de los procesos y de la evaluación EFQM valorando el grado de consecución de los objetivos para reiniciar el ciclo en el próximo año.

**Resultados:** Plan de gestión anual con: Situación actual del servicio y resultado de su análisis dentro del marco institucional, análisis de los grupos de interés y análisis estratégico. Objetivos estratégicos y procesos del servicio de pediatría: procesos, misión, clientes y proveedores, indicadores, DAFOS, acciones de mejora en las siguientes áreas: área de hospitalización, área de urgencias, área de consultas externas, pruebas especiales y áreas de mejora. Objetivos estratégicos en las áreas de hospitalización, urgencias, consultas externas y pruebas especiales. Objetivos complementarios: investigación, gestión del conocimiento, calidad total, implicación de las personas, recursos y alianzas. Líneas de desarrollo en el futuro.

**Conclusiones:** 1. La evaluación de resultados anuales valorará el grado de consecución y la adecuación del Plan de Gestión Anual de las acciones de mejora de los procesos de pediatría y de su contribución al Plan Estratégico del hospital para continuar estableciendo unos objetivos para el próximo año. 2. Contribución al crecimiento continuo de los profesionales así como al bienestar de la sociedad. 3. La metodología seguida para el establecimiento de los planes de acción, desde el punto de vista clínico supone una herramienta potente en la identificación de los objetivos del servicio y su seguimiento.

## HACIA LA CARTERA DE SERVICIOS POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

A. Carriazo, E. Fernández-de-la-Mota, J.M. Aldana, L. Pajares, M. Rosado, J. García-Rotllán y J. Carmona  
Servicio Andaluz de Salud-SSCC.

P-222

**Palabras clave:** Cartera servicios procesos.

La cartera de servicios se define como el desarrollo de la oferta clínico-asistencial que el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y, en concreto, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) pone, a través de sus profesionales y centros, a disposición de los ciudadanos. Constituye un elemento fundamental para el logro de los objetivos del organismo, en términos de calidad, eficiencia, equidad y satisfacción de los usuarios, y tiene como finalidad ayudar a garantizar que las actuaciones sanitarias empleadas para dar respuesta a un determinado problema de salud sean las más adecuadas en cada momento. Si bien se han definido carteleras de servicios por niveles asistenciales (de atención primaria y asistencia especializada), la apuesta por el desarrollo e implantación de la gestión de los Procesos Asistenciales Integrados en nuestro Sistema Sanitario Público condiciona la adaptación de la oferta asistencial del SAS a los mismos, primando la continuidad asistencial como criterio clave y determinante que debe inspirar la organización de los servicios, concebida como una visión continua y compartida del trabajo asistencial. La estructura básica que se ha seguido para detallar la Cartera de cada uno de los Procesos Asistenciales revisados ha sido: Definición. Criterios de inclusión y de exclusión, Situaciones que no aborda el Proceso y Salidas del mismo. Criterios de oferta. Criterios de calidad. Población diana. Sistema de Información y Registro. Bibliografía. De forma transitoria, se han incluido las carteleras de servicios de los procesos asistenciales definidos en el mapa 1 de la Consejería de Salud, en las ediciones de las carteleras de servicios por niveles. Cuando se complete la revisión de los procesos asistenciales del mapa 2, se adoptará como referencia para toda la organización.

## CONTROL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA A LOS SERVICIOS PETICIONARIOS

J. Pay, V. Peñalver, M.J. García, R. Picazo, J.A. Visedo y R. Ferrández  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

P-224

**Palabras clave:** Historia Clínica-Consultas Externas-Calidad.

El movimiento diario de historias clínicas en un hospital de tercer nivel que actúa como referencia para un amplio número de patologías, es de un volumen aproximado de 4.000 historias, correspondiendo el 95% a pacientes ambulatorios (Consultas Externas, C.M.A. Hospital de Día, etc.) y el 5% a Ingresos y Urgencias. La preparación del préstamo se realiza con 48 horas de antelación en el caso del foco de mayor demanda (Consultas Externas y Hospital de Día). Esto implica que en la práctica el porcentaje de historias no prestadas sea importante.

**Objetivo:** Conseguir el préstamo de la historia clínica en el 99'5% de los casos.

**Material y método:** Análisis de los listados de solicitudes de historia clínica por procedencia del primer trimestre del año 2005 e identificación de los motivos de la no prestación de la misma emitiendo los siguientes listados: Historias clínicas devueltas al día siguiente a la preparación para la atención en Consultas Externas. Para la asistencia a pacientes sin cita programada (Petición Inmediata). Pacientes ingresados con ubicación de la historia clínica en Archivo por devolución posterior al ingreso de otros servicios.

**Resultados:** Del total de las solicitudes no servidas, el 87,42% se refieren a préstamos de historias clínicas a servicios con probable devolución inmediata (Consultas Externas). Historias clínicas prestadas para hospitalización pendientes de realización de Informe de Alta el 7,47%. Préstamo para Codificación, Urgencias y otros motivos 5,11%.

**Conclusiones:** El no disponer de la historia clínica en el momento de la asistencia en Consultas Externas le supone un claro perjuicio al paciente para recibir una atención de calidad con demoras innecesarias, así como desplazamientos del personal auxiliar al archivo y nuevas búsquedas por el personal de este servicio. La demora en la realización del Informe de Alta implica además del retraso en la devolución de la historia clínica al Archivo el incremento del trabajo administrativo. Así como el retraso en la devolución del resto de servicios. Emisión de listados con diferentes fechas y procedencias para rescatar las historias clínicas devueltas y proceder a su envío al servicio peticionario antes de la atención en consultas. Disminución del tiempo máximo de prestación de la historia clínica tanto para Estudio e Investigación (de 20 a 10 días) como para Codificación (de 4 a 2 días) y rescate de las mismas.

## ESTANCIAS INADECUADAS EN UN SERVICIO MÉDICO. UTILIDAD DEL AEP EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

F. Enriquez, R. Martínez, C. Gómez-Alférez, J.F. Herrero, A. Castro y V.M. León  
Hospital Infanta Margarita.

P-223

**Palabras clave:** Estancias médicas, Gestión.

**Objetivos:** Estimar la Prevalencia de estancias hospitalarias inadecuadas en un servicio médico, identificar factores relacionados con la inadecuación de estancias así como, los motivos de la permanencia de los pacientes en el hospital, cuando sus estancias son médicaamente inadecuadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita. La unidad de estudio es un día de estancia hospitalaria para un paciente, seleccionado de forma aleatoria en el mes de noviembre 2004. La población de estudio la forman los 66 pacientes-día ingresados ese día. Como instrumento de Evaluación de la Inadecuación, se ha utilizado el Protocolo AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). Las variables de estudio han sido la inadecuación de la estancia hospitalaria como variable resultado, y como variables independientes, factores del paciente o del proceso de hospitalización. Se ha realizado un análisis descriptivo y bivariante.

**Resultados:** La edad media de los pacientes ingresados es de 69,4 años (DT 15,1), siendo el 53,7% hombres. Un 19,7% de días de estancia hospitalaria han sido inadecuados, resultado algo inferior a lo publicado en la literatura (20-40%). El 66,7% de las estancias inadecuadas, corresponden a ingresos inadecuados. Respecto a la edad, destaca el grupo de 51 a 65 años con un 58,3% de inadecuación. En el análisis bivariado encontramos asociación con la duración de la estancia, existiendo riesgo de inadecuación a partir de 4 días de hospitalización, máximo en estancias mayores de 12 días (OR = 13,0 p = 0,007), y con el motivo de ingreso para estudio (OR = 6,7 p = 0,006). El resto de variables no muestran significación estadística, aunque el ingreso inadecuado, y el ingreso programado presentan OR de 8,1 y 5,0 respectivamente. Finalmente, respecto de los motivos de permanencia de los pacientes en el hospital, cuando sus estancias son médicaamente inadecuadas, en el 69,5% encontramos problemas de programación de pruebas diagnósticas, y en el 30,5%, pautas médicas conservadoras a la hora de proceder al alta del paciente.

**Conclusiones:** El uso del AEP nos ha permitido conocer la frecuencia de estancias inadecuadas en nuestro medio e identificar algunos factores relacionados, para de esta forma, orientar en el diseño de estrategias dirigidas a la reducción el uso inapropiado de la hospitalización que mejoren la eficiencia y calidad asistencial.

## MEJORANDO LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN UN CENTRO RURAL ¿TENEMOS EN CUENTA LAS INTERACCIONES DE LOS NUEVOS ANTIBIÓTICOS?

M. Bárcena, M.V. Fuster, M. Siles y M. Goldaracena  
CS de Cariñena. Zaragoza.

P-225

**Palabras clave:** Interacciones farmacológicas, calidad, antibiótico.

**Objetivos:** Cada vez son más los pacientes polimedicanos y no siempre se valoran las interacciones medicamentosas, sobre todo las de fármacos de utilización ocasional como los antibióticos. En este sentido, dentro del Plan Integral de Calidad del centro de salud decidimos analizar las potenciales interacciones de los nuevos antibióticos prescritos en un año y presentar los resultados en una sesión clínica al equipo para mejorar nuestra prescripción.

**Metodología:** *Tipo de estudio:* observacional y retrospectivo. *Ubicación:* centro de salud rural con 7.870 personas con tarjeta sanitaria (TIS). *Población:* todas las prescripciones de levofloxacin, moxifloxacin y telitromicina realizadas en receta oficial durante el año 2004 a las personas con TIS asignada a los médicos de nuestro centro, independientemente del nivel en el que se le prestó la asistencia. *Fuente de datos:* Sistema Informático Farmacéutico del Servicio Aragonés de Salud. Se definió como potencial interacción cuando en un mes concreto coincidía la prescripción de uno de los tres antibióticos con alguno de los fármacos citados, en sus fichas técnicas, en los apartados de contraindicaciones, interacciones o advertencias y precauciones especiales. Para el procesado de los datos se utilizó Microsoft Excel 2000. Como intervención para la mejora se realizó una sesión clínica con los médicos del equipo para exponer los resultados.

**Resultados:** Se recetaron 108 envases de moxifloxacin, 18 de levofloxacin y 18 de telitromicina. El 19,04% de las fluoroquinolonas fueron prescritas con corticoides, el 45,2% a mayores de 70 años, y en 11,11% coincidió la quinolona, el corticoide y ser mayor de 70 años. El 7,14% tenía prescripciones de acenocumarol, y el 3,17% de sucralfato o antiácidos de magnesio o aluminio. En 6 casos los fármacos utilizados por el paciente contraindicaban el uso de moxifloxacin y en 1 el de levofloxacin. La prescripción de telitromicina habría sido adecuada en 2 casos si se suspendió la toma de estatina y en 3 si se monitorizó otro de los fármacos.

**Conclusiones:** El consumo de estos nuevos antibióticos es bajo en nuestro centro, lo que limita el número de potenciales interacciones farmacológicas. En la sesión clínica se resaltó que las interacciones de las nuevas fluoroquinolonas son comunes a las antiguas y las de telitromicina a la mayor parte de los macrólidos. Actividades como estas nos llevan a tener presente el problema de las interacciones en nuestra práctica cotidiana y nos ayudan a mejorar.

**RELACIÓN ENTRE ESTANCIA MEDIA Y COMORBILIDAD EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

B. Flores, V. Soria, M.F. Candel, A. Campillo, J. Miquel y J.L. Aguayo  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-226**

**Palabras clave:** Estancia media. Comorbilidad. Gestión clínica.  
**Objetivo:** Analizar la relación entre estancia media y comorbilidad en un Servicio de Cirugía General y Digestiva.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de altas hospitalarias de pacientes ingresados en nuestro servicio de cirugía general entre el 1 de octubre de 2002 y 1 de octubre de 2003. Los grupos de patología fueron: apendicitis y dolor abdominal agudo, pared abdominal, patología biliar litiasica, pie diabético, hemorragia gastrointestinal, obstrucción intestinal no herniaria y patología colorrectal. Se estudiaron las variables edad, sexo, distribución de los pacientes según el número de patologías asociadas y relación estancia media-comorbilidad. Como test de significación estadística para la comparación de estancias medias se utilizó el de t de Student.

**Resultados:** Se han incluido 1100 altas, que corresponden al 54% del total generadas en el período estudiado. Respecto a la distribución según el número de comorbilidades, observamos que en los grupos apendicitis y dolor abdominal agudo, patología biliar litiasica, obstrucción intestinal no herniaria y patología colorrectal, los pacientes con 2 o más patologías asociadas son menos numerosos. En el grupo pie diabético, la tendencia es a la inversa, sumando más pacientes conforme aumenta la comorbilidad. Hemos encontrado diferencias con significación estadística en la comparación de estancias entre pacientes con y sin comorbilidad asociada para los grupos apendicitis, pared abdominal y patología biliar ( $p < 0,001$ ). Para el resto de grupos, no hemos observado diferencias significativas.

**Conclusiones:** En los grupos: apendicitis y dolor abdominal agudo, patología litiasica y pared abdominal, hay correlación entre comorbilidad y estancia alargada.

**DESDE EL CONTROL DE CALIDAD A LA CALIDAD ASEGURADA.- SISTEMA AUTOMÁTICO IQM**

C. Diago, C. Sebastianes, R. Sanchez-de-Arriba, B. Castroviejo, P. Trigo y G. Villabona  
H. Valdecilla. Santander/H. P. del Mar. Cádiz.

**P-227**

**Palabras clave:** Control de Calidad, Automático.

En las áreas quirúrgicas se necesita un sistema de medición de gases sanguíneos, iones y hematocrito. Su calibración y corrección de errores están sujetos a estándares tales como medición del control de calidad (CC) intermitente y acción correctora manual con posibilidad de no detectar errores. Recientemente ha aparecido una técnica analítica que incorpora el sistema iQM (intelligent Quality Management) que es capaz de identificar automáticamente la fuente del problema y aplicar la apropiada corrección reduciendo el tiempo de rectificación de errores de horas a minutos. Las ventajas aportadas por el iQM son: 1) Monitorización del rendimiento en tiempo real, con comprobación del sistema, de los sensores, del modelo patrón y de estabilidad. 2) Realización automática de acciones correctivas y notificación de la presencia de interferencias en la muestra. 3) Proporciona documentación automática de las acciones correctivas, con gráficas de control de calidad. Las soluciones de control siguen la misma vía que las muestras de sangre. La evaluación del CC se basa en las normas dictadas por autoridades tales como CLIA, JACHO y CAP y sus exigencias pueden resumirse en: 1) Seguir los protocolos de cada fabricante. Con iQM el seguimiento es automático. 2) Validar un método antes de su uso rutinario. Aquí se utiliza un sistema de cartuchos rastreables según el NIST (National Institute of Standards Technology). 3) Utilizar operadores automatizados, que es la base de este sistema. 4) Registrar la identificación de pacientes y operadores. Esto está automatizado por el sistema. 5) Vigilar las funciones de los instrumentos. Se lleva a cabo continuamente con el sistema iQM. 6) Realizar y documentar el mantenimiento exigido. iQM aporta un control continuo y en tiempo real. 7) Realizar y evaluar CsC a intervalos apropiados. Con iQM estas evaluaciones son continuas. 8) Realizar y documentar acciones correctivas. Con este sistema la corrección es automática. 9) Dejar constancia de los procedimientos para las auditorías, es decir, vincular los resultados de pacientes con el CC. Todo esto está continuamente en curso mediante iQM.

**Conclusiones:** iQM es un proceso activo, continuo y a tiempo real de medición de calidad, que supone un avance importante respecto a los métodos tradicionales de CC.

**Bibliografía:** Westgard J.O. et al. Validation of iQM active process control technology. Point of Care 2:1-7,2003. Bénéteau-Burnat B. et al. Evaluation of the blood gas analyzer GEM PREMIER 3000. Clin Chem Lab Med 42:96.

**EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSICOSIS REFRACTARIA**

B. Lizalde, I. Alonso, E. Elizagárate, M. Estébanez, F. Murua y R. Sánchez Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

**P-228**

**Palabras clave:** Evaluación, Protocolo, Contención Mecánica.

**Introducción:** En un Hospital Psiquiátrico, ante un paciente agitado con conducta violenta, el primer objetivo es su contención psíquica, mecánica y/o química, con objeto de minimizar el riesgo de autolesionarse, dañar a otros pacientes, sus familiares, el personal asistencial ó las instalaciones.

**Objetivos:** Evaluar el grado de adaptación al protocolo sobre el uso de la contención mecánica y el grado de cumplimiento del mismo, que desde el punto de vista ético es un procedimiento útil e incluso necesario en una Unidad de Psicosis Refractaria.

**Metodología:** La indicación debe figurar por escrito en las órdenes médicas, se dispondrá de los recursos humanos y materiales necesarios, y se informará al paciente dándole tiempo a su aceptación y procurando su colaboración. Se tomarán las precauciones adecuadas, se ejecutará la sujeción, y se realizará un seguimiento psiquiátrico, de enfermería y una vez finalizado el episodio restrictivo, el psiquiatra comentará con el paciente la idoneidad de la medida y los sentimientos que ha generado en el paciente, procediéndose a evaluar la aplicación del protocolo según hoja diseñada al efecto. La muestra ha sido de 59 contenciones, correspondiendo a 12 pacientes distintos.

**Resultados:** El 100% de las contenciones están identificadas, de forma completa en el 96% de los casos y han oscilado entre 1 y 24 contenciones por paciente, y entre 1 en Marzo y 13 de Noviembre. El 42% corresponde a esquizofrenias, un 73% a contenciones completas y el 27% restante a parciales, y si bien la mitad duran < de 24 horas, un 14% duran > de 3 días. El 4% no recoge quien las indica, en 1 de cada 4 la causa más frecuente es la agitación, y en otro 25% de ellas se añade confusión, autoagresividad y hetroagresividad. El 19% de los pacientes la consideraron justificada o algo justificada, el 47% injustificada y en el 30% no consta la impresión subjetiva del paciente. En cuanto a la cumplimentación del registro del protocolo, fue completa en el 34% e incompleta en algún ítem en el 66%.

**Conclusiones:** El 96,61% de las contenciones mecánicas se adaptan al protocolo, las hojas de registro de enfermería aparecen en el 100% de las contenciones, pero existen déficits en su cumplimentación, en cuanto a firmas, hora de valoración, toma de constantes, alimentación, eliminación y estado de la piel en un porcentaje importante de protocolos. Es importante que cada turno refleje la valoración y situación del paciente no solo en la hoja del evolutivo, sino en las hojas de enfermería del protocolo.

**ACCEPTABILIDAD DE UNA HERRAMIENTA CUALITATIVA PARA LA MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

S. Aguilar, C. Coscollar, J.M. Turón, B. Benedé y B. Oliván  
CS Arrabal. RedIAPP. Zaragoza.

**P-229**

**Palabras clave:** Qualitativo. Prescripción. Atención Primaria.

**Objetivos:** Analizar la aceptabilidad y efectividad que una propuesta de intervención cualitativa tiene en los profesionales de Atención Primaria (AP) como herramienta de mejora de la prescripción. Definir fortalezas y debilidades del método.

**Método:** Metodología cualitativa con grupos focales (GF). *Condición analizada:* determinante de la prescripción de gastroprotectores. *Ámbito estudio:* Atención Primaria. *Sujetos participantes:* 23 médicos en 4 grupos focales. Cuatro GF en cuatro Centros de Salud. En cada uno participaron un moderador y un relator. Los contenidos fueron grabados, transcritos y analizados. Utilizamos un guión temático que contemplaba variables relacionadas con conocimientos, actitudes, comportamientos y barreras externas. *Aceptabilidad del método.*

**Resultados:** El análisis del material grabado y transcritto, en relación con los determinantes de la prescripción de gastroprotectores en AP, detecta problemas de indicación y uso excesivo; influencia de los especialistas como inductores de prescripción; cambios en expectativas y demandas de los pacientes; disminución de precios que induce la prescripción; la práctica de una medicina defensiva; las listas de espera y el escaso tiempo disponible en la consulta. El grupo focal se objetivó como útil e interesante para los participantes. *Fortalezas:* favorece el diálogo sobre cuestiones técnicas entre los profesionales de un equipo; unifica criterios; sirve como elemento de cohesión y motivación. Método muy directo y efectivo para la mejora por la implicación tan directa del profesional en el mismo. *Debilidades:* dificultad para organizar los grupos; escaso tiempo del responsable para el análisis; necesidad de disponer de material técnico y de personal entrenado.

**Conclusiones:** Los determinantes del uso de gastroprotección desbordan el componente puramente técnico. El grupo focal es muy bien aceptado por el profesional. Se recomienda su uso ante cualquier intervención sobre los hábitos de prescripción que se vea interferida por estos aspectos. Se propone un sistema de seguimiento de las oportunidades de mejora detectadas e implantadas.

**SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON BACTERIEMIA VISITADOS EN URGENCIAS Y REMITIDOS A SU DOMICILIO SIN INGRESO**

R. Terradas, S. Grau, H. Knobel, M. Marin, M. Salvadó y C. Segura  
Hospital del Mar. Barcelona.

**Palabras clave:** Bacteriemia. Hemocultivo. Tratamiento antibiótico.

**Objetivos:** El Hospital del Mar dispone de un equipo de seguimiento prospectivo de bacteriemias, integrado por un infectólogo, un microbiólogo, un farmacéutico clínico y una enfermera de control de infecciones. Este equipo se planteó mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes a los que se ha practicado un hemocultivo en Urgencias y, en base a su valoración clínica, son remitidos a su domicilio sin conocer el resultado.

**Material y métodos:** El estudio se efectuó en el Hospital, durante el período comprendido entre 3/3/2000 y 31/12/2003. El equipo mencionado hace un seguimiento diario de todos los hemocultivos que se han practicado a los pacientes atendidos en el hospital, incluyendo aquéllos que son remitidos desde Urgencias a su domicilio.

**Resultados:** Se han detectado 247 pacientes con bacteriemia remitidos a su domicilio. Tras conocer el resultado del hemocultivo se consideró la necesidad de contactar con 50 (20,2%) de ellos, ya que 36 recibían tratamiento antibiótico empírico inapropiado, 12 no recibían tratamiento y de 4 no se disponía de información. Se localizaron y citaron 40 pacientes (10 no se localizaron): a 31 de ellos se instauró o adecuó el tratamiento previo, 6 siguieron sin cambios, 2 no se presentaron a la visita y se detectó un fallecimiento en residencia geriátrica. Finalmente 10 (20%) de estos pacientes precisaron ingreso hospitalario, con una estancia media de 13,4 días.

**Conclusiones:** El seguimiento de los pacientes a los que se les practican hemocultivos en Urgencias y que son dados de alta sin conocer el resultado del estudio microbiológico es una sistemática que mejora la calidad asistencial. Una cuarta parte de los pacientes localizados requiere ingreso hospitalario cuando es sometido a una revaloración posterior y permanece en el hospital durante más de 13 días. La mortalidad detectada es baja y no puede ser atribuida al episodio de bacteriemia. Sin embargo, ésta podría ser mayor al no haber podido ser localizados todos los pacientes.

**P-230****MEJORA DEL SEGUIMIENTO DE LAS TAREAS A DEMANDA EN LAS UNIDADES DE ADMINISTRACIÓN**

M.C. Salgado, J.C. García y C. Besora  
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

**Palabras clave:** Seguimiento tareas, Mejora de organización.

**Objetivos:** La Dirección de Gestión del Área distribuye entre los diferentes departamentos de la Administración las tareas derivadas de las demandas de información y Gestión que recibe. Se plantea la necesidad de mejorar el seguimiento y control de las mismas. El objetivo principal es diseñar una herramienta informática que permita tener conocimiento del estado de ejecución de las tareas. Cada departamento desde su puesto de trabajo debe tener acceso a consultar sus tareas pendientes a realizar.

**Metodología:** Utilizando como soporte básico la base de datos de registro de entrada de correo, se añaden los campos necesarios para poder sumar a estos requerimientos de información y gestión vía correo, el seguimiento de otras tareas: un campo de verificación que indica si el documento precisa o no seguimiento, el campo del departamento a quién se encarga y la fecha de plazo fijado para la realización de la tarea. Se diseñan las consultas necesarias para la realización de informes finales de seguimiento en los que se detalla la situación específica en la que se encuentra cada tarea: a) tareas cuyo plazo de realización coincide con la fecha del día b) tareas pendientes de realizar en la que se incluyen campos calculados que nos indican cuantos días faltan para cumplir el plazo o si ya se encuentran fuera de plazo, c) consultas individualizadas de tareas pendientes seleccionadas por el departamento al que se le ha encargado, en la que también se incluye el estado de la tarea, días que faltan o fuera de plazo. En reuniones semanales conjuntas con los distintos departamentos de la Administración, se dispone de un listado que contiene el estado de las tareas encargadas a los diferentes departamentos de la Administración.

**Resultados:** La aplicación se encuentra disponible en todos los departamentos de la Administración. Cada Responsable tiene acceso directo a través de un formulario personalizado. La Dirección de Gestión accede a la totalidad de información de la aplicación.

**Conclusiones:** Los profesionales responsables de las tareas y el conjunto de la Administración perciben un mayor seguimiento sobre el conjunto de tareas a demanda y requerimientos de información puntual. Ha mejorado la planificación de dichas tareas así como la organización de tiempos para lograr su realización en el plazo marcado.

**P-232****CONTROL DE LA PROSTITUCIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA**

M.D. Cueto, M. Ger, C. Salinas, A. Ortiz, M. Rigaud y E. Aguilar  
C.S. Alcazaba. Almería.

**P-231**

**Palabras clave:** Programa encuentro.

**Introducción:** El Programa Encuentro, es un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Salud y las ONG en materia de Salud Pública para el colectivo de personas que ejercen la prostitución para mejorar la accesibilidad de estas personas dentro del primer nivel de atención. Se las capta, se las incluye en BDU y se les asigna médico. Los Centros que trabajan este Programa son C.S. Alcazaba, C.S. Ciudad Jardín y C. Puche, todos ellos de la Zona Básica Almería. El programa se pone en práctica mediante un protocolo de actuación. Este protocolo de actuación a personas que ejercen la prostitución se divide en varias visitas.

**Objetivos:** Los Objetivos que tiene el programa son: *General:* Reinserción Social de las personas que ejercen la prostitución (se las acogen en viviendas y se les busca empleo). *Específicos:* Mejorar la accesibilidad de estas personas a la asistencia sanitaria: Inclusión en BDU (Base de Datos del Usuario). Asignación directa de médico. Detección de ETS. Derivación rápida a consulta de M. Interna en caso de aparecer patología susceptible de tratamiento. Control por nivel especializado.

**Método:** El método empleado ha sido un estudio descriptivo, la recogida de los datos que disponemos en el Centro de Salud Alcazaba desde Abril del 2004 hasta Abril 2005.

**Resultados:** En estudio.

**Conclusiones:** Esperando fin de resultados.

**P-233****ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL PESCADERÍA-LA CHANCA**

B. Santos, C. Ortega, I. Suleiman, R. Dueñas, M. Ger y J. Guill  
C.S. Alcazaba. Almería.

**Palabras clave:** Mapa riesgo, Pescadería-La Chanca.

El Barrio objeto de estudio ubicado en el Distrito 3 de Almería, ha sido dividido en tres zonas diferenciadas por secciones: *Zona 1:* Casco Antiguo de la Ciudad. *Zona 2:* Barriada de Pescadería. *Zona 3:* Barriada de La Chanca y Joya. Con un estudio pormenorizado de estas barriadas en el que se incluye datos demográficos, económicos del nivel de vida y del nivel de salud. Se pretende elaborar el Mapa de Riesgo de la totalidad de la zona con el fin de obtener una información sistemática sobre los riesgos sociales de la población que vive en ella. Con el Mapa de Riesgo podremos identificar no solo su ubicación geográfica sino la posibilidad de comparar distintas unidades territoriales. Este método de análisis tiene la finalidad de ubicar los colectivos más vulnerables de forma que pueda aportar información sobre la estrategia más adecuada para abordar el problema.

## APROXIMACIÓN A LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Salamanca-Carranza, R. Campo-Linares, A. Valderas-García, M. Villar-Martínez y J.M. Morales-Cano  
GAP Ciudad Real.

**Palabras clave:** Calidad, Seguridad, Prescripción.

Como punto de partida del estudio de Calidad en la prescripción de fármacos antihipertensivos en el EAP se consideraron tres dimensiones: Seguridad en base a las características de los pacientes (comorbilidad), las posibles interacciones de los fármacos y la existencia de efectos secundarios. Científico-Técnica, como la selección correcta de fármacos indicados y de Eficiencia en función de la distancia al coste óptimo.

**Objetivo:** Conocer la calidad de la prescripción de fármacos antihipertensivos en un EAP.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Observacional y retrospectivo, realizado en un EAP urbano en Ciudad Real. Población Diana 1152 (15,48%) adultos con diagnóstico de HTA (al menos 3 tomas de TA por encima de 140/90 en dos o más visitas). Se extrajeron mediante MAS para un IC (Intervalo de confianza del 95% con un error alfa del 5% y un 10% de pérdidas) 350 sujetos de los que 312 formaron parte del estudio.

**Resultados:** El 99% de los pacientes tenían HTA primaria siendo el 62% mujeres. Un 62,8% presentaba alguna comorbilidad que requería la adecuación de la prescripción (indicación o dosis) siendo las más frecuentes Diabetes II (24,67%), EPOC/asma (11,28%) y Cardiopatía Isquémica (8,97%). Se observaron dos situaciones de Comorbilidad-fármaco no deseable: AAS+HTA no controlada (34,28%) y Ortostatismo + Alfabloqueante (33,3%). El gasto medio de la medicación era de 0,76 euros/paciente/día (0,73 euros/paciente/día si los fármacos fueran los más económicos del mercado).

**Conclusiones:** Actualmente el tratamiento farmacológico de nuestros pacientes Hipertensos reúne un buen nivel de calidad, en base a las tres dimensiones estudiadas: Científico-Técnica, (los fármacos para su tratamiento están correctamente seleccionados: adecuadamente indicados) Seguridad (con un alto grado de observancia de sus contraindicaciones relativas y absolutas, con un respeto riguroso sus interacciones y los escasos efectos secundarios observados) y de Eficiencia (su precio real no está muy alejado de su precio ideal).

P-234

## IDENTIFICACIÓN DE OPCIONES DE MEJORA DEL SERVICIO A PARTIR DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES

T. Subirana, E. Razquin, L. Roca y C. Casas  
Laboratorio Agència Salut Pública de Barcelona.

**Palabras clave:** Satisfacción, Cliente, Laboratorio.

El Laboratorio de la Agència de Salut Pública de Barcelona tiene un ámbito de actuación que abarca la salud tanto alimentaria como ambiental y realiza análisis de distintos tipos de muestras (aguas de consumo, alimentos y bebidas, aguas residuales, filtros de aire, etc.). Es una organización orientada hacia el cliente, con el que tiene un compromiso de actualización continuada de la oferta analítica y mejora del servicio. Con el objeto de conocer la opinión de los clientes en relación al servicio que se les ofrece, así como cuáles son sus expectativas hacia el mismo, se elaboró y distribuyó una encuesta de satisfacción. Las preguntas de la encuesta debían valorarse indicando su grado de satisfacción y, concretamente, para alguna de las cuestiones se solicitaba que se indicara además la importancia que tenía para responder a sus necesidades. Las preguntas estaban agrupadas en bloques por temas (catálogo de servicios, atención al cliente, informes de análisis, facturación, etc.) y al final de cada bloque se invitaba a hacer sugerencias y comentarios al respecto. Las encuestas eran anónimas, pero se daba la opción al cliente de identificarse por si quería tratar alguno de los aspectos mencionados de forma personalizada. La explotación de las puntuaciones se hizo desde distintos puntos de vista: Valoración de la satisfacción global de los clientes en relación a cada pregunta. Valoración de la relación satisfacción/importancia para aquellas cuestiones en que estaban valoradas ambas dimensiones. Valoración de la satisfacción global por bloques de preguntas. Para realizar las distintas valoraciones se determinó la media de las puntuaciones y la desviación estándar como indicativo del grado de coincidencia entre los distintos clientes. A partir del análisis global de los resultados obtenidos se identificaron los puntos más favorables y los puntos más críticos del servicio, en relación a los cuales se han definido las opciones de mejora y se han establecido los objetivos prioritarios del laboratorio. *Estos objetivos son:* Disminución de los plazos de entrega de los resultados. Incremento de la capacidad de respuesta del laboratorio frente a las nuevas necesidades o problemáticas de los clientes. Mejora de los distintos aspectos relacionados con los informes de ensayo (tramitación, corrección, claridad). También se consideró importante ofrecer al cliente una atención personalizada para dar respuesta a sus sugerencias o comentarios y a su manifestación de tratarlos de forma individualizada.

P-236

## APLICACIÓN DE LA GUÍA POLAR EN EL C.S. MONTEALEGRE

M.A. Santos, F.J. Díaz-Crespo, R. Tejero, R. Baena, J.A. Marín y C. Aguilar  
C.S. Montealegre. Cádiz.

**Palabras clave:** Polar, Auditoria, Calidad.

**Objetivo:** Aplicar la guía Polar en el C.S. Montealegra con objeto de conocer aquellos aspectos estructurales, organizativos y de resultados que más afectan a la calidad de la asistencia percibida por el paciente, así como tener conocimiento de la situación actual del centro para poder establecer planes de mejora.

**Material y método:** Consta de una lista de 125 puntos que afectan a tres niveles: Política y organización, Sistemas de gestión de calidad, y Elementos de buena atención. Cada uno de los ítems empleados admite doble puntuación, se valora la Orientación (que se tiene previsto desarrollar) y el Enfoque (la efectividad de la orientación), que va de 0-4, según el nivel de evidencia constatado. La agrupación de las puntuaciones permite posicionar al centro en cinco niveles de intensidad (bajo, moderado, estándar, alto y nivel de excelencia).

**Resultados:** La puntuación global media de dicha auditoria ha sido de 225 puntos. En el primer apartado de Política y organización se obtiene una puntuación media de 52 puntos, siendo la misma la referida a orientación y desarrollo, puntuación máxima 116. Sistema de gestión de Calidad: orientación 70, desarrollo 70, media 70, sobre un total de 168p. Elementos de buena atención: orientación 103, desarrollo 102, media 102,5, sobre un total de 156.

**Conclusiones:** Los resultados globales permiten posicionar al C.S. Montealegre en un rango de intensidad moderado. El apartado con menor puntuación es el referido a política y organización, siendo de este modo identificados aquellos aspectos a mejorar como es la necesidad de reactivar el trabajo en equipo y establecer una política de personal adecuada que mejore el nivel del centro.

P-235

## CALIDAD EN LA ELABORACIÓN E INFORMES DEL HEMOGRAMA AUTOMATIZADO EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Fernández-García, R. Fernández-Alonso, M.E. González-García, V. Robles-Mariñas, A. García-Oria y A. Fernandez-González Hospital de Cabueñes.

**Palabras clave:** Hemograma, Calidad, Automatizado.

**Introducción:** La máxima calidad posible no es fácil de obtener, porque siempre queda algo por hacer, siempre es perfectible algo dentro de un sistema. Sin embargo se habla de calidad total cuando el esfuerzo para obtener un producto de la máxima calidad no es mejorable en un momento determinado. La calidad total en la elaboración de un informe de analítica supone cuando menos una fase preanalítica (extracción, transporte) según norma y una fase analítica, que cumple el rigor de una buena técnica y con un control de calidad exigente; y, finalmente, una validación ambiciosa en la que se deriva cualquier duda antes de imprimir el informe.

**Material/métodos:** En nuestro hospital realizamos no solo los hemogramas propios de la institución sino también los del Área sanitaria con una amplia demografía que supera las 300.000 personas. En cifras redondas, se realizan anualmente unos 25000 hemogramas cuyo manejo, es como sigue. En la fase preanalítica se obtienen muestras tanto en el hospital, como fuera según norma y se realiza control de calidad interno y ajuste de aparatos. En la fase analítica se comienza con el trabajo del Hospital por este orden: UVI, consultas externas de Oncología y Hematología, y pacientes ingresados; a continuación se procesan las muestras del área sanitaria que llegan escalonadamente. La validación se inicia con la fase analítica y es llevada a cabo por un titulado superior (Médico o biólogo). A este le aparecen en pantalla, las analíticas patológicas que debe considerar y que debe estudiar antes de su envío al ordenador central y elaboración del informe definitivo que sale impreso único junto con los resultados de Análisis Clínico. El control de calidad externo, llega siempre de improviso, en horas de trabajo y las muestras deben analizarse como otras más.

**Resultados:** 1. El control de calidad externo referenda mensualmente, la calidad del sistema. 2. El sistema permite avisar por teléfono o fax a los facultativos cuyos pacientes poseen una analítica patológica que requiere una atención urgente. Esto, es especialmente útil para los pacientes ambulatorios.

**Conclusiones:** 1. La calidad total del hemograma automatizado supone el control de un largo proceso en todas sus fases, 2. La calidad total del hemograma automatizado supone, fundamentalmente, una buena tecnología y una buena plantilla te técnicos que controlen el proceso.

P-237

**EN EL CAMINO A LA EXCELENCIA EN LA GESTIÓN: EL COMPROMISO CON EL MEDIO AMBIENTE DEL HOSPITAL SANTA MARINA-OSAKIDETZA/S.V.S.**

J.M. Etxegarai  
Hospital Santa Marina-Osakidetza/S.V.S.

**P-238**

**Palabras clave:** Gestión, Excelente, Ambiente.

En los últimos años desde todas las instancias, tanto públicas como privadas, se está requiriendo a toda la sociedad la adopción de un compromiso para asumir los deberes que a todos nos corresponden para alcanzar un nivel óptimo en la gestión y protección del medio ambiente. El Hospital Santa Marina-Osakidetza/S.V.S. pertenece al Club 400, formado por las organizaciones que han obtenido Q de plata o Q de oro en el modelo EFQM de Excelencia. Para seguir avanzando en el camino hacia la excelencia en la gestión consideramos el Medio Ambiente como un aspecto clave a tener en cuenta y queremos demostrar nuestra sensibilidad hacia un problema común y global como es el medio ambiente, por lo que hemos adoptado un compromiso con el que nos proponemos contribuir a mejorar y proteger el medio natural. Los fundamentos del Sistema de gestión medioambiental son: el respeto al medio ambiente, la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación vigente, el establecimiento de objetivos que permitan la mejora continua y la revisión del sistema con la periodicidad adecuada para asegurar la idoneidad y eficacia del mismo, asegurando la disponibilidad de los recursos necesarios en toda la organización. El sistema de gestión se certificó conforme a la norma ISO 14001:2004 en enero de 2005. En la presentación se expondrán: las dificultades encontradas tanto en las fases previa a la implantación, implantación y posterior a la implantación; los resultados obtenidos y las conclusiones adoptadas.

**CUMPLIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS PONER EN MARCHA EL PROG. REG. DE C. PALIATIVOS EN EXTREMADURA**

J. Rocafort, E. Herrera, M. López, E. Muñoz, M. Ramos y M.A. Martín  
Servicio Extremeño de Salud.

**P-240**

**Palabras clave:** Paliativos cartera normas-técnicas.

**Introducción:** El programa regional de cuidados paliativos de Extremadura (PRCPEx) se puso en marcha en el año 2003 como una serie de medidas y prestaciones para garantizar una correcta atención al paciente con enfermedad terminal por parte de todos los niveles asistenciales. La cartera de servicios de atención primaria define, en su servicio 314 (atención al paciente terminal) unas normas técnicas (de calidad) sobre actividad de cuidados paliativos, que son evaluadas frecuentemente. Para conocer el impacto del PRCPEx sobre el cumplimiento de las normas, se evalúo el cumplimiento en los años previo y posterior a la implantación, 2002 y 2003 respectivamente.

**Objetivo:** Conocer si la puesta en marcha de equipos específicos de CP, impedía el cumplimiento de normas por parte de los profesionales de Atención Primaria.

**Material y método:** Cuantificación del cumplimiento de las normas técnicas del servicio 314 en todas las áreas de salud de Extremadura. Estudio descriptivo.

**Resultados:** Las 7 normas técnicas definidas se mantuvieron o se incrementaron tras la puesta en marcha del programa, y por tanto de los equipos específicos. El cumplimiento medio durante el año 2002 fue del 80,36% y durante el año 2003 del 83,35% lo que supone un incremento del 2,99%.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de equipos específicos, que actúan en hospital y domicilio, no impide que los equipos de atención primaria sigan mejorando en el cumplimiento de las normas técnicas del servicio 314.

**CALIDAD TOTAL EN LA ELABORACIÓN E INFORME DE LOS ESTUDIOS BÁSICOS DE COAGULACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL**

J. Fernández-García, R. Fernández-Alonso, V. Robles-Mariñas, M.E. González-García, A. García-Oria y B. Ordóñez-Fernández  
Hospital de Cabueñas.

**P-239**

**Palabras clave:** Coagulación, Calidad, Automatizado.

**Introducción:** El estudio básico de coagulación, se ha convertido en prueba rutinaria que se solicita no solo en los estudios preoperatorios sino también en muchos pacientes. La calidad total del informe final, supone, como siempre, un control de las fases preanalítica y analítica; máxime cuando se trata de muestras muy frágiles desde el punto de vista biológico.

**Material/métodos:** En nuestro laboratorio se manejan anualmente, cifras no pensables hace pocos años. Se realizaban unos 25.000 test de control anticoagulante y unos 150.000 estudios básicos de coagulación, amén de pruebas especiales y complementarias. Como en el caso del hemograma, se controlan meticulosamente las fases preanalítica y analítica, siendo un médico hematólogo quien realiza el control de calidad e indica qué pruebas deben añadirse para esclarecer cualquier alteración observada en la pantalla. Una vez pulidos todos los datos pasan al ordenador central para ser enviados a su destinatario en impreso único. El control de calidad externo, en este caso es doble: uno, general y, otro específico del tratamiento anticoagulante.

**Resultados:** 1. El control de calidad externo es una garantía que asegura mensualmente la calidad del sistema 2. El sistema permite una comunicación ágil con los médicos que solicitan pruebas, ante resultados muy patológicos.

**Conclusiones:** 1. La calidad total de los estudios de coagulación automatizados en un hospital comarcal suponen, el control de un largo proceso en todas sus fases, 2. La calidad total del informe final refrendado por un hematólogo supone una buena tecnología y una buena plantilla de técnicos con exquisita formación.

**PLA DE QUALITAT 2004-2006**

J. Pujol, T. Alonso y L. López  
Clínica Plató. Barcelona.

**P-241**

**Palabras clave:** Calidad, Mejora continua, Gestión.

A lo largo de los 79 años de historia, la Clínica Plató ha ido evolucionando y madurando atravesando por diversas etapas con características diferentes. Desde su nacimiento hasta hoy, tanto el marco político como el social ha cambiado radicalmente, esto ha obligado a transformar la estructura, la gestión y la organización de la Clínica para poder subsistir en el tiempo y adaptarse paulatinamente a los requerimientos de la sociedad y de los clientes. El Objetivo del Plan de Calidad 2004-2006 es en definitiva, el de proporcionar la metodología necesaria para detectar oportunidades de mejora en la Organización, priorizarlas siguiendo las directrices del Plan Estratégico y los criterios establecidos, proponer acciones de mejora y finalmente planificarlas para mejorar los resultados en todos los ámbitos: asistencial, organizativos, económicos y de satisfacción de los clientes. El trabajo consta de tres partes claramente diferenciadas: *Primera parte:* se explica la metodología del sistema de calidad implantado en la Clínica Plató. *Segunda parte:* se presentan los resultados obtenidos des del 2003. *Tercera parte:* Se sacan conclusiones sobre el proceso de implantación del plan y se proponen acciones de mejora sobre el sistema establecido.

## EFFECTIVIDAD EN EL CONTROL DE MUJERES TRAS IVE

J.J. Mira y M.A. Gómez  
Universidad Miguel Hernández.

P-242

**Palabras clave:** Efectividad, Coordinación niveles.

**Objetivo:** Estimar la efectividad de las acciones que se llevan a cabo para evitar las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) de repetición.

**Método:** Estudio descriptivo basado en la revisión sistemática de los datos clínicos de 1205 solicitudes de IVE (entre septiembre 1993 y diciembre 2003) presentadas en un Centro de Planificación Familiar (CPF) de referencia para un área sanitaria. Se aplica Chi-Cuadrado para detectar tendencias en los datos.

**Resultados:** En el período analizado 1121 mujeres formularon 1205 solicitudes de IVE. 194 mujeres fueron reincidentes (17,30%). El 74,6% había solicitado una IVE con anterioridad, el 17,7% dos y el 7,7% 3 o más. De estas, un 86,8% acudieron al control posterior que realiza la clínica en donde se realiza la IVE y un 41,1% acudió al control posterior a la IVE que se realiza en el CPF para instaurar anticoncepción eficaz. De las mujeres que no tenían IVE previas un 89,2% acudieron al control posterior en la clínica y un 54,1% acudieron tras IVE al CPF. No hallamos diferencias en las proporciones entre ambas submuestras. En el primer grupo, no existen diferencias en la frecuencia con que se acude a control posterior a IVE en el CPF para instaurar anticoncepción eficaz en función de que exista historia de abortos previos, nacionalidad, si vino al Centro a petición propia o derivada desde otro centro sanitario. Las mujeres con estudios concluidos de mayor nivel acudieron significativamente menos al control posterior ( $\chi^2 = 14,67$ ,  $p = 0,02$ ). En la segunda submuestra, al realizar este mismo análisis con los datos de las mujeres que no habían tenido IVE previa, no encontramos ninguna diferencia significativa.

**Conclusiones:** Se aprecia un incremento en las demandas de IVE de repetición. Un elevado porcentaje de mujeres no acude al control posterior en dónde se instaura una práctica anticonceptiva eficaz tras IVE. Coincide menor cumplimiento con el protocolo recomendado entre mujeres con mayor nivel cultural.

## IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD EN LA FUNDACIÓ HOSPITAL/ASIL DE GRANOLLERS

J.M. Ibáñez-Romaguera y E. Martín-Sánchez  
Fundació Hospital/Asil de Granollers.

P-243

La Fundació Hospital/Asil de Granollers (FHAG) está integrada en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) y es el hospital de referencia de la comarca del Vallès Oriental, con una población de 350.000 habitantes. La FHAG se plantea modelar un nuevo tipo de hospital más competitivo, más abierto a la población y más transmisor de valores por lo cual apuesta por crear una política de gestión innovadora, utilizando la metodología de la calidad total como instrumento de gestión, orientándose claramente al cliente y gestionando los procesos de la organización. En el año 2003, se crea la Dirección de Calidad y Desarrollo, la misión de la cual es, entre otras, coordinar la implantación de este modelo de gestión como estrategia dirigida a la consecución de sus objetivos institucionales. De esta premisa, surge el Plan de Calidad que se basa en tres ejes fundamentales: la aplicación del modelo de la EFQM, la orientación al futuro modelo de acreditación del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la gestión d! el conocimiento y de la innovación y la alineación de la estrategia mediante el cuadro de mando integral. Para ello se utilizan los siguientes instrumentos: la definición del mapa de procesos, la autoevaluación, el trabajo de las comisiones técnicas, la comisión central de calidad y los grupos de mejora, la evaluación de los indicadores asistenciales, el cuadro de mando integral y los programas específicos de control y aseguramiento de la calidad. Se explica el proceso de implantación del modelo EFQM en la gestión del hospital y se analizan los puntos fuertes y las dificultades encontradas a la hora de aplicar una política de calidad en una organización de estas características.

## SOPORTE ADMINISTRATIVO PARA PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA SORDERA, VACUNACIONES Y ESTUDIO DE METABOLOPATÍAS

V. Peñalver, J. Pay, M.J. García, R. Picazo, J.A. Visedo y R. Ferrández  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

P-244

**Palabras clave:** Hipocusias-Nenonatos-Control Calidad.

Se ha implantado en el Hospital un programa para la Detección Precoz de la Sordera (Hipocusias), por el Servicio de Otorrinolaringología Infantil, cuyo soporte administrativo es el Servicio de Admisión Materno-Infantil con la identificación de todos los neonatos. Los partos atendidos en 2004 fueron 7.415 y los recién nacidos 7.563.

**Objetivo:** Identificar a todo recién nacido y obtener etiquetas con sus datos que proporcionen al Programa de Detección Precoz de la Sordera toda la información para su actuación en un período máximo de 48 h. Esta base de datos además sirve de soporte para el Carnet de Vacunaciones y estudio de Metabolopatías.

**Material y método:** Se dotó a la Unidad de Admisión Materno-Infantil de ordenador conectado a la Consejería de Sanidad, a través de Internet, para la mecanización diaria de los datos necesarios para la identificación del recién nacido a partir de los de la madre. Una vez producido el parto se solicita por el personal sanitario al Servicio de Admisión la adjudicación de cama para la madre, facilitando los datos del recién nacido. Después Admisión los introduce en el Programa de Hipocusias, coteja el listado diario de partos con el de recién nacidos y contrasta la veracidad de los datos con el Programa de Tarjeta Sanitaria. Si ingresa, el neonato se detecta por las planillas diarias, enviando las etiquetas identificativas al servicio correspondiente.

**Resultados:** Identificación de todos los recién nacidos vivos en el Hospital en un 100%. Se facilita toda la información al Programa de Detección Precoz de la Sordera, para la realización de su cometido. Remisión a la Consejería de Sanidad de los registros obtenidos de todos los neonatos. La veracidad de los datos mecanizados está contrastada con el Programa de Tarjeta Sanitaria, en permanente actualización, a partir de los datos de la madre.

**Conclusiones:** Dificultad para identificar al neonato cuando las madres no aparecen en el Programa de Tarjeta Sanitaria y deben aportar documentación para verificar los datos. Obtención inmediata de datos del recién nacido a partir de la adjudicación de cama de la madre, resolviendo dudas (apellidos padres...). Obtención diaria del listado de partos y de ingresados en Neonatología y Uci Neonatal, permitiendo la mecanización del 100% de todos los recién nacidos. Contacto permanente del Servicio de Admisión Materno-Infantil con la Unidad Informática de la Consejería de Sanidad, especialmente fines de semana y festivos, para resolver las dificultades que se planteen.

## SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. CUADRO DE MANDOS EN UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

M.P. Jiménez y A.M. Esparza  
Centro de Consultas Príncipe de Viana. Navarra.

P-245

**Palabras clave:** Gestión calidad, cuadro mandos, archivo historias.

**Objetivo:** Definir y aplicar un sistema de control de gestión a través de un cuadro de mandos en un Archivo de Historias (Has).

**Material y métodos:** Las actividades fueron: 1. Seleccionar indicadores. 2. Unificarlos, definición  $\approx$ ,  $\neq$  denominación. 3. Consenso para definición. 4. Agruparlos según tipo: actividad, calidad y formación e investigación. 5. Asociarlos según proceso a medir. 6. Determinar frecuencia y modo medición. 7. Indicar estándar. 8. Fijar objetivos. 9. Informar sobre causas de desviaciones. 10. Designar propietario y formato informático para su cumplimiento/día-mes por un administrativo en hoja de cálculo.

**Resultados:** Indicadores seleccionados: ACTIVIDAD: Solicitudes: nº; Préstamos: nº total y tipo; Devoluciones; Movimientos: nº total; Tratamiento documentación pasiva: reactivación pasivas y viceversa; Censo Has: nº dentro del archivo activo y pasivo, nº fuera y total Has; Has registradas en Fichero Maestro Pacientes e Has duplicadas al ser registradas; Has abiertas en Archivo: nº; Has duplicadas detectadas; Documentación adjuntada: nº incorporaciones a Has ya existentes; Informes alta incorporados; Has movidas entre servicios; Perdidas: nº extraviadas; Custodia especial; Solicitudes legales y Reuniones Comisión Has. CALIDAD: Proceso archivado: Índice errores archivado manual; Índice errores localización; Índice errores localización de ubicación, activo- pasivo; Índice total errores. Proceso préstamo: Índice disponibilidad, índice Has dentro, índice exhaustividad-aciertos (silencio del archivo), índice eficacia, índice Has no suministradas; Tasa pertinencia-precisión (ruido del archivo); Índice Has urgentes. Proceso devolución: Índice Has fuera; Índice Has reclamables, índice devolución; Índice seguridad. Otros: Índice rentabilidad, Índice Has duplicadas e Índice Has movidas entre Servicios. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN: Nº cursos formación recibidos; Nº y % alumnos formados; Nº publicaciones, ponencias y comunicaciones y nº personas que las han presentado; Asistencia a jornadas, congresos, etc. y Actividades organizadas por la Sección y Docencia impartida. Los resultados obtenidos fueron: datos mes/año anterior-mes/año en curso, reflejando total, promedio, desviaciones y desviación sobre el objetivo.

**Conclusiones:** El cuadro de mandos ayuda a conocer la actividad, orientarla en función de la evolución de los indicadores, identifica déficit y ayuda a mejorar. Es una herramienta útil para detectar y priorizar líneas de actuación. Contribuye a realizar un control riguroso e inmediato del funcionamiento del Archivo.

**PROGRAMA DE CALIDAD PARA PREVENIR INFECCIONES RELACIONADAS CON LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS EN EL HAG**

L. Ballesteros, A. Díaz y M.A. Ortiz  
Hospital Alto Guadalquivir.

**Palabras clave:** Programa, catéteres, flebitis.

**Objetivos generales:** Disminuir las infecciones 2ª a la inserción de catéteres vasculares y sus complicaciones. Objetivos específicos para la inserción de CVP: 1. Creación de un protocolo de actuación para disminuir la tasa de flebitis en nuestro hospital. 2. Registro informatizado de las flebitis en nuestro hospital. 3. Comunicación e implementación del protocolo de actuación.

**Metodología:** Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar (facultativo M. Preventiva, Supervisor de enfermería del área de hospitalización, enfermera de hospitalización, Farmacéutico). Análisis descriptivo de partida. Confección de un protocolo de trabajo que incluya el uso de un instrumento que permita establecer un diagnóstico unificado y medidas preventivas de la infección. Inclusión informatizada del registro de las flebitis en el portal clínico. Presentación y difusión del protocolo al personal diana como parte del programa formativo para el personal encargado de la inserción y mantenimiento de catéteres. Confección de indicadores de seguimiento y estándares. Indicadores de seguimiento y resultado: -nº de catéteres/nº de enfermos\*100 -nº de catéteres/nº días riesgo\*1000 -nº de flebitis clasificadas/ nº de vías retiradas\*100 estándar: 100% -nº de extravasaciones señaladas/ nº de vías retiradas\*100 estándar: 100% -nº de flebitis/ nº de vías indicadas (estratificadas según grado)\*100 < 25% -nº extravasaciones/nº de vías indicadas\*100. < 25% -nº flebitis/nº de días a riesgo\*1000 < 20 -nº de bacteriemias/nº de días a riesgo\*1000. < 2 episodios -nº de bacteriemias/nº flebitis\*100. < 5%.

**Conclusiones:** La creación de un grupo multidisciplinar ha permitido el abordaje integral de todos los factores que pueden influir en la aparición y desarrollo de las flebitis, homogeneizando criterios en los cuidados y facilitando actuaciones en el caso de diagnóstico de las mismas.

**P-246****ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD AMBIENTAL EN UNIDADES FUNCIONALES EN UN DISTRITO SANITARIO DE ANDALUCÍA**

P. Rueda, F. Puertas, I. Lázaro, M.J. Campos, M.A. Orts y J.M. Villegas  
Distrito Levante Alto Almanzora – Almería.

**Palabras clave:** Unidades salud publica.

Con la publicación de los decretos 394/00 y 395/00 de 26 de septiembre por el que se crea el cuerpo superior facultativo de instituciones sanitarias de la junta de Andalucía. Especialidad farmacia y especialidad veterinaria respectivamente se produce un cambio estructural y funcional en la organización de las actividades de sanidad ambiental.

**Objetivos:** 1. Diseño de unidades funcionales territoriales en relación a las actividades de salud ambiental (incluyendo s. alimentaria) con criterios técnicos y operativos. 2. Reestructurar los servicios de salud publica en base a las nuevas unidades funcionales teniendo como base la estructura territorial ya existente de ZBS de salud englobadas dentro del distrito sanitario levante-alto Almanzora, se tuvieron en cuenta para el diseño de cada unidad los siguientes parámetros: número de municipios, número de habitantes, dispersión geográfica de cada unidad (número de kilómetros diarios), número de abastecimientos conectados , no conectados, programa de vigilancia sanitaria de playas (puntos de muestreo), programa de vigilancia de aguas continentales (puntos de muestreo), servicios plaguicidas(número de establecimientos), epna: piscinas, camping, áreas de acampada y parques acuáticos (número), industrias alimentarías (número de industrias).

**P-247****DISEÑO DE INFORMES INDIVIDUALIZADOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Márquez, J. López, R. Ramos, P. Ortiz-Villate, F. Forja y R. Pereiro  
Distrito APS Bahía de Cádiz-La Janda.

**Palabras clave:** Informes calidad prescripción.

**Objetivos:** Elaboración de informes individualizados (INF) como herramienta de análisis y evaluación de la calidad de prescripción farmacéutica, del total de facultativos de medicina general del Distrito Bahía de Cádiz-La Janda.

**Métodos:** A través de la aplicación informática Microstrategy®, se obtienen cada mes los datos de prescripción. Estos datos se descargan en una única hoja Excel® y se importan a una base de datos Access®, diseñada por el Servicio de Farmacia. A partir de ella se elaboran los diferentes INF que nos permiten evaluar la calidad de prescripción en función de los objetivos establecidos en el Contrato Programa (CP).

**Resultados:** *Informes diseñados:* Mensuales: 1. Informe con los valores obtenidos mensualmente por el facultativo en los indicadores del CP (expresados en Dosis Diarias Definidas (DDD)), el valor medio del Centro, el del Distrito y el objetivo a alcanzar. 2. Informe de prescripción de Novedades Terapéuticas No recomendadas (NTNR), indicando los tipos y el nº de envases prescritos. 3. Informe de la evolución gráfica de cada indicador.

*Trimestrales:* Los mismos informes anteriores se elaboran con datos acumulados (trimestrales) para que se conozca periódicamente el grado de cumplimiento de objetivos; Por otro lado, se diseñan informes más específicos no incluidos en CP: Informe de los grupos terapéuticos que más gasto generan y su contribución al incremento de PVP; informes de prescripción de fármacos de no elección: consumo de ARA II, prescripción de antiinflamatorios, antilulcerosos, estatinas, y antidiabéticos de no elección. Estos informes se envían a los directores de los Centros de Salud, para la entrega a sus facultativos.

**Conclusiones:** La elaboración de INF es una herramienta muy útil con buena aceptación por los facultativos, ya que les ayuda a conocer mensualmente el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el CP, sobre todo para las Unidades Clínicas de Gestión. Microstrategy® permite la obtención de los datos de la prescripción farmacéutica tanto para Atención Primaria como Especializada. Sin embargo, para ofrecer a los facultativos una información personalizada de su calidad de prescripción, de una forma clara y en un formato asequible es necesario importar los datos a una base Access® que permita elaborar distintos informes tipo. Estos informes resultan un material básico en las entrevistas individualizadas, ya que la información se ofrece de una forma clara y concisa, proponiendo actuaciones de mejora en los grupos terapéuticos más desviados.

**P-249****ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑA DE CRIBADO CÁNCER DE MAMA**

C. Besora, C. Rodríguez, P. Herrero, E. García, M.A. Borssi y P. Jiménez  
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

**Palabras clave:** Divulgación, Participación, cáncer de mama.

**Objetivos:** Aumentar el número de mujeres que se realizan mamografía para el diagnóstico precoz de cáncer de mama en un Área sanitaria.

**Metodología:** En Diciembre de 1998 se inició el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Comunidad de Madrid. Las mujeres son citadas por la Asociación Española Contra el Cáncer mediante carta nominal. La exploración se realiza en Unidades Móviles. Tras el primer ciclo (1999-2000) el porcentaje de participación en el área sanitaria 9 de Madrid (Leganés, Fuenlabrada y Humanes) fue de 51,28%. En la Comunidad de Madrid del 34,4%. A pesar de obtener comparativamente un mejor resultado, nos parecía necesario incrementarlo. Se desarrollaron cuatro estrategias: 1. Difusión de la campaña a través de la radio (Onda Fuenlabrada) al inicio de la misma. 2. Colocación de carteles en todos los portales de los bloques de la ZBS correspondiente, desde 15 días antes y durante todo el período en que la Unidad Móvil se dedica a dicha zona. 3. Colocación de carteles en los centros de salud, y en las consultas de la ZBS correspondiente. 4. Envío con 15 días de antelación de carta nominal a cada enfermero y médico del centro de salud, para fomentar la participación de las mujeres que en ese período acudan al centro por algún motivo.

**Resultados:** En el 2º ciclo (2001-2002) se consiguió un 59,58% de participación, frente al 29% de Madrid. En el 3º ciclo (2003-2004) se alcanzó un 60,2% frente al 37,83% de la Comunidad de Madrid. En los tres ciclos el área 9 es la primera en cuanto a la participación alcanzada por el resto de las áreas (10) de Madrid.

**Conclusiones:** La utilización de medios de comunicación y divulgación puede ser útil para incrementar la participación en las campañas de screening. La implicación activa de cada uno de los responsables sanitarios directos de cada mujer, favorece la captación y participación en dichas campañas. Estas estrategias pueden ser utilizadas en otras campañas. Los resultados obtenidos son mejorables y ¿qué más podemos hacer?.

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INGESA DE CEUTA**

F. Abderraman, A. Maldonado, L. Rodríguez-Marín, R. Cerdá, A. Flores y J. López-Barba  
Hospital del Ingresa de Ceuta.

**Palabras clave:** Analítica. Muestra Calidad.

**Objetivos:** Valorar la idoneidad de las muestras recibidas en el Laboratorio de Urgencias del Hospital INGESA de Ceuta en el período de un mes. Propuestas de mejora.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio prospectivo de las analíticas recibidas en el período de un mes en el Laboratorio de Urgencias del Hospital INGESA de Ceuta. Se ha elaborado una base de datos en la que han sido almacenados los sucesos acontecidos en relación a las muestras recibidas. Los datos han sido procesados mediante el sistema estadístico statgraphics 4.1

**Resultados:** Se han recibido un total de 1901 muestras en el período de estudio, de ellas 177 (9,31%) presentaron algún tipo de incidencia en el momento de la recepción de la muestra. La incidencia más frecuente ha sido que la muestra a la que se le solicitaba una o varias pruebas no llegaba al Laboratorio. De las 119 muestras que no fueron recibidas, 79 eran orinas, 22 coagulaciones, 1 heces, 7 bioquímicas y 3 hemogramas. De las 27 muestras bermolizadas, 5 procedían de neonatología y 22 de Urgencias hospitalarias. Se detectaron 4 muestras que no traían peticiones oficiales. Todas las muestras fueron procesadas. No existen diferencias significativas entre las incidencias según el turno de personal técnico del Laboratorio (mañana, tarde y noche).

**Conclusiones:** Una de cada nueve muestras recibidas en el Laboratorio de Urgencias presenta algún problema en cuanto a la calidad de la muestra, lo cual influye en la fase analítica de las determinaciones solicitadas. El principal problema parece ser el envío al Laboratorio de una sola petición con varias muestras (orina, hemograma, coagulación, etc...), acompañándose de sólo alguna de las muestras y no con todas. En este punto la mejora del proceso parecería estar orientado a una mejor implicación del personal de enfermería para trasladar petición y muestras de forma completa al Laboratorio. El porcentaje de muestras bermolizadas y coaguladas (0,5%), es similar a las descritas por otros autores.

**P-250****QFD Y AMFE: HERRAMIENTAS PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN**

C. Serriñá, R. Plá, R. Gil, F. Antón y J. Celdrán  
HGUGM.

**Palabras clave:** Errores de medicación, QFD, AMFE.

La prevención de EM, desde un enfoque sistémico exige conocer detalladamente el proceso, evaluar los riesgos percibidos por los actores que intervienen, y las acciones de diseño organizativo más efectivas para evitarlos. Herramientas utilizadas en diseño industrial pueden ser útiles en sanidad.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del despliegue funcional de la calidad (QFD) y análisis modal de fallos y efectos (AMFE) en un programa de prevención EM en hospitalización.

**Material y métodos:** Análisis del proceso indicación-administración, con la participación de tres hospitales públicos con distinto tamaño y organización.

**Resultados:** QFD y AMFE facilitan la visión del programa de prevención de EM como producto articulado según los requerimientos de los clientes, con intervenciones adecuadas a medios y organización de cada centro. QFD y AMFE permiten analizar el proceso y diseñar sólidamente las acciones, sistematizando y forzando el rigor de los criterios a emplear. Su aplicación es laboriosa y debe valorarse en función de sus beneficios. En QFD resulta crítica la identificación de la voz del cliente (QUE'S) y en la descripción del proceso (COMOS) debe equilibrarse la descripción pormenorizada con la síntesis extrema de las actividades. AMFE facilita el diseño y priorización de acciones del plan de mejora que introduce dimensiones de coste por acción y prevé el seguimiento y evaluación.

**EVALUACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN UN HOSPITAL COMARCAL**

F. Enríquez, R. Martínez, C. Gómez-Alférrez, J.F. Herrero y A. Castro  
Hospital Infanta Margarita.

**Palabras clave:** Consentimiento informado.

**Objetivos:** Conocer el grado de adaptación del documento de Consentimiento Informado Escrito, a los criterios establecidos en la Resolución 223/2002 de la Dirección General del SAS, en los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital Infanta Margarita, y evaluar la calidad de cumplimentación del documento.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Se revisaron 65 historias clínicas de pacientes a los que se les realizó en el primer trimestre de 2004, algún procedimiento médico ó quirúrgico que requirió Consentimiento Informado Escrito. Para conocer la adaptación al modelo de la Resolución del SAS, evaluamos la existencia de los dos documentos que lo componen (doc. común de declaración del consentimiento del paciente y doc. de información clínica específica del procedimiento), y para la evaluación de la calidad de cumplimentación, se analizaron las variables de registro de información del paciente, médico, servicio y procedimiento que forman parte del documento de declaración del consentimiento.

**Resultados:** En el 86,2% de las historias clínicas evaluadas contienen el documento de información clínica específica del procedimiento, y el 50,0% el documento de declaración del consentimiento del paciente. Respecto a la calidad de cumplimentación, encontramos que en el 93,5% se identifica la firma del médico y 100% la firma del paciente, en el 77,4% está documentado el nombre del médico y en el 100% el nombre del paciente, en el 38,7% consta el CNP del médico, y en el 51,6% el NUSS del paciente, en el 83,9% la fecha en la que se firma el consentimiento, en el 74,2% se registra la Historia Clínica y finalmente, en el 90,3% se identifica el Servicio así como el procedimiento a realizar.

**Conclusiones:** En la mayoría de los procedimientos médico-quirúrgicos evaluados existe algún documento relativo al Consentimiento informado escrito, aunque sólo la mitad están adaptados a lo establecido en la Resolución 223/2002 del SAS. La realización de este estudio, ha permitido conocer el uso que del documento de consentimiento informado escrito se realizaba en el Hospital Infanta Margarita, y detectar áreas de mejora, sobre todo orientadas a adaptar el documento a la normativa actual, y a mejorar el registro de la información, como elemento esencial de la calidad.

**P-252****P-251****HIPERCLORACIÓN DE LA RED DE AGUA SANITARIA**

J. Vidán, M. Torres y M.L. Saldaña  
Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).

**Palabras clave:** Hipercloración, Legionella.

**Objetivos:** Dar cumplimiento al RD 865/2003, de 4 de julio por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de legionelosis. Prevenir las infecciones causadas por Legionella en el ámbito hospitalario. Coordinar las acciones entre los diferentes servicios implicados por este proceso: Dirección del Centro, U.M.Preventiva, Mantenimiento, Servicios Asistenciales.

**Métodos:** Como parte del programa de prevención de legionelosis, de forma anual, se realiza la hipercloración de la red de agua sanitaria. El tratamiento se realiza el último fin de semana del mes de mayo, previo al período estival, donde hay mayor incidencia de casos de pacientes infectados por legionella. Previo al tratamiento se toman muestras de diferentes puntos de la red de agua, en colaboración con los técnicos del Instituto de Salud Pública. Desde la U.M. Preventiva se coordinan todas las actuaciones que afectan a la actividad asistencial. Se informa a todos los Jefes de Servicio y Unidad de las repercusiones que pueden producirse en sus servicios durante este período. Se solicita lo trasmitan al personal a su cargo. Durante dos horas no hay agua en la red. En las tres horas siguientes se realiza el llenado de agua hiperclorada en toda la instalación que se mantiene durante dos horas. Posteriormente se procede a la purga de grifos. Restablecimiento paulatino del uso habitual. Se informa a los pacientes ingresados mediante una carta y un cartel gráfico del uso de agua que deberán hacer durante el tiempo que dura la hipercloración. Así como de la finalidad de la misma. Se realiza una estimación pormenorizada de las necesidades durante este período, para cada servicio de: Agua embotellada, destinada al consumo e higiene, de pacientes y personal sanitario; Desinfectante de manos tipo alcoholílico para las áreas de riesgo (Zona Quirúrgica, Partos, U. Cuidados Especiales, Hemodiálisis); Toallitas desechables para la higiene de los pacientes.

**Resultados:** Alcanzar los puntos más distales de la instalación para minimizar el riesgo de formación de u.f.c de legionella. Planificando el proceso de manera coordinada, disminuimos las repercusiones negativas en la atención hospitalaria. Con la información aportada a los pacientes y al personal se previenen sucesos adversos derivados de la alta concentración de cloro en la red durante bastantes horas, como: irritación de piel y mucosas, ingestión accidental de agua hiperclorada, deterioro de equipos médicos que necesitan agua para su funcionamiento.

**P-253**

**GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS**

M. Torres, J. Vidan, M.L. Saldaña, R. Lorente y A. Fernández  
Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).

**Palabras clave:** Residuos, citostáticos, gestión.

**Objetivos:** Elaboración de un Plan de Gestión de Residuos Sanitarios activo y dinámico, que dé cumplimiento a la normativa aprobada por el Gobierno de Navarra. **Generales:** Optimizar dicha gestión que comprende las actividades de valoración, manipulación, clasificación, segregación, envasado, almacenamiento, recogida, transporte, tratamiento y eliminación de estos residuos. Garantizar que dicho modelo de gestión sea respetuoso con el medio ambiente y proteja la Salud Pública en general. **Específicos:** Minimizar los riesgos laborales que dicha gestión pueda conllevar. Identificar la procedencia de todos los residuos de Grupo 3 y citostáticos. Minimizar el peso final de los residuos sanitarios. Reciclar todos los residuos posibles.

**Métodos:** Se crea la Comisión de Limpieza y Residuos. Dentro de la misma, se establece un grupo de trabajo activo, formado por: Jefe Unidad de Enfermería de Hospitalización, Jefe S. Generales, U.M. Preventiva y Responsable de Limpieza. Con fecha Junio de 2003, se realiza la difusión del Plan de Gestión de Residuos del Hospital Reina Sofía. Proponiendo Junio de 2005 como fecha de la próxima revisión. Se distribuyen manuales en todos los servicios del hospital y entre el personal de limpieza. Elaboración de carteles informativos tipo póster, que gráficamente sirvan de guía a la hora de la clasificación, segregación, ubicación, almacenamiento intermedio, final, gestión de los residuos y tratamiento final. –Entrega de trípticos que incluyen la información anterior para el personal de nueva incorporación. Se realizan auditorías internas de Residuos biológicos especiales (según el Decreto Foral 296/1993 de 13 de septiembre), en las zonas de alto riesgo del hospital: Quirófano, Partos, Unidad de Reanimación y cuidados especiales y Hemodiálisis. –Se revisa los puntos de segregación de medicamentos de todo el hospital. –Se dota al Servicio de Farmacia de una Precintadora de desechos citostáticos. El usuario acciona un sistema que precinta la bolsa evitando la vaporización de los mismos al medio ambiente.

**Resultados:** Tras la realización de las auditorias internas, se informa a los responsables de cada servicio de las deficiencias encontradas en cuanto a la segregación o manipulación y se recuerda cómo realizarlo correctamente. Residuos Sanitarios Grupo 3: Disminución del ratio (grs./cama/día) de 266 en el año 2003; a 223 durante el 2004. Reducción del Coste de la gestión de Residuos Sanitarios y citostáticos en un 10,16% respecto al año anterior.

**P-254**

**MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EXTRANJEROS A TRAVÉS DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO**

J. López, R. Ramos, M. Márquez, P. Ortiz-Villate, F. Forja y R. Pereiro  
Distrito APS Bahía de Cádiz-La Janda.

**Palabras clave:** Gestión medicamentos extranjeros.

**Objetivos:** Desarrollar un programa informático para automatizar la solicitud de medicamentos extranjeros al Ministerio de Sanidad y Consumo y el registro de las dispensaciones a los pacientes ambulatorios del Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda. Además deberá permitir visualizar el historial de cada paciente y mostrará automáticamente llamadas de aviso para evitar errores en el proceso solicitud-suministro-dispensación.

**Método:** Se diseñó una aplicación informática en Access® para registrar, por paciente, la solicitud de autorización de su medicación extranjera, el número de envases pedidos, la recepción y su posterior dispensación.

**Resultados:** A la pantalla con los datos de cada paciente -o ficha- se accede introduciendo cadenas de letras de su nombre y apellidos. En caso de no estar registrado, se accede a una nueva ficha en blanco. Los datos personales de los pacientes (nombre y apellidos, dirección, localidad, centro de salud, activo/pensionista y teléfonos de contacto) sólo hay que introducirlos la primera vez. Para asignar un medicamento a un paciente, éste se selecciona con un click en un menú desplegable y automáticamente se rellenan los campos del principio activo, el laboratorio, el precio de un envase y, si se hace un pedido, su precio total. Una vez registrado el binomio paciente-medicamento, son muy pocos los campos que hay que rellenar para realizar un pedido o registrar una dispensación, lo que agiliza la gestión y disminuye los errores de transcripción. El programa tiene una única pantalla de muy fácil manejo desde la que, tras la introducción de los datos y pulsando un botón, se imprimen los modelos de fax que necesita el Ministerio. Cada campo a llenar dispone además de un texto aclaratorio a pie de página por si en algún momento no se sabe bien el dato que hay que introducir en él. Cada vez que se abre la aplicación, aparece automáticamente una llamada de aviso con aquellos pedidos solicitados hace más de 15 días y de los que aún no se tiene respuesta o no ha llegado la medicación en caso de autorización. Por último, al estar en red, toda la información se puede consultar desde cualquier punto del Servicio de Farmacia, lo que agiliza, por ejemplo, la contestación telefónica de dudas a los pacientes.

**Conclusiones:** La implantación de una herramienta informática, en lugar de los ficheros de cartulinas tradicionales, es imprescindible para mejorar la calidad de la gestión de los medicamentos extranjeros, mejorando el seguimiento y la asistencia de los pacientes.

**P-256**

**LA TIRITA**

J.A. Requena, A. Martínez, L.A. Ávila, J. Lucas y V. Cencerrado  
Hospital General Universitario de Albacete.

**Palabras clave:** Animación Socio-Cultural. Biblioteca.

**Objetivos:** General: Hacer la estancia de los pequeños pacientes más agradable y creativa, que les libere del miedo durante el ingreso, haciendo a la vez una labor de creación.

**Objetivos específicos:** 1. Participar en un proyecto común: una revista. 2. Plasmar de forma gráfica o escrita la experiencia de la hospitalización. 3. Realizar durante el ingreso actividades interesantes y con un fin conocido. 4. Intercambio de experiencias, vivencias. 5. Conseguir que la hospitalización no se recuerde como una experiencia negativa. 6. Utilizar los artículos relativos a experiencias con la enfermedad como ejemplos positivos a otros niños que sufren la misma patología.

**Metodología:** Se Sugiere un tema. Se reparte el trabajo. La participación varía según el número de niños. Se plantea como una tarea más dentro del programa escolar. Cuando está todo a punto se coordina entre la maestra y el Animador Socio- Cultural. Se escogen dibujos, artículos, opiniones. Se maqueta y se informatiza. Se lleva a impresa. Se reparte y envía a casa a todos los niños/as que han participado, a los centros educativos de esos niños/as y a otros Hospitales.

**Conclusiones:** 1. Hemos conseguido una revista infantil de calidad a lo largo de su creación, tanto de estética como de impresión y contenido. 2. Un espacio dentro del ámbito hospitalario donde se oye la voz de los niños/as. 3. Se abre un camino en la actualidad local infantil de Albacete: bibliotecas, colegios e instituciones relacionadas con la infancia. 4. Pertenecemos a la Asociación de Prensa Juvenil y figuramos en su Censo de Publicaciones y formamos parte del equipo de redacción digital de la misma. 5. Es un vehículo educativo que sirve de altavoz para experiencias hospitalarias infantiles en positivo.

**P-255**

**ACTUACIONES PARA FOMENTAR LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO. ¡SE CONSIGUEN RESULTADOS?**

M.V. Manzano, R. Bulo, I. Sánchez, M.J. Huertas, I. Moyano y N. Muñoz  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Uso racional medicamento.

**Objetivos:** Evaluar las actuaciones realizadas para mejorar el porcentaje de prescripción de medicamentos por principio activo (P.A.) en receta oficial, a los pacientes externos y alta hospitalaria en el año 2004, y proponer nuevas estrategias de intervención.

**Métodos:** La información sobre prescripción de medicamentos ha sido obtenida del programa MicroStrategy. Tras el análisis de los perfiles de prescripción, se confeccionó un cuadro comparando el indicador "% recetas prescritas por P.A." entre los distintos servicios prescriptores. En función del grado de desviación respecto al objetivo propuesto en el Contrato Programa (C.P.), se seleccionaron 18 servicios y se puso en marcha, por parte de la Subdirección médica y el Servicio de Farmacia el Plan de Actuación de Uso Racional del Medicamento (U.R.M.): reuniones programadas, boletines informativos, propuestas de mejora, etc.

**Resultados:** La puesta en marcha del Plan de Actuación para el U.R.M. ha dado lugar a un incremento del valor global del indicador "% recetas por P.A." del 28,2% en Enero de 2004 hasta el 41,5 en Diciembre de 2004, debido a las mejoras conseguidas en 15 servicios prescriptores.

**Conclusiones:** Las actuaciones de información realizadas han supuesto una mejora en el indicador "% de recetas por P.A." El análisis de los indicadores de prescripción de medicamentos por facultativo en los servicios más desviados del C.P. y la entrevista personal constituyen herramientas de mejora a tener en cuenta en los próximos programas de actuación. Es necesaria la implicación de los órganos directivos del hospital en la entrevista con los facultativos para la consecución de los objetivos del U.R.M.

**P-257**

**IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN SERVICIO DE FARMACIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

R. Ramos, M. Márquez, J. López, M. Ballesta, F. Forja y R. Pereiro  
Distrito APS Bahía de Cádiz-La Janda.

**Palabras clave:** Calidad de prescripción.

**Objetivo:** Estudiar el impacto de las actividades llevadas a cabo por el Servicio de Farmacia para fomentar la calidad de prescripción de medicamentos en los Centros de Salud del Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, mediante los indicadores del Contrato Programa (CP) 2004.

**Método:** Para estudiar el impacto de las actividades realizadas durante el 2004 se compararon los datos obtenidos de la aplicación MicroStrategy del SAS del total de las recetas prescritas por los facultativos en el período Enero-Diciembre 2003 frente a Enero-Diciembre 2004. Los indicadores a medir fueron los establecidos en el CP 2004: prescripción por principio activo, novedades terapéuticas no recomendadas, medicamentos de valor intrínseco no elevado y fármacos de elección en los grupos terapéuticos antiulcerosos, antiinflamatorios no esteroideos, antiagregantes plaquetarios, antihipertensivos, antidiabéticos orales e hipnóticos y sedantes. Las principales actividades llevadas a cabo para impulsar la calidad de la prescripción en este período fueron: a) envío mensual de informes individualizados por facultativo, con su perfil de prescripción según los indicadores descritos, los valores medios de su Centro y del Distrito y los valores óptimos del CP para cada indicador. b) entrevista individualizada con los facultativos de mayor desviación en sus indicadores pactando las actuaciones de mejora. Otras actividades fueron: información de los indicadores cualitativos del CP mediante fichas divulgativas a principios de año, sesiones de Farmacia en los Centros de Salud en las que se explican los objetivos y boletines farmacoterapéuticos.

**Resultados:** Todos los indicadores mejoraron notablemente a finales del 2004. Los que más fueron la prescripción por principio activo (D 10,26%), benzodiazepinas y hipnóticos (D 9,02%) y antiinflamatorios no esteroideos (D 4,35%). El indicador de antihipertensivos se mantuvo igual (siendo, sin embargo, el mejor valor de toda Andalucía) y sólo el de NTNR empeoró ligeramente (D 0,11%).

**Conclusiones:** La mejora de los indicadores cualitativos confirma la utilidad de la realización de las actividades descritas para fomentar la calidad de prescripción del medicamento en Atención Primaria. El resultado negativo en NTNR puede deberse a la constante aparición de nuevas especialidades que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia y no a la falta de actividades en la mejora de este indicador. Habría que evaluar en estudios posteriores cuál de las actividades descritas tiene mayor impacto.

**P-258****P-260****PRIORIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN DE LA MATRIZ DE SAATY PARA LA TOMA DE DECISIONES**

J. Ferrández, A. Rodríguez y A. Mataix  
Unidad Calidad Área 11 Madrid Atención Primaria.

**Palabras clave:** Calidad, priorización, gestión sanitaria.

**Objetivo:** Mostrar una aplicabilidad práctica del método de jerarquización analítica (AHP) (Saaty T, 1980,1982) para la toma de decisiones en diferentes ámbitos de la gestión sanitaria en Atención Primaria (AP).

**Método:** En el período 2002-05, se ha utilizado en 2 Áreas de Atención Primaria (1.200.000 personas) la metodología AHP aplicando la matriz de Saaty para la priorización de las decisiones. Los ámbitos de aplicación han sido la priorización de objetivos operativos clínico asistenciales, la utilización del indicador sintético de calidad de la prescripción farmacéutica y la priorización de las nuevas acciones en plazas de facultativos. Se respetaron los pasos definidos en el método: Identificación de criterios de intervención, asignación de la importancia relativa de los atributos y escala de ponderación, comparación por pares y cuantificación de preferencias relativas tras cruce en la matriz de comparación. El método fue participativo por grupos mixtos de trabajo (Dirección y profesionales), guiados por un facilitador de grupo.

**Resultados:** Según el área de aplicación, ha permitido definir la prioridad de operativizar los objetivos conjugando las necesidades institucionales y el impacto sobre los grupos de interés, delimitar en Farmacia la construcción y aplicabilidad práctica de un índice sintético de calidad integrando perspectivas asistenciales y técnicas, y en la identificación de recursos para ocupar plazas asistenciales la homogeneidad en la fórmula de selección.

**Conclusiones:** La matriz de Saaty presenta cierta dificultad inicial, derivada de la limitada experiencia previa y del conocimiento específico de la técnica por el grupo de trabajo. Facilita el consenso y transparencia en la toma de decisiones al auxiliar ponderadamente la importancia de los atributos de un problema. Es una técnica extensible a distintos ámbitos de la gestión sanitaria, integrando el concepto de calidad de la gestión, siendo compatible con otras herramientas de amplio uso para la toma de decisiones.

**INSTRUCCIONES PREVIAS: DISTINTAS DENOMINACIONES LEGALES**

J. Cárcar-Benito, A. Canovas-Inglés, C. Alarcón-Martínez, D.A. Miñano-Sarabia, P. Abellán-Fernández y M.P. Rodríguez-Martínez  
Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

**Palabras clave:** Instrucciones previas, normativa autonómica, profé.

**Objetivos:** Analizar las distintas denominaciones en las normas de las Comunidades Autónomas, y estudiar si esto corresponde a la forma de otorgamiento.

**Métodos:** *Emplazamiento:* La Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, de la Región de Murcia. La metodología consistió en examinar y comparar las diversas leyes autonómicas que regulan "las instrucciones previas", así como las diferencias más relevantes entre las mismas y la estatal. Estudio exhaustivo de las Comunidades con competencia en materia de Derecho Civil.

**Resultados:** Distintas denominaciones, distintas formas de otorgamiento entre las normativas autonómicas. Las Comunidades Autónomas de: Aragón, Baleares, Cataluña, Valencia, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco las denominan "voluntades anticipadas". Andalucía, "voluntades vitales anticipadas". Cantabria, "voluntad con carácter previo". Extremadura, "expresión anticipada de voluntades". Las Comunidades de Madrid y Castilla/León mantienen el nombre de "instrucciones previas". Las Comunidades Autónomas de Asturias, Canarias, Castilla/La Mancha y Murcia, están pendientes de su correspondiente desarrollo legislativo. Las Comunidades con competencia en materia de Derecho Civil, pudieran establecer unos requisitos distintos a lo previsto en la ley estatal.

**Conclusiones:** La diferente terminología en la denominación de las "instrucciones previas", estimamos que no es sustancial. La forma de otorgamiento y los requisitos, si tienen modelos distintos. Por tanto, el futuro Registro Nacional de "instrucciones previas", puede originar problemas en la ejecución de la consulta por parte de los profesionales sanitarios ya que, algunas Comunidades Autónomas no siguen el modelo fijado por la ley estatal 41/2002.

**P-259****P-261****GESTIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM. EXPERIENCIA PRÁCTICA DEL HOSPITAL DE SANTA MARINA**

M.J. Llaena-Cuevas  
Hospital Santa Marina-Osakidetza/S.V.S.

**Palabras clave:** Gestión EFQM cambio.

**Objetivo:** Dar a conocer un modelo práctico de implantación de metodologías de calidad.

**Método:** El Hospital de Santa Marina (HSM) ha obtenido recientemente la Q de Plata que otorga el Gobierno Vasco, como reconocimiento a su Modelo de Gestión basado en el Modelo EFQM. La ponencia tiene como objetivo, presentar la evolución en la gestión que el HSM ha ido abordando hasta consolidar el Modelo de Hospital actual, que se caracteriza por ser un Hospital de media estancia, complementario de los hospitales de agudos y centros de Vizcaya, en el tratamiento de enfermos crónicos. La estructura de la comunicación, se inicia con una breve reseña de la evolución del H, cómo se inicia la primera reflexión estratégica, tras la fuerte situación del crisis de 1994. Se presenta nuestra metodología de elaboración de la Planificación Estratégica, los resultados de la misma, es decir Misión, Visión y Valores del HSM, y cómo estos han evolucionado a lo largo de 1994-2005, para dar respuesta a las necesidades cambiantes del entorno y por supuesto a las necesidades de nuestros clientes. En este apartado se presenta el modelo de CME, utilizado actualmente para elaborar la PE, además de otras herramientas como es la matriz de priorización y la Sistemática del despliegue de objetivos estratégicos a través de los procesos. También se presenta la evolución de nuestro Mapa de Procesos con las sucesivas revisiones, para adaptarse a la estrategia. La sistemática de definición de objetivos y la implantación de los procesos. La definición de liderazgo, competencias de los líderes y sistema de evaluación de los líderes.

**Resultado y conclusiones:** Presenta no solo los resultados sino también las dificultades encontradas en el avance hacia la gestión de la calidad.

**IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL REGISTRO DE LAS ORDENES MÉDICAS EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD**

O. Doblado, E. Olmedo, Y. Vasco, A. Ibáñez y A. Alejos  
CAP DR GIMBERNAT. Tarragona.

**P-262**

**Palabras clave:** Orden médica, Protocolo informatizado, Formación.

**Objetivo:** Evaluar el procedimiento de la orden médica (OM) para administración de medicación en el centro. Identificar las mejoras tras la implantación de un protocolo informatizado específico diseñado a raíz de la preparación del centro para la acreditación Joint Commission.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se seleccionan aleatoriamente  $n = 148$  inyectables administrados en el 2003 y  $n = 148$  en el 2004. **Variables estudiadas:** Cumplimentación de la OM, Qué parámetros le faltan a la OM para ser completa, Tipo de OM, Utilización del procedimiento informatizado para formular la OM, Diagnóstico de OM y Médico ordenante. Datos extraídos de las historias clínicas informatizadas OMI AP y se explotan mediante Access y SPSS.

**Resultados:** En el 2003 la cumplimentación de la OM fue completa en un 30,4%, incompleta en el 28,4% y no existía en un 41,2%. Y en el 2004 fueron un 39,2%, un 47,3% y un 13,5% respectivamente. De las OM Incompletas el parámetro no registrado con mayor frecuencia fue la Duración en un 62% (2003) y en un 76% (2004). El tipo de OM encontrado en el 2003 fue Oral sin confirmar en el 45,3% de los casos, 43,2% Escrita y un 11,5% escrita en papel y en el 2004 los resultados fueron 16,3%, 48,6% y 35,1% respectivamente. En ambos años el diagnóstico más frecuente relacionado con la OM corresponde al aparato locomotor (39,2%-2003, 51,4%-2004). Destacamos el 14,2% (2003) de OM donde no existe diagnóstico respecto al 3,4% (2004). En el 2003, el 40,5% de las OM fueron realizadas por médicos titulares del centro y en el 2004 el 39%. La mayoría de OM inexistentes están relacionadas con los médicos no titulares, un 79% (2003) y un 75% (2004). En el 2004, se utilizó el procedimiento informatizado para formular la OM implantado ese año sólo en un 9,4% de los casos.

**Conclusiones:** La implantación de un nuevo protocolo informatizado para la administración del medicamento ha hecho posible la disminución de hasta un 14% de las órdenes médicas inexistentes en la historia clínica, mejorando así su cumplimentación. La reducción de órdenes orales se hace evidente en los resultados obtenidos en el 2004, así mismo hemos conseguido optimizar las órdenes médicas sin diagnóstico. Las mejoras obtenidas se derivan en gran parte de la formación específica del personal médico para registrar la OM mediante el programa OMI- AP, aunque para alcanzar resultados realmente satisfactorios se necesita fomentar la utilización de la herramienta.

**DISEÑO DE UNA UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL Y ALIMENTARIA EN UN DISTRITO DE ANDALUCÍA**

P. Rueda, F. Puertas, J.M. Villegas, R. López, M.A. Orts y M.M. Abad

Distrito Levante Alto Almanzora – Almería.

**P-263**

**Palabras clave:** Gestión salud pública.

En el Contrato-Programa firmado entre la Gerencia del S.A.S. y cada Distrito Sanitario de Atención Primaria, se recogen, entre otras, las líneas de acción siguientes: Los Usuarios. La mejora del Entorno, la Educación y la Promoción de la Salud. La orientación de los Servicios hacia la consecución de más Salud. Cada Distrito de Atención Primaria debe configurar sus prestaciones de modo que respondan eficazmente a las necesidades sanitarias colectivas e individuales de la población. Para ello ha de estructurar una cartera de servicios en función de los diferentes niveles de gestión de recursos. Asimismo, han de adecuarse las prestaciones a las necesidades de Salud y coordinarse las actuaciones en materia de promoción de la salud y mejora del entorno. La incorporación de los nuevos profesionales (Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía) durante el año 2001 supuso un cambio estructural y funcional dentro de la estructura de los Distritos Sanitarios de Andalucía. El Plan Estratégico del SAS (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD), define su organización en los Distritos de Atención Primaria en UNIDADES de PROVISIÓN. Dentro de ellas, está la UNIDAD DE SANIDAD ALIMENTARIA Y SANIDAD AMBIENTAL. Desde la Dirección del Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora se vio la necesidad de crear una Unidad de Gestión independiente del área asistencial que agrupara a TODOS los profesionales cuyas actividades se desarrollaban en las Áreas de Sanidad Ambiental y Sanidad Alimentaria durante el año 2004.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN INTEGRAL DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Miquel, J. Mayol, C. Jiménez, J.J. Rodríguez, M. Barba y M. Alonso  
Gerencia Área 8 Atención Primaria. Madrid.

**P-264**

**Palabras clave:** Gestión, Calidad, Ciclo de mejora.

**Objetivos:** 1. Aplicar la gestión de la Calidad a la gestión integral del Área. 2. Adaptar esta forma de gestión a la realidad de cada distrito del Área. 3. Adoptar una dinámica de trabajo que posibilite la mejora continua.

**Método:** Se establecieron las líneas de trabajo de la Dirección Asistencial. Se procedió a la recuperación de las Reuniones de Distrito (RD) como foro y ámbito de trabajo con los profesionales. Siguiendo directrices comunes (participación de profesionales, evaluación y mejora continua y gestión por procesos), la Subdirección Asistencial (SubDA) de cada distrito (Móstoles, Alcorcón y Rural) estructuró sus reuniones considerando la situación de partida (diferente en cada caso). Asistentes: Equipos Directivos de cada Equipo de Atención Primaria y SubDA del distrito, formando un equipo de estas Reuniones y se expuso la metodología y dinámica de trabajo.

**Resultados:** Objetivos, metodología y dinámica de trabajo consensuados por cada SubDA, tras evaluación de la situación de su Distrito, condicionantes y formación previa en Calidad del ET. Evolución distinta en cada distrito y diferente fase de consecución de resultados: Móstoles: Formación de grupos multidisciplinares. Identificación de situaciones de mejora desde registros de reuniones previas. Elaboración de listado de oportunidades de mejora y clasificación. Abordaje mediante diseño de subprocessos, rediseño de procedimientos y aplicación de ciclos de mejora. Alcorcón: Evaluación de la situación inicial. Detección de oportunidades de mejora. Rural: Identificación de situaciones mejorables (lluvia de ideas). Elaboración de matriz con listado de problemas y agrupación en áreas de mejora. Identificación de posibilidades de intervención. Priorización de aquellas sobre las que se podía actuar desde el Distrito con resultado a corto plazo. Planificación y realización de las propuestas de intervención.

**Conclusiones:** 1. Hemos aplicado la gestión de la Calidad a la gestión de la totalidad de nuestro Área, consiguiendo la implicación de los profesionales y la adopción de los ciclos de mejora como forma de trabajo habitual, con buenos resultados. 2. El aprendizaje de esta metodología de trabajo hace posible su aplicación a cualquier ámbito. 3. La participación de los profesionales de todas las categorías permite un abordaje integral y fomenta el trabajo en equipo. 4. Los resultados obtenidos dinamizan, motivan y satisfacen a todos los participantes.

**TÉCNICAS CUALITATIVAS EN GESTIÓN: PHILLIPS 66 EN ATENCIÓN PRIMARIA**

J. Ferrández, J. Domínguez, J.J. Muñoz, M. Zuzuáregui y A. Pastor

Unidad Calidad Área 11 Madrid Atención Primaria.

**P-265**

**Palabras clave:** Atención Primaria, técnica grupal.

El Consejo de Gestión (CG) es un órgano de representación de las Unidades Clínicas en Atención Primaria (AP), asesorando a la Dirección Gerencia y contribuyendo en la toma participativa de decisiones. En el Área 11 Madrid (830.000 personas) participan los representantes directivos de los centros sanitarios (coordinador médico, responsable enfermería, jefe grupo administrativo) superando > 100 profesionales. La finalidad del CG exige obtener aportaciones consensuadas sobre diferentes problemas sanitarios, requiriendo aunar la mayor participación colectiva con la operatividad del grupo.

**Objetivo:** Evaluar la aplicabilidad de la técnica Phillips 66 en el Consejo de Gestión de un Área de Atención Primaria.

**Metodología:** Se decide utilizar una técnica cualitativa grupal como Phillips 66 para optimizar ciertos gaps clásicos en grupos grandes: tiempo de trabajo, generación máxima de ideas y opiniones, contribución de todos los miembros, fomentar sentido de grupo y clima de trabajo, obtención de análisis y propuestas consensuadas. Se aplica el debate grupal de 6 personas en 6 minutos sobre 8 temas clave (accesibilidad usuario, promoción salud, calidad prescripción, cartera de servicios, desburocratización, atención al anciano, autogestión y formación) diferenciando 2 fases (análisis dificultades y propuestas de mejora). Facilitación del grupo mediante moderador y secretario de grupo, siguiendo un esquema de preguntas críticas para cada tema. Exposición interna por grupo y al conjunto del CG para obtener conclusiones finales.

**Resultados:** Obtención de la participación del 100% de los componentes del CG. Ajuste del tiempo de grupo a la jornada de trabajo. Desagregación de dificultades y propuestas de mejora (rango 6-12 conclusiones por problema), con criterios de consenso y factibilidad de aplicación. Incorporación de las conclusiones (al menos 2 intervenciones por problema) al despliegue de actividades del Área.

**Conclusiones:** La técnica Phillips 66 facilita la recogida, análisis e interpretación cualitativa, con carácter no mensurable, pero incorporando ventajas para la dinámica grupal, especialmente en grupos grandes y con dificultades en la contribución abierta de todos los miembros, así como en la generación de aportaciones. En el Área 11, la aplicación estructurada de Phillips 66 ha permitido avanzar sobre las habituales limitaciones del CG como órgano de representación directiva, lo que le confiere un valor añadido en la obtención de conclusiones prácticas.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

A. Carpio, M. Alonso, J.A. Mirón y M.C. Sáenz  
Hospital Universitario. Salamanca.

**Palabras clave:** Servicio de Urgencias, Historias Clínicas.

El objetivo es conocer las características clínicas, epidemiológicas y demográficas de los usuarios del Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de Referencia de Área.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

**Resultados:** De las 1068 historias clínicas revisadas, 48,2% (515) corresponden a hombres y 51,8% (553) a mujeres. Edad media 48,21 años (D.T.: 22,56). Rango: 13-99 años. El tramo de edad con mayor representación ha resultado el de 19 a 25 años (15,4%), seguido de 36 a 45 años (14,3%) y 66 a 75 años (14%). La población mayor de 85 años representa un 4,8%. Destacar la falta de datos sociodemográficos en las historias clínicas referentes a situación familiar, laboral, ocupación, nivel de instrucción, etc. Así como lo referente a la forma de acceso al SU, en el  $90,9\% \pm 2$  (971) de los casos se desconoce cómo han llegado al SU. Más de la mitad,  $53,5\% \pm 3$  (571), proceden de la propia ciudad de Salamanca, el  $46,3\% \pm 3$  de la provincia y sólo el  $6,2\% \pm 1$  de otras provincias. El  $69,3\% \pm 3$  de los pacientes que han acudido al SU tienen un PAC (Punto de Atención Continuada) en su misma localidad de residencia. El  $71,7\% \pm 3$  (766) de los pacientes acuden al SU por "motu propio", motivo rapidez y comodidad. Destacar que el  $5,2\% \pm 1$  de las asistencias en urgencias son debidas a accidentes de tráfico o laborales. En cuanto al motivo de consulta, el  $75,2\% \pm 3$  (804) se trata de un problema agudo y el  $11,6\% \pm 2$  (124) de la reagudización de un problema crónico, principalmente dolor y traumatismos/accidentes. El inicio de los síntomas se sitúa, en el  $53,7\% \pm 3$  (573) de los casos, horas antes. El  $30,3\% \pm 3$  (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés. El  $57,8\% (617)$  no reconoce hábitos tóxicos. El  $87,4\% \pm 2$  (933) de los pacientes no presenta constantes vitales alteradas. Tampoco se realiza prueba diagnóstica alguna en el  $29,4\% \pm 3$  (314), ni prueba patológica en el  $56,9\% \pm 3$  (608). En el  $58,7\% \pm 3$  (627) de los casos no se instaura tratamiento en el SU. El  $82,1\% \pm 2$  (877) de los pacientes que acuden al SU son dados de alta, siendo en el  $90\% \pm 2$  (961) de los casos el diagnóstico principal al alta un diagnóstico CIE, sobre todo, traumatismos y enfermedades.

**Conclusiones:** Destacar la falta de cumplimentación de las historias clínicas, fundamentalmente de datos sociodemográficos, que podrían ayudar a describir el perfil de los usuarios de un SU.

**P-266****P-268****UNIDAD DE POSTAGUDOS. COMORBILIDAD, MULTIMORBILIDAD, RESULTADOS DE SALUD Y USO DE RECURSOS**

D. Ruiz, T. Nolla, A. Junoy, E. Álvarez, J. Ris y J.L. Soler  
Hospital de Sant Pau. Barcelona.

**Palabras clave:** Unidad de Postagudos, Ancianos.

En febrero del 2005 se ha inaugurado una Unidad de Postagudos (UPA) vinculada a un Hospital General para poder asumir los cambios hacia la construcción de un nuevo hospital. El objetivo de este estudio es el análisis de la comorbilidad y multimorbilidad de los ancianos ingresados, los resultados de salud y el uso de recursos. Pacientes y método: Se han evaluado de forma prospectiva 140 ancianos ingresados desde el hospital general a la UPA durante los 3 primeros meses (edad media 84,15; 59,3% mujeres) y a los 30 días del alta. La comorbilidad se ha medido mediante el índice de Charlson y la fragilidad mediante el índice de HARP. Se ha medido la estancia media global, en el hospital y en la UPA. La mortalidad a los 30 días y los reingresos a los 30 días se preguntaron mediante llamada telefónica. Los resultados se expresan en porcentaje, medias y desviaciones estándares.

**Resultados:** La comorbilidad fue de 2,65 (1,72) y la fragilidad de 3,18 (1,68). La infección respiratoria (45,7%) y la insuficiencia cardiaca (28,57%) fueron los diagnósticos más frecuentes. La morbilidad fue de 2,75 (1,38) y las más frecuentes fueron insuficiencia respiratoria (39,3%), insuficiencia renal (27,1%), la insuficiencia cardiaca (22,8%) y el delirium (20%). La mortalidad a la UPA fue del 10,71% y la mortalidad a los 30 días del 0,8%. Los reingresos a los 30 días fueron 5,6%, siendo el 77,8% trasladados a domicilio. Los pacientes que murieron (6,13) y los que reingresaron (4,14) tenían una comorbilidad elevada.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de la UPA nos ha permitido atender a ancianos con gran comorbilidad y fragilidad sin menospreciar la salud y con un adecuado uso de recursos que a nivel del hospital ha permitido hacer frente a la reducción y redistribución de camas.

**ELIMINACIÓN DEL MERCURIO: MUCHO MÁS QUE UN COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL**

B. Salazar, I. Muñoz, P. Antoñanzas, M. Bermejo, M. Jiménez y C. Emparán

Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

**Palabras clave:** EFQM - EMAS – MERCURIO.

**Objetivos:** La Fundación Hospital Calahorra (FHC) esta fuertemente comprometida con el Medio Ambiente tal y como se acredita en su certificación ISO 14001:2004 y en la verificación de su sistema de gestión medioambiental conforme al reglamento EMAS. En esta línea de actuación la FHC está desarrollando actividades que impulsan no sólo la mejora ambiental de nuestros procesos sino también la sensibilización del entorno social que nos rodea en concordancia con el criterio 8 de EFQM: Impacto en Sociedad.

**Métodos:** En el póster se muestra como ejemplo de esta línea de actuación la eliminación del mercurio, en concreto y como primer paso, de los termómetros. El enfoque aborda diversos aspectos mostrados según su impacto EFQM: Caja 5 EFQM-Procesos. Estudio económico y análisis de mercado de las diferentes opciones alternativas al mercurio. Caja 4 EFQM-Alianzas y Recursos. Los proveedores comparten con la organización los objetivos de la gestión medioambiental, colaborando con el hospital en la búsqueda de soluciones alternativas viables. Caja 2 EFQM- Personas. Sensibilización y formación de los trabajadores del hospital. Caja 8 EFQM-Impacto en sociedad. Sensibilización en el entorno social de la FHC.

**Resultados:** A lo largo del póster se muestran las actividades realizadas y los resultados obtenidos con estas actuaciones.

**Conclusiones:** Las buenas prácticas medioambientales reflejan no sólo un compromiso de las organizaciones con el entorno que nos rodea sino que, además y como valor añadido, impulsan y potencian los agentes facilitadores EFQM y suponen una mejora de la gestión de los procesos.

**P-267****P-269****ADECUACIÓN DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO A LAS INDICACIONES AUTORIZADAS**

J.C. Morales, S. López, R. Escalona y A. García  
Distrito Atención Primaria Jerez-Sanlúcar.

**Palabras clave:** Indicación no autorizada, Clopidogrel, Risperidona.

**Introducción:** Entre las modalidades de financiación pública de medicamentos se incluye el visado de recetas exigido por el Ministerio de Sanidad y Consumo o el Servicio Andaluz de Salud, que permite que determinados medicamentos, en determinadas circunstancias, puedan ser dispensados con cargo al Sistema Nacional de Salud. El procedimiento de visado, entre otros aspectos, comprueba si la patología para la que es empleado el medicamento coincide con las indicaciones para las que el fármaco ha sido autorizado.

**Objetivos:** 1. Analizar en qué proporción son indicados los medicamentos sometidos a visado para patologías para las que no han sido registrados. 2. Valorar la eficacia de una intervención basada en la coordinación entre las unidades de visado de Atención Primaria (AP) y Hospital (H), en las tasas de denegaciones.

**Material y métodos:** Estudio de intervención prospectivo: *Estudio previo*: estudio longitudinal retrospectivo sobre los expedientes de visado del Distrito Jerez-Costa Noroeste generados en 2004. *Intervención*: (Abril de 2005) reuniones entre los responsables de las unidades de visado de Atención Primaria y Hospital, proponiendo: Revisar los expedientes de los medicamentos de diagnóstico hospitalario que más comúnmente generan solicitud de visado. Realizar un plan de comunicación del procedimiento de visado a todos los profesionales de AP y H. Revisar el procedimiento administrativo que siguen los expedientes en el H. Estudio longitudinal prospectivo sobre los expedientes de visado que se generen entre el día 1 del mes siguiente al de la fecha en la que finalice la intervención y los once meses siguientes. *Población*: pacientes que requieren el visado de inspección de recetas en los períodos indicados. *Variables*: número de expedientes denegados o autorizados, causa de denegación clasificadas en 10 categorías, y centros que generan el expediente de solicitud clasificados en 4 categorías.

**Resultados:** Se deniega el 19,33% de los expedientes, siendo la indicación no autorizada la causa más frecuente de denegación (65,4%). El 96,3% de las denegaciones por esta causa corresponde a expedientes procedentes de H; el 46,3 son solicitudes de Clopidogrel y el 26,5% de Risperidona.

**Conclusiones:** La utilización de fármacos en indicaciones no autorizadas es la causa más frecuente de denegación de visado; dado que el 96,3% de las denegaciones por este motivo corresponde a expedientes iniciados desde el nivel hospitalario, la intervención planteada podría disminuir la tasa de denegaciones.

**FORMACIÓN EN MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UN ÁREA DE AP**

I. Salamanca-Carranza, S. Pedrajas-Molina, A. Martínez, J. Caba-Peña, F. Crespo-González y C. Becerra  
GAP Ciudad Real.

**P-270****Palabras clave:** Formación, Organización, Calidad.

Se inicia un cambio en la forma de impartir la formación en Calidad en el Área pasando de Cursos abiertos a una formación orientada a los profesionales en los centros de trabajo. El cambio se estructura a partir de la evaluación realizada por la Comisión de Calidad del Área y se comparan los resultados de evaluación del proceso con los obtenidos en el formato anterior.

**Objetivo:** Llevar la formación en Calidad Asistencial a todos los profesionales del Área de AP de Ciudad Real. Mejorar la valoración que hacen los profesionales de este tipo de formación.

**Método:** Se solicitó a la Gerencia que cada EAP nombrara de forma voluntaria un responsable de Calidad. Se realizó una encuesta para conocer de estos profesionales, la formación en Calidad, sus expectativas y las preferencias para organizar la formación. A partir de aquí se organiza la formación del Área para el presente ejercicio. Se valoran mediante encuesta los siguientes aspectos: (1-5) organización, horario, interés para el profesional, docentes y valoración global (1-10). T de Student para medias independientes.

**Resultados:** La modalidad de formación preferida se caracterizó por módulos de 4-5 horas, en horario laboral (preferentemente de mañana), asumiendo por la empresa (sustituido), impartido por expertos y por los miembros de la Comisión y con un enfoque didáctico eminentemente práctico (Taller Teórico-práctico). Se observan diferencias en la puntuación de la Valoración Global (6,59 DS 1,78/7,93 DS 1,09, p = 0,03), Horario (4,3 DS 0,65/3,0 DS 0,61, p = 0,01), no varía la valoración de los docentes, la organización, el nivel ni el interés de los contenidos. No se observan abandonos de la formación salvo por causas externas.

**Conclusiones:** Hemos obtenido valoraciones similares por parte de los profesionales tanto en la formación continua (repetitiva) y continuada (alcanzando diferentes niveles) como en los Cursos aislados. La implicación en la formación de los profesionales que componen la Comisión de Calidad y su gestión de las actividades para la mejora podrían explicar la mejor Valoración Global. Nos planteamos como nuevo paso conseguir que la Formación en Calidad forme parte del currículo de autoformación en los EAPs ligada a proyectos de mejora concretos. Los dos tipos de actividades formativas dirigidas a todos los profesionales deben complementarse para facilitar el cambio hacia la mejora continua.

**CALIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS**

I. Moreno-Encabo, A. Campillo, E. Bataller, T. Hurtado, J.A. Cano y V. Pérez  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-271****Palabras clave:** Calidad Urgencias Morales.

Estudio de la calidad asistencial en urgencias de un hospital de II nivel: Análisis del proceso.

**Introducción:** Actualmente la asistencia médica en los servicios de Urgencias está sobrecargada por un aumento de pacientes que acuden al centro hospitalario como primera vía. Además, creemos que el tiempo medio de asistencia es muy elevado lo que contribuye a esta sobrecarga. Presentamos un estudio prospectivo y descriptivo de la media del tiempo de espera de un paciente desde que entra en urgencias hasta que es dado de alta o ingresado, así como de los factores que influyen en el tiempo de asistencia, con el fin de identificar aquellos que pudieran ser mejorados, reduciendo el tiempo y aumentando la calidad del servicio.

**Material y métodos:** Desde la llegada a urgencias del paciente, se establece un circuito por el que se le canaliza sin ser valorado exhaustivamente por un facultativo (triaje). Durante 2 meses hemos establecido 8 cortes prospectivos de los pacientes atendidos en urgencias de nuestro hospital, elaborando un protocolo de recogida de datos, que incluye: 1) datos de filiación 2) hora de llegada a urgencias 3) hora de alta de urgencias 4) motivo de consulta 5) exploraciones complementarias (EC) 6) tiempo de recepción de EC 7) tiempo desde llegada a urgencias hasta evaluación médica 8) necesidad de consulta con especialista en urgencias (tiempo desde petición de consulta hasta evaluación por su parte) 9) evaluación de la necesidad de las EC y/o petición de nuevas pruebas 10) otros datos.

**Resultados:** Durante el período de estudio se recepcionaron una media de 250 (r: 150- 360) urgencias por día en nuestro hospital, correspondiendo: el 28,6% a urgencias traumatólogicas (no incluidas en el estudio por ser manejadas de forma protocolizada), el 25,9% a patología abdominal y quirúrgica, el 11,3% a patología neurológica, 11,2% a infecciosas, y el 33% restante al resto de patologías. En el 12,7% de los casos se consultó con el especialista. Se obtuvo una demora media de 3,30 horas (r: 1-6 h) desde la llegada al hospital, petición de EC y valoración por un médico. En el 38% de los casos, las EC no ayudaron a mejorar el diagnóstico.

**Conclusiones:** El manejo individualizado del paciente por parte del médico, desde su llegada a urgencias, puede reducir de forma significativa el tiempo medio de espera del paciente, así como influir positivamente en la reducción del gasto.

**DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE BARCELONA**

M. Jabalera, G. Puche, O. Nadal y M.J. Planas  
Hospital Sant Joan de Deu.

**P-272****Palabras clave:** Gestión, mejora continua, participación.

**Objetivo:** Elaborar un Cuadro de Mando que se utilizará como una herramienta con varios usos: gestión; mejora continua; "benchmarking" interno y externo; comunicación, participación y motivación; creación de equipos de trabajo y sistema de alarma visual.

**Método:** *Fase de diseño:* Identificación de los aspectos de la Organización que quieren monitorizarse, en función de criterios como riesgo, prevalencia, actividades ineficientes y variabilidad de la práctica. Diseño de los indicadores. Incluye la definición de todos los campos a considerar, entre los que se encuentran la definición, dimensión, fuente de recogida de datos, fórmula, estándar, frecuencia de medición, etc. Definición de jerarquías y relaciones en base al establecimiento de categorías en los indicadores que sean indicativas de los procesos a los que pertenezcan. Validación del diseño. Establecimiento de la frecuencia de revisión del diseño. *Fase de medición:* Inicio de las actividades sistemáticas de medida. Realización de los cálculos y representación gráfica de resultados. Comparación con los estándares definidos. **FASE DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:** El análisis de los resultados permitirá una detección precoz de los problemas de calidad y, por lo tanto, la evaluación, identificación e implantación de acciones de mejora de forma rápida para su solución.

**Conclusión:** El Cuadro de Mando diseñado e implantado engloba Indicadores de diversas Áreas del Hospital (Urgencias, Hospitalización, Laboratorio, Prevención y Medio Ambiente, Dirección de Control de Gestión, Documentación Clínica, ...) y tiene algunas características que valdría la pena destacar: dinámico, realizado de forma multidisciplinar y de utilidad como herramienta de "screening" para la detección de problemas de actividades de la organización, o bien, para la identificación de áreas de excelencia.

**DISPONIBILIDAD DE INFORMES EN EL MOMENTO DEL ALTA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ**

F. Carral, A. Jiménez, D. Mula, J. Rubio, A. Cazennave y A. Rodríguez  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-273****Palabras clave:** Informes de alta, continuidad asistencial.

**Justificación:** Todos los pacientes hospitalizados tienen derecho a disponer de un informe de alta en el mismo momento que ser dados de alta con el objetivo de asegurar la continuidad del proceso asistencial del paciente.

**Objetivo:** Evaluar la disponibilidad de informes de alta, en el momento del alta, en una muestra de pacientes ingresados en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

**Metodología del estudio:** Estudio descriptivo transversal realizado sin previo aviso durante 5 días consecutivos (del 24 al 28 de enero de 2005, ambos inclusive) en las secretarías de hospitalización del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. En todas las secretarías se distribuyó las instrucciones del estudio a realizar, incluyendo una tabla de recogida de datos al alta del paciente. Todos los pacientes dados de alta durante el período de estudio fueron clasificados en alguna de las siguientes tres categorías excluyentes: a) Paciente con informe provisional de alta, b) Paciente con informe definitivo de alta y c) Paciente sin constancia documentada de informe de alta.

**Resultados:** Durante el período de 5 días consecutivos se analizaron 402 altas de hospitalización, excluyéndose del estudio el Servicio de Pediatría por error en la metodología de recogida de datos. En el 77,6% de los casos (312 pacientes) se constató que el paciente recibió un informe escrito en el momento de ser dado de alta. Se estima que aproximadamente el 16,6% de los pacientes dados de alta recibieron una nota provisional de alta, si bien no quedó constancia documentada en la Historia Clínica. De forma global, en el 64,5% de los Servicios o Unidades evaluados (n = 20) el 100% de los pacientes recibieron informe en el momento de ser dados de alta. Los resultados han sido comunicados formalmente a la Dirección y a los Servicios del Centro con menor respuesta, estando previsto la repetición del estudio con una periodicidad al menos semestral.

**Conclusión:** Los Hospitales deben garantizar que a todos los pacientes se les proporcione un informe de alta el mismo día del alta, con la finalidad de asegurar que se disponga de la información de interés del paciente que garanticé la continuidad del proceso asistencial. En este sentido, es necesario definir indicadores por Servicios y Unidades y establecer procedimientos de seguimiento que permitan a los Centros identificar áreas de mejora dirigidas a garantizar el derecho del paciente a disponer de informe al alta.

**ESTUDIO DEL TRASPORTE DE PACIENTES CRÍTICOS EN EL CAMPO DE GIBRALTAR EN LOS AÑOS 2003 Y 2004**

J. de la Fuente, O. Rodríguez, J. Quiros y E. Cordero  
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias- SEMYU 112.

**P-274**

**Palabras clave:** Transporte Interhospitalario y Sanitarios. Los traslados de pacientes en situación crítica con diversos fines ha supuesto un continuo avance en asegurar y mejorar cada vez más la estabilidad de los pacientes así como procurar que el daño y las secuelas que se pudiesen derivar tanto de las lesiones iniciales como del propio transporte fuesen mínimas. En Andalucía, el traslado de pacientes críticos comienza coordinado por la EPES el 01 de Julio de 1999 en casi todo el territorio, persistiendo en algunas áreas sanitarias un formato mixto, donde era el personal hospitalario el que se encargaba de realizar estos servicios, como es el caso del área sanitaria campogibraltareña. En el año 2004, comienzan a solicitarse traslados desde hospitales del Campo de Gibraltar al Centro Coordinador de Emergencias 061 de Cádiz. Del estudio de los que se han llevado a cabo observamos que se solicitan desde los dos hospitales de esa área sanitaria, abundando más los que salen del Hospital de la Línea. El principal motivo de traslado es la valoración neuroquirúrgica, seguidos de los estudios coronarigráficos y otras pruebas complementarias y, en menor medida, otras razones diversas. La utilización de los dispositivos específicamente pensados para estas tareas cada vez en mayor medida indica la confianza que a estos equipos se conceden, ya que permiten una homogenización en la asistencia durante todo el tiempo del traslado interhospitalario y son garantes de calidad por los medios personales y materiales que aportan.

**AHORA QUE PUEDO DECIR**

A. Duran, A. Ríos, M.J. Sánchez y J. Pérez  
CS de Antequera.

**P-275**

**Palabras clave:** Voluntades vitales anticipadas (VVA): opinión del personal sanitario en un distrito de atención primaria.

**Introducción:** La demanda social que actualmente nos toca vivir justifica la necesidad de la existencia y por ende medidas jurídicas que hagan valer la autonomía personal del ciudadano. La entada en vigor del 1/1/2000 del conocido entre los expertos "Convenio de Oviedo" y mas concretamente en su artículo 6 abre la puerta para el reconocimiento normativo de instrucciones previas en nuestro país. En nuestra comunidad autonómica con la aprobación el 18/mayo /2004 del decreto 238/2004 por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. Con la finalidad de conocer la opinión de los profesionales sanitarios y su nivel de conocimiento se realiza este estudio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas de elaboración propia y basándonos en el trabajo realizado en Valladolid por A Bachiller Baeza y colaboradores. Se pretende analizar entre si variables estudiadas en la encuesta para buscar relaciones significativas mediante el método de la Chi cuadrado. Ámbito de estudio (población diana) personal sanitario del Distrito Sanitario de la Axarquía (médicos y enfermeras).

**PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**

J.A. Martínez, J. Alcaraz, J.A. Serrano, E. Ramiro, E. Martínez y R. Pérez  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-276**

**Palabras clave:** Seguridad, urgencias.

**Introducción:** La Seguridad Clínica se ha distinguido en los últimos años como uno de los objetivos de Calidad prioritarios para el Ministerio de Sanidad. Los servicios de Urgencias, sobretodo los hospitalarios, constituyen un riesgo importante en este sentido y existen propuestas claras para reducirlo.

**Objetivo:** Implantar actividades de mejora de la seguridad clínica y establecer un sistema de notificación de incidentes en el Servicio de Urgencias.

**Metodología:** Se ha puesto en marcha un programa de Seguridad basado en tres pilares: informar y concienciar de la magnitud del problema potencial, establecer un sistema de notificación de incidentes e implantar actividades de mejora derivadas de las alertas del Centro de Investigación para la Seguridad de los pacientes.

**Resultados:** Se ha realizado una primera charla informativa para médicos adjuntos del Servicio, quedando pendiente otra para residentes y otra para enfermería. Se han implantado acciones de seguridad para las alertas 1 y 3 referidas a urgencias, concretamente la referida a control de cloruro potásico intravenoso y a la identificación de los pacientes.

**Conclusiones:** Se ha comenzado a realizar el despliegue del plan de Seguridad de Urgencias. Es un interesante camino donde lo mejor es no tener consecuencias adversas, ya que si se previene bien, el mejor resultado es la ausencia de resultados adversos.

**MEDICIÓN DE TIEMPOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

A.B. Jiménez, C. Alarcón, J.M. Bellon, M.J. Calvente, S. Granado y P. Rodríguez  
Hospital Gregorio Marañón.

**P-277**

**Palabras clave:** Consultas, Tiempos.

**Objetivos:** 1. Estimar los tiempos medios de espera de los pacientes hasta ser atendidos y los tiempos medios empleados en consultas, de forma global y estratificado por consultas. 2. Comprobar si existen diferencias en los tiempos en función de si los pacientes acuden a consulta nueva o sucesiva, tienen o no cita previa y son atendidos por médicos residentes o por adjuntos.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio trasversal, descriptivo y analítico, con recogida de datos prospectiva. *Población de estudio:* Todos los pacientes que se encuentran esperando para ser atendidos en consultas externas, durante la semana seleccionada (distinta para cada consulta, por motivos de logística) del mes de mayo o junio. *Recogida y análisis de datos:* la recogida de datos fue realizada por el personal de enfermería asignado a cada consulta, contando con un cronograma y a través de una hoja de recogida de datos "ad hoc" que fue previamente pilotada. Se calculó en global y para cada consulta los tiempos de espera real hasta entrar y el empleado en la consulta, para los pacientes con cita además el tiempo de adelanto o de retraso en la llegada, y la espera según citación. Se calcularon las medias con sus intervalos de confianza de cada uno de los tiempos y se realizó la prueba de la t de Student para hacer las diferentes comparaciones.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 4152 consultas pertenecientes a 38 diferentes especialidades. El tiempo medio de espera según la hora de citación es de 38' encontrándose 47,36% de las especialidades por debajo de este valor, los usuarios de nuestras consultas llegan de media 20' antes de la cita, la media de duración de las consultas se encuentra con un nivel de confianza al 95% entre 17-18 minutos, siendo una media de 3' mayor en los pacientes que acuden sin tener cita ( $p = 0,017$ ). Las consultas nuevas consumen de media 3' más que las sucesivas ( $p < 0,001$ ), siendo la espera total hasta entrar 12' menor ( $p < 0,001$ ), debido probablemente a que los pacientes que acuden a consultas sucesiva llegan con mayor anterioridad que los de nuevas (42' antes de la cita vs. 35',  $p < 0,001$ ). La media del tiempo consumido durante una consulta es de 5' mayor cuando ésta es atendida por un residente ( $p < 0,001$ ) que por un médico perteneciente al staff del hospital.

**Conclusión:** Es necesario conocer el uso de recursos para un mejor rendimiento de los mismos.

## IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA HOSPITALARIO

E. Abad, J. Alcaraz, C.A. Arenas, T. Fernández, A. Paredes y F. Sánchez  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Seguridad clínica.

**Introducción:** En los últimos años uno de los objetivos de Calidad prioritarios para el Ministerio de Sanidad es la implantación de iniciativas de Seguridad Clínica.

**Objetivo:** Implantar actividades de mejora de la seguridad clínica y establecer un sistema de notificación de incidentes en el Hospital.

**Metodología:** Se ha establecido un plan con tres fases principales: a) Información, formación y sensibilización sobre lo que supone la seguridad clínica, para responsables de los Servicios y Comisiones Clínicas. b) Implantación de actividades de mejora derivadas de las alertas del Centro de Investigación para la Seguridad de los pacientes. c) Desarrollo de un sistema de notificación de eventos adversos, análisis de los mismos y puesta en marcha de mecanismos de control.

**Resultados:** Se han realizado reuniones informativas en tres Comisiones Centrales del Hospital, se ha expuesto a todos los supervisores y se han realizado charlas en los diferentes servicios (Urgencias, cirugía, anestesia). Se ha establecido que sea la Comisión Asistencial de Calidad (CAC) la que se ocupe del diseño y desarrollo del sistema de recogida de eventos adversos y su estudio. Se ha comenzado a implantar las alertas en determinados Servicios. Ejemplos de ello son la eliminación del CLK de lugares de riesgo, la implantación del protocolo de caídas o la puesta en marcha de la alerta 1 y 3 en el Servicio de Urgencias (presentado en el Congreso Regional de Calidad Asistencial 2005). Además está previsto realizar una evaluación sobre efectos adversos de la hospitalización siguiendo la metodología del estudio ENEAS.

**Conclusiones:** Se ha comenzado la implantación de medidas encaminadas a evitar efectos adversos sobre los pacientes.

**P-278**

## DESARROLLO DE UNA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PARA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM

E. Capdevila, M. Madariaga, P. Plaza, S. Pérez y J.M. Manzano  
Centro San Juan de Dios.

**Palabras clave:** EFQM, Priorización, Áreas de Mejora.

**Introducción:** En mayo de 2003, el Comité de Dirección plantea la conveniencia de implantar un Sistema de Calidad para lo que se elige el modelo EFQM, referente por otra parte en la Comunidad Autónoma de Madrid, dónde se encuentra ubicado el Centro y a la que presta sus servicios asistenciales por conciertos respectivos con la Consejería de Salud y de Servicios Sociales. Para alcanzar éste objetivo, se desarrollan una serie de acciones entre las que se encuentra una autoevaluación con el instrumento Perfil, versión 4.0, que tras ser aplicado, revela 25 áreas de mejora posibles de las que hay que seleccionar y desarrollar un mínimo de 3 para optar al Sello de Bronce. Los análisis de los hallazgos, evidencian la escasa medición objetiva y ponderada de criterios resultados EFQM.

**Objetivo:** Desarrollar y aplicar un instrumento para conseguir una priorización de las áreas de mejora que permita seleccionar las más idóneas.

**Método:** Se aplica una matriz de priorización que permite la evaluación y ponderación de las áreas de mejora. Se seleccionan 3 (Procesos, Clientes y Personas) contemplando la sumatoria y puntuación parcial obtenida en cada ítem de la matriz. Ésta acción, se desarrolla con una lógica REDER (objetivo, enfoque, despliegue, evaluación y revisión).

**Resultados:** Las áreas de mejora seleccionadas, han podido implantarse en los tiempos previstos, sin costes elevados y con impacto significativo en la mejora de la organización.

**Conclusión:** En nuestro criterio, las variables determinantes, el sistema de ponderación y en suma la matriz, permite la priorización y facilita la selección de las áreas de mejora a implantar, resultando un instrumento eficaz.

**P-279**

## CREACIÓN DEL ÁREA DEL CONOCIMIENTO DEL HOSPITAL DONOSTIA

M. Merino, M. Goikoetxea, A. Nuñez, A. Orube, J. Salvador y J. Orbegozo  
Hospital Donostia.

**Palabras clave:** Conocimiento, gestión, calidad.

**Objetivo:** Crear el Área del Conocimiento del Hospital Donostia, con el fin de coordinar, impulsar y desarrollar las actividades de I+D+I, para contribuir a la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos.

**Método:** Gestión por procesos, utilizando la metodología REDER (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión).

**Resultados:** Los procesos principales identificados fueron: *Investigación:* Líneas prioritarias: SIDA, inmunología, medicina basada en la evidencia, neurociencias, microbiología, epidemiología de enfermedades infecciosas, cirugía experimental, desarrollo de materiales, oncología, genética.

*Docencia:* MIR, enfermería, auxiliares, técnicos. *Formación:* dirigida a profesionales del hospital y externos. *Gestión del conocimiento explícito:* biblioteca abierta a profesionales sanitarios de Guipúzcoa. *Desarrollo profesional:* relación con carrera profesional. *Innovación en gestión y calidad total:* ampliación del alcance de modelos existentes e implantación de nuevas fórmulas de gestión. Cada proceso tiene un responsable y una comisión compuesta por miembros representativos de los profesionales del hospital y un miembro de la Unidad de Calidad, que da apoyo metodológico. Se crearon las I Jornadas del Conocimiento Biosanitario de Gipuzkoa, punto de encuentro para compartir conocimiento y establecer sinergias entre profesionales del hospital y de otras entidades públicas o privadas del entorno. Se difundieron las actividades del Área del Conocimiento en la página web del hospital y se favoreció la participación de los profesionales en ella.

**Conclusiones:** La creación del Área del Conocimiento del Hospital Donostia ha permitido coordinar actividades incluidas en los procesos antes descritos, aprovechando las sinergias. Se ha hecho un plan para cuatro años con el fin de impulsar la investigación dando prioridad a las líneas definidas por la comisión correspondiente. Además se han establecido convenios de colaboración con varias empresas con alto nivel de investigación ubicadas en nuestro entorno. Ha mejorado la planificación de la formación atendiendo a las necesidades de los profesionales y encamada a la consecución de los objetivos estratégicos del hospital. Se ha impulsado la utilización de modelos de calidad total en la gestión del hospital y de los servicios. Se ha consolidado la página web del hospital como vehículo de transmisión de conocimiento entre profesionales.

**P-280**

## PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL NIVEL DE CALIDAD REQUERIDO DURANTE LA OBRA DE REMODELACIÓN DE UN HOSPITAL DE 400 CAMAS

L. Calleja, S. Badal, M.J. García, L. Cerezo y A. Arias  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Motivación, Implicación, Control.

**Introducción:** Dado lo caótico que representa la remodelación total de una cocina que debe permanecer en funcionamiento en un hospital público, debe utilizarse esta situación de crisis con la implantación de un plan de mejora de la calidad creado "AD HOC" durante las obras, con exigencia total del cumplimiento de la normativa vigente y que a la vez sirva de impulso para el plan de calidad como plan estratégico.

**Objetivos:** Implicación del personal para la optimización de recursos humanos y físicos. Elaboración y puesta en marcha de un documento del sistema de autocontrol, que nos permita identificar y evaluar los peligros que pueden afectar a los alimentos en distintas fases de la obra.

**Métodología:** 1. Establecimiento de las distintas fases de la obra en coordinación con la dirección del hospital. 2. Aplicación legislación vigente: a) Normas internacionales, Codex Alimentarius. b) Normas nacionales, Real Decreto 2207/95 sobre higiene de los alimentos, Real Decreto 3484/2000 sobre normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas. 3. Protocolo de actuación "APPCC" interno (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control). Creación de modelaje. 4. Adaptación del personal de cocina. a) Acuerdo con cocineros y ayudantes en la realización de carga y transporte de comida elaborada. b) Focalización del servicio de petitorias mediante pacto concertado con las unidades del hospital. c) Reconversion de personal para la elaboración de tareas de limpieza continuada, conforme Plan General de Higiene preestablecido.

**Resultados:** El mantenimiento de un Sistema de autocontrol en una cocina es una tarea ardua, que en muchas ocasiones requiere de un esfuerzo extra para concienciar al personal de su necesidad y beneficios, en condiciones extremas, falta de espacio, reestructuración de tareas y comida transportada el registro de datos y su verificación resultaba casi utópico. Alcanzado un 90% de registros verificados.

**Conclusiones:** La motivación del personal por gestionar su propio trabajo, aportación de ideas e implicación en cada fase de la obra, nos permite en la actualidad, mantener un documento del Sistema de Autocontrol que nos verifica que cumplimos con los criterios de calidad predeterminados, nos permite plantear acciones correctoras y preventivas a las desviaciones del Sistema, y comprobar la aplicación de las mismas además de proponer mejoras sobre la base de los resultados obtenidos.

## MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA, ANÁLISIS DE UNA DÉCADA

C.Y. Fuentes, A.I. López, A.I. Rodríguez, M.J. Durá, C. González y P. Ruiz  
Hospital Universitario 12 de Octubre.

P-282

**Palabras clave:** Mortalidad, intrahospitalaria, tasas.

**Objetivos:** Analizar la evolución temporal de las tasas de mortalidad en un hospital terciario durante el período comprendido entre 1995 y 2004, ambos inclusive. Valoración de la posible existencia de estacionalidad en las tasas de mortalidad en los años estudiados en el Hospital general y los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

**Metodología:** Población de estudio: altas y exítsus intrahospitalarios del Hospital general y los servicios de Medicina Interna y Cirugía General en el período comprendido entre uno de enero de 1995 y 31 de diciembre de 2004. Diseño: estudio descriptivo observacional retrospectivo. Fuentes de información: libro informaticizado de Registro de enfermos y bases de datos del HP-HIS. Variables: tasas de mortalidad calculadas a partir de las altas y los exítsus mes a mes. Análisis de la base de datos: paquete estadístico SPSS versión 12. Utilización de las pruebas no paramétricas: U. de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Friedman.

**Resultados:** El total de altas y exítsus en el Hospital General, en el que están comprendidos los Servicios de Medicina Interna y Cirugía General, en el período de estudio fue de 268.889 altas y 12.475 exítsus. Los máximos en las tasas de mortalidad han sido para el Hospital General de un 5,07 en 1995, para Medicina Interna de un 9,59 en 1996 y para Cirugía General de un 4,05 en 1995. Los mínimos en las tasas de mortalidad han sido para el Hospital General de un 4,46 en 2002, para Medicina Interna de un 8,41 en 2001 y para Cirugía General de un 2,27 en 2004. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de mortalidad por años en cada una de las poblaciones específicas del estudio. En cuanto a la estacionalidad, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas tanto en Medicina Interna como en Cirugía General. Cabe destacar, sin embargo, que la tasa media de mortalidad en Medicina Interna fue más alta en agosto y más baja en noviembre. En Cirugía General la tasa media de mortalidad más alta se encontró en septiembre y la más baja en junio.

**Conclusiones:** No hemos encontrado variaciones en la estacionalidad en nuestras tasas de mortalidad que puedan relacionarse con factores externos (morbilidad) o internos (gestión de los servicios).

## LAS HOSPITALIZACIONES SENSIBLES A CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (HSCAP) EN UN ÁREA SANITARIA: MEDIDA DE LA CAPACIDAD

J.L. Gutiérrez, C. Duro, J. Merino y J.L. Barranco  
Área Sanitaria Norte Córdoba.

P-283

**Palabras clave:** Calidad, Cuidados sensibles de atención primaria.

**Introducción:** La hospitalización por cuidados sensibles de AP (Atención Primaria) es un indicador de actividad hospitalaria que ha demostrado su utilidad como medida indirecta del funcionamiento de la APS. Los (HSCAP) son un conjunto de códigos CIE-9-CM (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9. revisión, Modificación Clínica) de alta hospitalaria. Diversos estudios apoyan la hipótesis que las tasas elevadas de hospitalización por HSCAP son indicativas de una APS óptima, que se define como una atención inadecuada en tipo, localización, intensidad u oportunidad para el problema de salud que está siendo tratado. La unión de AP y AE facilita la obtención de datos del CMBD y el acceso a los Centros de Salud y Consultorios lo que favorece la investigación que queremos realizar.

**Objetivos:** a) Describir la variabilidad en las tasas de hospitalización por HSCAP entre las UFAP del Área en el período 2000-2004. b) Determinar la asociación del grupo de HSCAP correspondiente a la insuficiencia cardíaca con la prescripción de hipotensores. Diseño Se realizó un estudio descriptivo transversal de los HSCAP en el Área Sanitaria Norte de Córdoba y su relación con la prescripción de hipotensores. Fuentes La información ha sido extraída del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se seleccionaron todos las altas hospitalarias registradas en el Hospital "Valle de los Pedroches" en el período 2000-2004, cuyo diagnóstico principal correspondía a un HSCAP. Se consideraron como HSCAP los procesos cuyos códigos estaban incluidos en las clasificaciones realizadas en el estudio de J. caminal de 2001, basado en los criterios de definición de un indicador como apropiado de Solberg y Weissman., y que se presentan a continuación.

**Resultados:** El porcentaje de HSCAP entre las altas del hospital se mantienen alrededor del 10% en los años estudiados. Comparando la evolución, el dato más interesante es la evolución ascendente observada en algunas zonas, como fuente obejuna. La asociación observada entre las HSCAP y la prescripción de hipotensores revela que la calidad en la prescripción es un factor fundamental para detectar el número de HSCAP que recibe el hospital desde atención primaria. El número de altas en el Área coincide con los observados en la bibliografía para otras zonas, lo cual indica que la calidad de la atención primaria es similar.

## APROXIMACIÓN AL NÚMERO MÁXIMO DE NIÑOS TADA ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DEL SAS QUE PERMITAN UNA ASISTENCIA DE CALIDAD

R. Pereiro, R. Segura, J.M. Visuerte, F. Córdoba y J. Espinal  
C.S. Peñarroya. Córdoba.

**Palabras clave:** TADA.

**Introducción:** La publicación y entrada en vigor del Decreto 281/2001 en el que se crea y regula el Talón de Asistencia Dental Anual ha supuesto una nueva prestación dentro de la cartera de Servicios para los estomatólogos del Servicio Andaluz de Salud. Esta prestación se incluye sin detrimento de las prestaciones que se contemplaban dentro de la citada cartera de servicios. El hecho de que este decreto regule que las cohortes con derecho a esta prestación sean incrementales empezando en el año 2002 con niños de 6 años, ha supuesto que anualmente los niños con derecho a TADA atendidos en las consultas del SAS sean cada vez mas numerosos, sin haberse realizado un incremento significativo de los profesionales que atienden a estas consultas.

**Objetivos:** Realizar un estudio aproximativo del máximo número de niños con derecho a TADA que se pueden atender en una consulta de estomatología del SAS si que ello suponga un descenso de los niveles de calidad.

**Material y métodos:** Se ha realizado el estudio detrayendo al total de tiempo de la consulta el empleado para la consulta de demanda y distribuyendo el resto según los estándares de tiempo necesario para la realización de los tratamientos odontológicos propuestos por el Prof.. Llodra de la Universidad de Granada.

**Resultados:** Se expondrán detalladamente en la exposición pero considerando que el tiempo medio necesario para el tratamiento odontológico de un niño de 7 años es 27,8 minutos nos permite hacer una aproximación mediante cálculos matemáticos sencillos del número máximo total de niños con derecho a TADA que pueden ser atendidos sin menoscabo de la calidad asistencial.

P-284

## PROCEDIMIENTO DE CENTRALIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y REVISIÓN DE LA POLIMEDICACIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

C. Parejo, S. Carrasco, M.D. Llamas y D. Camacho  
DS La Vega. Antequera.

**Palabras clave:** Institucionalizados seguridad polimedicatedos.

**Introducción:** En la cartera de servicios, del sas se incluye la atención de ancianos institucionalizados garantizando su seguridad como plantea el II plan de calidad del sistema sanitario p. El ds la vega teniendo en cuenta los criterios mínimos de oferta apuesta por la creación de una unidad de residencia. Los acontecimiento adversos derivados del uso clínico de los medicamentos son muy frecuentes en este tipo de pacientes y en muchos casos debidos a la dificultad en la comunicación entre los profesionales implicados. Para prevenir los errores clínicos en pacientes polimedicatedos contando con la premisa de que estos se producen porque existen fallos, es necesario crear iniciativas seguras para minimizar los problemas relacionados con medicamentos.

**Objetivos:** 1) centralizar la prescripción desde la unidad de residencia. 2) revisión de la medicación y pautas de ttº en polimedicatedos metodología se centraliza las prescripciones en la unidad que la componen un medico, una enfermera y una auxiliar administrativa con la colaboración de enfermeras comunitarios de enlace, trabajadores sociales, celadores conductores del ds la vega, personal sanitario de las instituciones. También se revisan los los tratamientos de polimedicatedos a partir de los criterios mínimos de oferta incluidos en la cartera de servicios y utilizando como base la propuesta en el método dader. Se realiza por parte del servicio de farmacia del ds la vega en coordinación con el equipo de la unidad de residencia.

**Resultados:** A partir de una valoración geriátrica integral adaptada a pacientes institucionalizados se recoge información sobre valoración médica, historia farmacológica, otros cuidados y tt's específicos, valoración enfermera y planes de cuidados consensuados con el personal de las residencias. Se dispone de la historia farmacológica del 100% de los pacientes institucionalizados de nuestro distrito. Elaboración de un documento de comunicación con la unidad donde se reflejan tanto la instauración como la suspensión de ttº de procesos agudos y crónicos. Desde la unidad se centraliza el 100% de las prescripciones y tramitación de las interconsultas. Lo que permite adjuntar en cada derivación tanto la patología del paciente como su historia farmacológica permitiendo así una mayor seguridad inter niveles. Revisión de ttos en el 10% de polimedicatedos para su posterior intervención.

**Conclusiones:** Establecer un procedimiento de centralización en la prescripción de fármacos y revisión de polimedication en pacientes institucionalizados.

P-285

## HACE FALTA QUE TE DIGA QUE ME MUERO POR TENER ALGO CONTIGO: EXPERIENCIA DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN TELEVISIÓN

A. López, M. Girbés, C. Salgado, C. Rodríguez, M.A. Fernández y F. Esteban  
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

P-286

**Palabras clave:** Educación para la salud, Comunicación.

**Objetivos:** Establecer un marco de colaboración entre una cadena de televisión local (Localia-Fuenlabrada) y el área nueve de atención primaria de Madrid, con el fin de fomentar el conocimiento de nuestra organización y transmitir contenidos relacionados con la educación para la salud.

**Metodología:** En el 2004 aprovechando las Campañas de vacunación de Meningitis y Gripe, el Área 9 de Atención Primaria inició una colaboración semanal con la cadena de televisión local, Localia Fuenlabrada. Un miembro de la Dirección es el encargado de presentar y coordinar el programa que, con el nombre "Curarse en Salud", tiene una duración aproximada de 30 minutos y se emite en la citada cadena todos los martes a las 19:30. Los contenidos y profesionales entrevistados son seleccionados por un grupo de la Dirección. Se han realizado 24 programas, en los que han participado 2 trabajadores sociales, 2 fisioterapeutas, 1 matrona, 1 auxiliar administrativo, 12 médicos y 9 enfermeros.

**Resultados:** En nuestra sociedad existe la tendencia de clasificar como enfermedades los problemas de las personas. Contrarrestar este proceso de medicalización fue desde el principio uno de los objetivos del programa. Se ha pretendido evitar la fórmula tradicional de muchos programas de salud que finalizan inexorablemente con el "acude a su médico". Se han propuesto enfoques "desmedicalizadores" de procesos fisiológicos como la menopausia o la osteoporosis. Otro de los objetivos era favorecer el conocimiento de los profesionales de los EAP: en qué consiste su trabajo y cómo se organizan en el centro de salud. "¿Algún mensaje para la población?", preguntaba el moderador del programa a un administrativo de un centro de salud, "que nos ayuden a atenderles 'responda ella'. Los contenidos sobre la utilización racional de los recursos disponibles han sido usuales. El uso racional del medicamento es atendido en multitud de programas (utilización de antibióticos, de AINE, de ansiolíticos) proponiendo aspectos ligados a la automedicación responsable e indicaciones sobre el botiquín doméstico. Existe la posibilidad de utilizar el material elaborado en las salas de espera o como material de apoyo a algunos de los grupos de educación para la salud del área.

**Conclusiones:** La utilización de los medios de comunicación para realizar educación para la salud puede ser una realidad. Por lo pronto hemos conseguido dos de los objetivos secundarios que pretendíamos: motivar a los profesionales, que ven realizado y prestigiado su trabajo, y divertirnos.

## PROGRAMA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS Y PROPUESTAS PARA SU PREVENCIÓN

J. Mateos, P. Moya, M. Fernández, M. Martínez, J. Cia y M. Remírez  
Hospital Virgen de la Salud Toledo.

P-287

**Palabras clave:** Errores de medicación.

**Objetivos:** Evaluar los errores de medicación (EM) notificados al Servicio de Farmacia (SF) con el objetivo de establecer estrategias de mejora en el proceso fármaco-terapéutico.

**Métodos:** El SF implementó un programa prospectivo-descriptivo de notificación voluntaria de EM originados en el servicio de Medicina Interna (MI) en el período del 18 al 27-mayo 2005. Se analizan y clasifican los EM notificados en el proceso de prescripción-transcripción-dispensación y administración de medicamentos utilizando un formulario basado en el modelo del ISMP-España. Los errores de prescripción se detectan mediante la revisión en el SF de todas las Ordenes Médicas (OM), la revisión de la transcripción farmacéutica y la revisión de los carros de dosis unitaria (DU) permitió identificar los errores potenciales de transcripción y dispensación. Adicionalmente se desarrolló un programa de notificación voluntaria y anónima en el servicio de MI.

**Resultados:** Se revisaron 449 OM que contenían 3.859 líneas de prescripción, fueron detectados 102 EM, la tasa de error fue de 2,64%, 2,58 errores/ingreso. El 59,80% de los EM se detectó por el SF en la validación farmacéutica, un 27,45% se interceptó por el personal de enfermería de farmacia y el 12,75% fue notificado por el personal de MI. Durante la prescripción se produjo un 57,84% (de éstos un 38,98% debido a la prescripción de medicamentos no incluidos en guía fármaco-terapéutica del hospital), seguido por errores de dispensación (27,45%) de los que fueron abortados el 78,57% mediante la revisión del carro de DU; 8,82% fueron errores de trascipción y el 5,88% de administración. Por el tipo de incidente: 38 EM causados por medicamento erróneo, 18 frecuencia errónea, 17 por omisión de dosis, 10 por dosis incorrecta, 10 por vía y 7 por forma farmacéutica errónea. Los medicamentos implicados se incluyen en el SNC (20,59%), aparato circulatorio (19,61%), antiinfecciosos (14,71%) y aparato digestivo (13,73%).

**Conclusiones:** El análisis de los EM notificados permite identificar las causas e incidir en los puntos débiles del sistema. El programa debe desarrollarse en todo el hospital con el objeto de monitorizar la seguridad a través de la implicación y concienciación de todo el personal en la corresponsabilidad en la seguridad del paciente. Se debe mejorar la calidad de la prescripción mediante la elaboración y difusión de una normativa de prescripción y la implantación de sistemas de prescripción electrónica.

## APLICACIÓN DE CICLOS DE MEJORA A LA ATENCIÓN CONTINUADA Y URGENTE

C. Jiménez, M. Hernández, C. Villa, E. Gómez, S. Al-Khatib y A. Miquel  
Gerencia Área 8 Atención Primaria. Madrid.

P-288

**Palabras clave:** Ciclo de mejora, Proceso, Atención Continuada.

**Objetivos:** 1. Aplicar un ciclo de mejora a la atención continuada y urgente (ACyU). 2. Detectar áreas de mejora en el desempeño, procedimientos y estructura. 3. Definir el proceso "Atención Continuada y Urgente".

**Método:** Se ofreció a todo el Área la participación. Los profesionales interesados y dos representantes de una de las subdirecciones asistenciales, constituyeron un grupo de mejora. Se plantearon los objetivos del grupo y se identificaron y priorizaron las áreas de mejora. Se definieron las actuaciones a llevar a cabo. Se dividió el grupo inicial en tantos grupos como áreas de mejora priorizadas, haciendo una distribución homogénea de sus componentes por categorías profesionales y ámbitos de trabajo (mayor diversidad posible de enfoques). Quedó unificada la dinámica de trabajo.

**Resultados:** (Resultados intermedios). Grupo de Mejora de la ACyU formado por 18 profesionales (médicos de familia, enfermeros, pediatras, subdirección asistencial), de distritos urbano y rural. Objetivos del Grupo: mejorar las condiciones de prestación de la ACyU; mejorar la percepción y la satisfacción de los profesionales; unificar el desempeño de la asistencia. Identificación de las áreas de mejora: 1. Dotación de recursos. Espacios. 2. Circuitos y registros. 3. Formación. 4. Satisfacción. Se priorizó la dotación de material sanitario y medicación y la identificación y definición de circuitos. Cada grupo se encuentra en un momento de trabajo distinto: - Grupo "Material sanitario": finalizada planificación. - Grupo "Medicación": evaluando situación actual. - Grupo "Circuitos": identificación de circuitos y priorización. Otras actividades e iniciativas: Formación (realización del curso "Monitores Reanimación Cardiopulmonar Básica"; diseño de encuesta sobre necesidades sentidas de formación en el ámbito de la urgencia); Satisfacción (de los integrantes, con el trabajo desarrollado); elaboración de guías clínicas de la patología pediátrica aguda y urgente más frecuente.

**Conclusiones:** 1. La participación de los profesionales es fundamental para la detección de áreas de mejora (conocen la situación de partida). 2. La participación en ciclos de mejora permite familiarizarse con dinámicas de trabajo aplicables a todos los ámbitos de la actividad. 3. El conjunto del trabajo realizado hará que quede definido y desarrollado el proceso "Atención Continuada y Urgente". 4. La contribución a la mejora genera satisfacción. Los resultados parciales obtenidos y la implicación de la Dirección son fuente de motivación y nuevas iniciativas.

## ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS PACIENTES CON LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

S. Lorenzo, P. Orbes, P. Hernández-Granados, F.J. García-Sánchez y B. González  
Fundación Hospital Alcorcón.

P-290

**Palabras clave:** Gestión procesos, CMA, Satisfacción de pacientes.

**Introducción:** Cada vez más las intervenciones quirúrgicas en nuestro medio se realizan mediante técnicas que permiten al paciente volver a su domicilio el mismo día de la intervención y supone una alternativa a la cirugía tradicional con hospitalización. Sin embargo, no teníamos información sobre el grado de satisfacción de los pacientes que reciben asistencia mediante este proceso en nuestro centro.

**Objetivo:** Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con la cirugía mayor ambulatoria.

**Material y método:** *Ámbito:* hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, con un área de referencia de 220.000 habitantes. *Cuestionario:* Encuesta de Opinión del Paciente sobre Asistencia Sanitaria para Cirugía Sin Ingreso desarrollada por la Comunidad Valenciana en 2001. La encuesta cuenta con 12 preguntas de fácil comprensión y respuesta (escala de 1 a 5 puntos) y 13 preguntas más sobre el tiempo de permanencia en lista de espera, variables demográficas, etc. *Tipo de estudio:* Estudio transversal que utiliza encuesta anónima. *Sujetos:* Todas las altas ocurridas en el período de estudio en CMA. *Período de estudio:* 3 semanas consecutivas en enero y febrero de 2005. *Procedimiento:* sistemas de información suministra la base de datos con la filiación del paciente. A las 3 semanas de la intervención se remite el envío (carta de presentación, encuesta y sobre prefranqueado). El período de recepción de encuestas es de 2-3 semanas. *Análisis:* descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Se enviaron 557 encuestas y se recibieron 213 (39,74%). Análisis de fiabilidad y validez de los datos mediante Alpha de Cronbach (0,9374.). Edad media: 52,12 años; 51,2% varones. 46% de los pacientes tenían estudios primarios y 15% sin estudios. La satisfacción global media fue 3,87 sobre 5 (desviación típica 0,905). Las variables mejor valoradas fueron: atención quirúrgico (4,21), amabilidad (4,16) y atención enfermería (4,00); mientras que las que obtuvieron puntuaciones más bajas: apoyo post intervención (3,32), consulta post intervención (3,41) e información familiar (3,59). Las variables que actualmente determinan la satisfacción de los pacientes con la cirugía mayor ambulatoria en el análisis factorial en nuestro centro han sido: el resultado de la intervención (24,5%), el aspecto general de las instalaciones (28%), la amabilidad (32%) y la consulta posterior a la intervención (14%).

## ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD PADES

A. Castellví, M. Liras, A. Gejo y P. Cazeneuve  
PADES L'Hospitalet ICS.

P-291

**Palabras clave:** Satisfacción, Usuario.

**Introducción:** Somos un equipo de soporte en la mejora de atención primaria que tras años de asistencia directa con pacientes y familias nos gustaría conocer como viven y aceptan nuestra intervención profesional en su domicilio.

**Objetivo:** General: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del servicio PADES. Específicos: Monitorizar la opinión de los usuarios en relación al servicio PADES a lo largo del tiempo. Contribuir a una mejora continua de la calidad dentro del servicio. Detectar situaciones mejorables.

**Material y método:** 1. Elaboración de un proyecto de mejora de calidad. 2. Elaboración de un cuestionario con 22 ítems: 4 cualitativos y 17 cuantitativos (EVA) que abarcan tanto ámbitos estructurales como de atención, y se refieren a aspectos objetivos y subjetivos del proceso, y una pregunta abierta para reflejar comentarios y sugerencias. 3. Validación del cuestionario. 4. Realización de las entrevistas vía telefónica (agencia externa). 5. Evaluación de resultados.

**Resultados:** El nivel de satisfacción global es 9,0534 desv. tip. 0,85803. Los ítems más valorados fueron: trato recibido (9,39 desv. tip. 0,862), capacidad de escucha (9,29 desv. tip. 0,957), confianza en el servicio (9,22 desv. tip. 1,046) y respeto a la intimidad (9,18 desv. tip. 1,093). Los ítems menos valorados fueron: respuesta telefónica (8,32 desv. tip. 1,589), horario (8,69 desv. tip. 1,278), atención telefónica (8,83 desv. tip. 1,239).

**Conclusiones:** Los usuarios del servicio PADES han manifestado un grado de satisfacción alto en relación a la atención recibida, y recomendarían nuestro servicio. Un 66,8 encontraron el servicio mejor de lo que esperaban y sólo un 2,1 peor. El tiempo de espera entre la demanda del servicio y la primera visita es breve o aceptable.

**Comentario:** La elaboración de este proyecto nos ha servido para detectar áreas de mejora en las cuales debemos centrarnos para ofrecer una mayor calidad a los usuarios de nuestro servicio.

## DIFERENTES ATENCIÉNES REGISTRADAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS, ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIOS CENTRALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

M.P. Rodríguez-Martínez, A. Canovas-Inglés, D.A. Miñano-Sarabia, C. Alarcón-Martínez, P. Abellán-Fernández y J.E. Calle-Urra  
Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

**Palabras clave:** Atenciones, usuarios/pacientes, satisfacción.

**Objetivos:** Analizar las atenciones registradas en los hospitales, centros de atención primaria y servicios centrales de la Región de Murcia.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Emplazamiento: Servicios de Atención al Usuario de 8 Hospitales públicos, 76 zonas de salud y los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad. Tarjetas sanitarias individuales 1.248.236 (TSI) a 31-12-2004. Muestra: todas las atenciones presentadas en los Servicios de Atención al Usuario durante el año 2004. Variables estudiadas: motivo de la atención, fecha, procedencia, existencia de respuesta.

**Resultados:** Total atenciones recogidas: 14.921. Distribución: 43% Servicios Centrales, 31% Hospitales y 26% Gerencias. Bloques: Entorno a la Asistencia (43,2% - 6452), Acceso Asistencial (33,6% - 5016), Proceso Asistencial (13,90% - 2073), Resultado asistencial (5,6% - 830) y Prestaciones (3,7% - 550). Hospitales y Gerencias de Atención Primaria el más frecuente fue el de "Acceso" (59% - 2760 y 56% - 2134, respectivamente) y en Servicios Centrales el de "Entorno" (96% - 6152). Grupos, el 70% de las atenciones corresponden a Recepción, acogida y actividades (41,6%), Lista de Espera (14,6%) y Planificación, Organización y Coordinación (10,6%). En hospitales el más frecuente: "Lista de Espera" (43% - 1995), en Atención Primaria: "Cambio de Profesional" (38,2% - 1468) y en Servicios Centrales: "Recepción, Acogida y Actividades" (96% - 6151). Motivos, los más frecuentes: "Información General del Centro" (41,6% - 6213) y "Cambio de Médico" (10,4% - 1551). En Hospitales el más frecuente: "Lista de Espera en Consultas" (25,4% - 1180), en las Gerencias de Atención Primaria: "Cambio de médico" (38,2% - 1468). Y en Servicios Centrales: "Información general del Centro" (96% - 6151).

**Conclusiones:** En Hospitales y Gerencias de Atención Primaria las atenciones que mas se registran son de "Accesibilidad a la Asistencia". A destacar en Atención hospitalaria las de "Listas de espera"; y Atención Primaria, las de "cambio de médico". En la Unidad de Defensa del Usuario de los Servicios sanitarios, las atenciones que mas se tramitan, son de "entorno asistencial". La actividad fundamental, es la de "información general" e "información de la Organización". El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.

## AUTOEVALUACIÓN SEGÚN MODELO EFQM EN LOS CENTROS AMBULATORIOS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ÁREA DE SALUD DE PAMPLONA

M.P. Jiménez, M. Aliaga, A. Sabalza, M. Vélez, A. Zabala e I. Beiztegui  
Centro de Consultas Príncipe de Viana. Navarra.

**Palabras clave:** Autoevaluación, modelo EFQM, Calidad.

**Objetivo:** Describir el proceso de Autoevaluación (AE), siguiendo el modelo EFQM, en los 4 Centros Ambulatorios de Asistencia Especializada donde se realizan las consultas de los hospitales del área de salud de Pamplona.

**Material y métodos:** En el proceso de AE participaron 30 personas que ocupaban cargos de responsabilidad. Se constituyó un Comité de Autoevaluación (CA) formado por 11 personas. Fases de desarrollo: 1) Formación en el modelo EFQM. 2) Elaboración de informe de situación de los centros. 3) Distribución de los 9 criterios del modelo en 4 grupos de trabajo (GT) para realizar la AE: cada grupo presenta su informe para discusión (enfoque, despliegue, evaluación y revisión, identifica puntos fuertes, áreas de mejora y puntuá cada subcriterio). 4) Revisión y ajuste, por el CA, de los informes de GT para valoración, consenso definitivo e identificación de áreas de mejora. 5) Matriz de priorización: según el impacto en los pacientes, en la organización y según la viabilidad de desarrollo y nivel de competencia. 6) Elaboración del Plan de Mejora. 7) Presentación del Plan al personal de la organización y a los equipos de cada área de mejora.

**Resultados:** Se obtuvieron 258 puntos, detectándose 68 puntos fuertes y 97 áreas de mejora distribuidas en los criterios de liderazgo, política y estrategia, personas, recursos y alianzas, procesos, resultados en clientes y resultados clave. Las áreas de mejora se agruparon en 26 y se priorizaron nueve: 1. Elaboración del Plan Estratégico. 2. Diseño y desarrollo de un cuadro de mando integrado. 3. Definición y desarrollo del mapa de procesos. 4. Digitalización de historias y generalización del uso de historia clínica informatizada. 5. Diseño y desarrollo de un Plan de Comunicación Interna. 6. Instauración de un sistema de relación y comunicación con directores de hospitales y coordinadores de especialidades. 7. Diseño y desarrollo de un Plan de Formación Continuada. 8. Realización de encuestas de clima laboral. 9. Elaboración de encuestas de satisfacción de usuarios.

**Conclusiones:** A. Mayor conocimiento de la situación de nuestra organización. B. Elaboración de un plan de mejora anual consensuado y desarrollo del plan estratégico. C. Mayor cohesión del equipo de dirección fomentando la participación de miembros clave e implicando a las personas de la organización.

P-293

## DIFERENTES ATENCIÉNES REGISTRADAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS, ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIOS CENTRALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

M.P. Rodríguez-Martínez, A. Canovas-Inglés, D.A. Miñano-Sarabia, C. Alarcón-Martínez, P. Abellán-Fernández y J.E. Calle-Urra  
Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

**Palabras clave:** Atenciones, usuarios/pacientes, satisfacción.

**Objetivos:** Analizar las atenciones registradas en los hospitales, centros de atención primaria y servicios centrales de la Región de Murcia.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Emplazamiento: Servicios de Atención al Usuario de 8 Hospitales públicos, 76 zonas de salud y los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad. Tarjetas sanitarias individuales 1.248.236 (TSI) a 31-12-2004. Muestra: todas las atenciones presentadas en los Servicios de Atención al Usuario durante el año 2004. Variables estudiadas: motivo de la atención, fecha, procedencia, existencia de respuesta.

**Resultados:** Total atenciones recogidas: 14.921. Distribución: 43% Servicios Centrales, 31% Hospitales y 26% Gerencias. Bloques: Entorno a la Asistencia (43,2% - 6452), Acceso Asistencial (33,6% - 5016), Proceso Asistencial (13,90% - 2073), Resultado asistencial (5,6% - 830) y Prestaciones (3,7% - 550). Hospitales y Gerencias de Atención Primaria el más frecuente fue el de "Acceso" (59% - 2760 y 56% - 2134, respectivamente) y en Servicios Centrales el de "Entorno" (96% - 6152). Grupos, el 70% de las atenciones corresponden a Recepción, acogida y actividades (41,6%), Lista de Espera (14,6%) y Planificación, Organización y Coordinación (10,6%). En hospitales el más frecuente: "Lista de Espera" (43% - 1995), en Atención Primaria: "Cambio de Profesional" (38,2% - 1468) y en Servicios Centrales: "Recepción, Acogida y Actividades" (96% - 6151). Motivos, los más frecuentes: "Información General del Centro" (41,6% - 6213) y "Cambio de Médico" (10,4% - 1551). En Hospitales el más frecuente: "Lista de Espera en Consultas" (25,4% - 1180), en las Gerencias de Atención Primaria: "Cambio de médico" (38,2% - 1468). Y en Servicios Centrales: "Información general del Centro" (96% - 6151).

**Conclusiones:** En Hospitales y Gerencias de Atención Primaria las atenciones que mas se registran son de "Accesibilidad a la Asistencia". A destacar en Atención hospitalaria las de "Listas de espera"; y Atención Primaria, las de "cambio de médico". En la Unidad de Defensa del Usuario de los Servicios sanitarios, las atenciones que mas se tramitan, son de "entorno asistencial". La actividad fundamental, es la de "información general" e "información de la Organización". El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.

P-292

## ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA EN EL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

M. Muros, A. Pérez, E. Viejo y N. Bañón  
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

P-294

**Palabras clave:** Satisfacción usuario Calidad percibida.

La satisfacción de los usuarios atendidos en los centros sanitarios es uno de los indicadores más importantes de resultado del proceso asistencial y su medida una herramienta imprescindible en el proceso de mejora continua de la calidad. El objetivo de este estudio es conocer el grado de satisfacción en los pacientes que acuden a la sala de extracciones del Servicio de Análisis Clínicos de nuestro Hospital. Se realizó un estudio observacional descriptivo con tamaño muestral de 400 pacientes seleccionados de forma aleatoria, estratificando por día de la semana y por los tres tipos de circuitos que siguen los pacientes (pediatría, urgencias y rutina). Se elaboró un cuestionario para autocumplimentación en el mismo centro, con 11 preguntas cerradas de escala categórica ordinal. Se realizó un pre-test con 20 encuestas antes de elaborar la versión definitiva. Las variables estudiadas fueron el trato personal, confort, información suministrada, accesibilidad y organización. La edad media de los pacientes que contestaron la encuesta fue 40 años (sd = 18), con 66% de mujeres vs. 33% de varones. La variable mejor valorada fue el trato personal tanto en la sala de extracciones como en ventanilla de recepción y celadores que un 86,7, 81,9 y 89,1% respectivamente consideraron buena. En cuanto al confort sólo un 33,4% de los pacientes consideraron cómoda la sala de espera aumentando el porcentaje al 63,5% cuando se les preguntaba por la sala de extracciones. La información suministrada fue considerada buena por un 77,3% de nuestros usuarios. Entre los pacientes que acudían por primera vez al Laboratorio (29,5%) encontraron fácil el acceso un 69,2% vs. el 81,9% de los que repetían. El tiempo medio estimado por el paciente para la extracción fue de 37 minutos (sd = 22), considerado alto por un 28,2% de los pacientes. En el circuito de urgentes la media se redujo a 21 minutos (sd = 15), mostrando éstos un perfil diferente con mayor satisfacción en todas las variables analizadas. Consideraron que había mejorado mucho nuestro servicio un 43,0% de los pacientes que lo habían utilizado previamente. Como en encuestas previas, el trato personal es la variable con mayor grado de satisfacción en nuestros pacientes. A pesar de los últimos cambios realizados en el área de toma de muestras tan sólo la mitad de los pacientes lo valoraron positivamente, por lo que debemos mejorar la sala de espera así como la organización de nuestros circuitos para reducir los tiempos de estancia mejorando la satisfacción de nuestros usuarios.

**Palabras clave:** Atención, Pacientes, Extranjeros.  
El Hospital Universitario Joan XXIII, desde su Unidad de Atención al Usuario, en colaboración con la Universidad Rovira i Virgili, ha impulsado un programa de soporte para pacientes extranjeros que acceden al Hospital mediante el servicio de Urgencias. Con este programa se pretende dar la máxima cobertura y atención a un sector de la población cada vez más amplio en la provincia de Tarragona. Desde hace 5 años, dos estudiantes de cursos superiores de Filología realizan servicios de traducción e interpretación médica y administrativa, contactan con la aseguradora médica del paciente, localizan a las familias y conversan con el paciente en caso de soledad y/o depresión. Hay que destacar que estas dos personas prestan servicios en los siguientes idiomas: inglés, francés, italiano, alemán, holandés y ruso. El 96% de los inmigrantes marroquíes hablan francés, para el 3% restante se contacta con el mediador cultural. Dado el incremento detectado en los últimos tres años, durante los meses de veranos (junio, julio, agosto y septiembre) de 2004, se recogieron y registraron todas y cada una de las intervenciones dirigidas a este perfil de pacientes, resultando 854 las acciones totales. Este seguimiento ha proporcionado dos perfiles determinados cada vez más numerosos: un hombre, inmigrante, de 35 a 60 años, y que en un 36% de los casos no tiene cobertura sanitaria. El otro perfil es el de un jubilado centro europeo y/o británico, con una segunda residencia en el área de influencia del hospital.

#### IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO UNIFICADOR DE LA EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA VISITA MÉDICA

O. González, G. Roura, T. Penigot, C. Moya y M. Vadillo  
Hospital de Sant Boi.

**Palabras clave:** Unificación circuito-satisfacción.

**Estudio:** Impacto de la implantación de un proceso unificador de la exploración Complementaria y la visita médica en la Consulta Externa especializada. Centro: Hospital de Sant Boi.

**Introducción:** Es habitual en la atención ambulatoria la duplicidad de esfuerzos tanto por parte del paciente (viajes repetidos a la consulta) como de la entidad sanitaria (repetición innútil de circuitos, riesgos de pérdidas, etc.). Así ocurre en aquellas ocasiones en que el paciente tras la realización de una prueba complementaria, cuyo resultado se dispone en el momento, debe acudir otro día a la cita del especialista para disponer o recoger de ésta.

**Objetivos:** Evaluar el impacto en la satisfacción del usuario de la creación de un proceso que unifica la exploración complementaria y la visita médica en la Consulta Externa especializada.

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo intervencional realizado en el Hospital de Sant Boi, un hospital comarcal barcelonés con un área de influencia de 121.380 habitantes, 136 camas de agudos y una Consulta Externa especializada con 143.332 visitas/año. Se ha analizado de forma prospectiva la satisfacción del paciente tras la implantación del proceso que unifica la exploración complementaria y la visita médica en la Consulta Externa y se ha comparado con los resultados obtenidos en la fase de pre-implantación de la medida. Los servicios estudiados son: Cardiología, Ginecología, Traumatología, Pneumología, Reumatología. La satisfacción del usuario se ha medido mediante el análisis de reclamaciones por lista de espera, encuestas de satisfacción y detección de incidencias en pérdidas de documentos clínicos.

**Resultados:** A pesar del aún corto período de tiempo estudiado se ha observado una tendencia a la disminución de las reclamaciones por lista de espera (17 en la fase preimplantación y 10 postimplantación; eliminando las que están relacionadas con prótesis); no se han observado cambios en cuanto a los episodios de pérdidas de documentos clínicos (14 episodios preimplantación versus 17 postimplantación). Las encuestas muestran una mejora en los trámites de Consulta Ex-terna: menos (70% versus 78%), más fáciles (68% versus 82%) y más cortos (44% versus 56%).

**Conclusiones:** A pesar de que se requiere más tiempo de seguimiento, los datos obtenidos sugieren que tras la implantación de un proceso que unifica la exploración complementaria y la visita médica en la Consulta Externa se puede obtener un aumento de la satisfacción de los pacientes y familiares.

**Palabras clave:** Diabetes, satisfacción.

**Objetivo:** Aumentar el grado de satisfacción del usuario que necesita material de diabéticos, informatizando su reparto mediante OMI. Conseguir mayor accesibilidad, trato personalizado y fomentar un uso más racional del material.

**Material y métodos:** Se procede a utilizar el programa de OMI (Inicio y seguimiento autocontrol diabético) para mejorar el registro del material que se administra. Hasta entonces el reparto se realizaba mediante sistema de fichas personalizadas. Para comprobar la satisfacción del usuario se realiza encuesta a 31 pacientes escogidos al azar antes de la instauración del nuevo protocolo y después de 3 meses de instaurado el mismo.

**Resultados:** El nuevo sistema de reparto de material (en consulta con la propia enfermera y con control informático) es considerado accesible en un 80,65% frente al 64,51% del anterior método. El nuevo protocolo obtuvo una puntuación general de 8,5 frente al 6,5 que puntuó la mayoría de pacientes al antiguo. Se aprovecha el reparto de material para realizar educación sanitaria y seguimiento de la enfermedad valorándose estos consejos como positivos en un 77,42%. El 54,84% de los pacientes reconoce hacer un uso más racional del material actualmente.

**Conclusiones:** El proceso de informatización del reparto de material diabético ha supuesto un aumento de la satisfacción del usuario, mejor seguimiento y control de la enfermedad y un uso más racional del material con la consiguiente reducción del gasto.

#### EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.E. Sánchez-Basallote, A.M. Mansilla-Romero  
y F. Panal-Garrido  
Distrito APS Sierra de Cádiz.

**Palabras clave:** Satisfacción de usuarios. Encuestas. Atención Primaria.

**Objetivo:** Analizar la evolución del Índice de satisfacción de usuarios (ISU) del Distrito de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz desde 1999 a 2004.

**Métodos:** Estudio de tipo descriptivo transversal. Como fuente de datos se han tomado los resultados de 9 variables de las encuestas de satisfacción de usuarios anuales desde 1999 a 2004, que sirven para el cálculo del ISU definido por el Servicio Andaluz de Salud (SAS). El porcentaje de satisfacción de cada variable se valora mediante una tabla definida por el SAS que establece los intervalos, las escalas y los valores. Todas las variables no tienen el mismo peso relativo y el máximo de puntos que se puede alcanzar es 100. Los resultados del Distrito se han comparado con los de la media de Andalucía.

**Resultados:** Desde 1999 hasta 2004, los valores medios anuales de usuarios satisfechos en el Distrito (mínimo [m]; máximo [M]; desviación estándar [DE]) y la media de Andalucía, respectivamente, han sido: Satisfacción general con el Centro: 89,7% (m: 84,5; M: 92,1; DE: 2,7) y 87,7% (m: 85,9; M: 89,7; DE: 1,4). Correcta identificación de los profesionales: 76,9% (m: 69,4; M: 78,9; DE: 3,7) y 75,9% (m: 69,1; M: 85,2; DE: 6,2). Tiempo de dedicación de los médicos de familia y pediatras: 90,2% (m: 87,9; M: 92,5; DE: 1,8) y 87,9% (m: 84,5; M: 91,1; DE: 2,7). Atención domiciliaria de enfermería: 96,7% (m: 96,3; M: 99,1; DE: 1,4) y 96,2% (m: 94,7; M: 97,2; DE: 1,0). Adecuación de horarios del Centro para los usuarios: 88,6% (m: 85,5; M: 91,5; DE: 2,7) y 86,2% (m: 83,1; M: 90,2; DE: 2,9). Información recibida sobre tratamientos a seguir: 91,5% (m: 87,5; M: 94,6; DE: 2,7) y 89,9% (m: 86,7; M: 92,7; DE: 2,2). Respeto con el que se le trata en el Centro: 91,3% (m: 86,3; M: 94,7; DE: 3,2) y 91,8% (m: 90,5; M: 93,8; DE: 1,1). Recomendaría el Centro a un familiar o amigo: 88,8% (m: 82,5; M: 93,1; DE: 3,5) y 88,0% (m: 85,9; M: 90,6 DE: 1,8). Organización general del Centro: 75,9% (m: 71,7; M: 82,8; DE: 4,9) y 75,6% (m: 71,4; M: 80,0; DE: 3,2). El ISU obtiene un valor medio en el Distrito de 49,38 (m: 36,75; M: 64,00; DE: 11,6) y en la media de Andalucía de 42,46 (m: 30,00; M: 55,25; DE: 9,3).

**Conclusiones:** El Distrito de APS Sierra de Cádiz obtiene en los seis años de análisis de las variables del ISU una media superior a la media de Andalucía en todas, excepto en la variable referente al respeto con el que se le trata en el Centro, que muestra valores muy similares, siendo el ISU superior en el Distrito con respecto a la media de Andalucía. Permite establecer estrategias de mejora para incrementar la satisfacción de los usuarios.

**ESTUDIO IMAGEN FUNCIONAL CONSORCIO SANITARIO INTEGRAL**

P. Tejero-Cabello, X. González y S. Nofuentes  
Hospital General de L'Hospitalet.

**P-299****Palabras clave:** Opinión cliente claves.

**Objetivos:** Conocer Imagen Funcional CSI entre clientes claves. Conocer qué opinan del CSI e identificar prioridades. Responder a preguntas del Equipo Directivo.

**Métodos:** Se ha llevado a la práctica un estudio basado en encuestas telefónicas y se han realizado dos grupos focales con clientes claves. Adicionalmente, en la citada reunión de trabajo con el equipo directivo, se identificaron los que serían en su opinión los puntos fuertes del Consorcio y sus debilidades desde el punto de vista de los pacientes. Estas manifestaciones se han contrastado con las opiniones de los informantes clave.

**Resultados:** CSI no es conocido. No se sabe qué centros lo integran. No se conoce su estructura. No se conocen sus actividades. No llega información. Los más conocidos: H. General Hospitalet y H. 2 de Mayo. Residencia Companys. "...buena calidad pero excesiva burocracia..." 2/3 imagen positiva, asociada a calidad asistencial (fundamentalmente técnica, profesionalidad). 1/4 quejas respecto del trato. *Muy positivo:* Calidad. Profesionalidad. I+D. Aceptación crítica. Mejora. *Positivo:* Equipamientos. Tecnología. Fiabilidad. Accesibilidad. Trato (HGH). *Negativo:* Capacidad de respuesta. Listas de espera. Trámites alta y baja. Coordinación entre niveles. Información.

**Conclusiones:** Analizar la imagen que los ciudadanos poseen de una organización de servicios como es el Consorcio Sanitario Integral es un pre-requisito para incrementar los niveles de calidad percibida La imagen funcional del consorcio es, para una mayoría de líderes, positiva. El estudio es una herramienta útil para la incorporación de acciones de mejoras en la gestión y la planificación de nuevos servicios.

**RAPIDEZ, PUNTUALIDAD, AGILIDAD EN LOS TRÁMITES Y BUEN TRATO SON LAS DEMANDAS DE LOS PACIENTES**

E. Altarribas, J.I. Barrasa, D. Judez, R. Peinado, T. Escribano y T. Antoñanzas  
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

**P-300****Palabras clave:** Satisfacción, pacientes, encuestas.

**Objetivo:** Analizar las sugerencias y comentarios expresadas libremente por los pacientes de las consultas externas del HCU en una encuesta de satisfacción. Dicha encuesta se realizó al haber sido priorizada como área de mejora en la autoevaluación EFQM 2002.

**Material y método:** Se recopilaron todos los comentarios anotados libremente por los pacientes en las encuestas de satisfacción sobre CE, entre el 25 octubre y 4 noviembre de 2004, tras muestreo aleatorio sistemático. Los comentarios/sugerencias se analizaron individualmente por tres personas (equipo unidad de calidad), hasta obtener los mensajes clave. Posteriormente en una reunión se consensuó se repasó cada comentario, uno a uno hasta llegar a una acuerdo sobre el número y tipo de mensaje expreso. Se realiza aquí un análisis descriptivo de los datos.

**Resultados:** 1700 encuestas distribuidas, 734 contestadas (tasa de respuesta 43,1%). En 184 (25%) había escritas sugerencias, de las que se extrajeron 300 mensajes, 38 positivos (12,7%) y 262 críticos (87,3%). Se identificándose 17 tipos de mensajes: Trato personal, puntualidad/tiempo de espera, juicios/impresiones generales, instalaciones, limpieza, confort, problemas de coordinación, demora para obtener consulta, problemas con citación (filas), acceso al centro, petición de recursos, confidencialidad, problemas de calidad científico técnica, información, cambio de médico, trato discriminatorio, relación profesional/paciente y problemas asistenciales concretos (pérdida de historia). Los comentarios positivos más frecuentes hacían referencia al buen trato personal (31,6%) o a la puntualidad de la atención (28,9%) y los comentarios críticos a las listas de espera y la demora para obtener una consulta (19,9%), a la falta de puntualidad (46,6%), al tiempo gastado en ventanilla para gestionar una cita (9,2%) y al trato personal incorrecto (8%).

**Conclusiones:** Los pacientes de CE parecen demandar algo similar a lo que se demanda en cualquier otra organización de servicios: tiempo de respuesta rápida ante la necesidad del servicio (reducción de la demora), compromiso de los profesionales con lo que prometen al ofrecer una determinada hora de cita (puntualidad), facilidad en los trámites eliminando las "colas" y buen trato personal.

**ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS QUE PRECISAN VISADO EN LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO**

I. Juan, V. Ojeda, M. Ruiz, A. Díaz, L. Fernández y M. García  
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla.

**P-301****Palabras clave:** Visado compasivo medicamentos.

**Introducción:** Los Estados han establecido políticas tendentes a garantizar la utilización de los medicamentos sólo en la forma para la que ha sido demostrada científicamente su eficacia y seguridad. Así, en España nace el concepto de indicación legalmente establecida. La indicación para la que el médico prescribe un medicamento o producto sanitario deberá corresponderse obligatoriamente con una de las indicaciones autorizadas por el órgano competente, la Agencia Española de Evaluación de Medicamentos. Se define como uso compasivo la utilización fuera de las indicaciones aprobadas, al circunscribirse a un enfermo concreto y sólo para fines terapéuticos.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer la utilización que se hace en los H.H.U.U. Virgen del Rocío, un hospital de tercer nivel, de los fármacos que precisan visado.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, utilizando la base de datos de pacientes creada para el control de visados que se realizan en el centro. Los datos están referidos al período 2004-2005.

**Resultados:** Distribución de la utilización de los fármacos que precisan visado por servicios hospitalarios y por indicaciones.

**DEFINICIÓN DE LOS PROCESOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO**

J.J. Álvarez-Ossorio, E. Valverde, M.D. García, S. Sánchez y L. Fernández  
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla.

**P-302****Palabras clave:** Procesos. Usuarios. Mejora.

**Introducción:** Los Hospital Universitarios Virgen del Rocío, en su estrategia de mejora de los servicios de atención al usuario, ha desarrollado un plan en cuya elaboración y ejecución han participado profesionales del Hospital en distintas fases. Una de ellas ha sido la definición y descripción del mapa de procesos de los servicios de Atención al Usuario. Coordinado por el director de calidad del Hospital y con la colaboración de dos profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se constituye el comité de expertos con el objetivo de definir y describir los procesos.

**Método:** La definición de procesos se inició con una tormenta de ideas que describió cinco procesos. Posteriormente, cada proceso fue trabajado de forma individual y discutido en grupo en sesiones diferenciadas.

**Resultados:** El póster describe gráficamente los cinco procesos resultantes: Información y Orientación. Derechos del Usuario. Prestaciones. Accesibilidad. Satisfacción. De cada uno de ellos se definen los subprocesos y sus límites de entrada y salida, con diagramas de flujo. La definición consensuada por todos los profesionales de los procesos de atención al usuario ha servido para el establecimiento de mejora que repercutan en la satisfacción del usuario.

**RECLAMACIONES: INSTRUMENTO DE ANÁLISIS, CAMBIO Y MEJORA**

A. Díaz, R. Orejón, S. Sánchez y L. Fernández  
Hospital universitario Virgen del Rocío.

**P-303****Palabras clave:** Análisis, cambio, mejora.

**Introducción:** Uno de los cauces establecidos para detectar el nivel de satisfacción de los ciudadanos con respecto al Sistema Sanitario Público Andaluz, es la formulación de reclamaciones y sugerencias. Entendemos por reclamación y sugerencia, cualquier declaración relativa a las expectativas y demandas del ciudadano que no han sido satisfechas. Así como cualquier escrito dirigido a la organización que sugiera una oportunidad de mejora. La Dirección de los HHUU Virgen del Rocío continúa en la línea de potenciar este instrumento, con el objetivo de favorecer una organización receptiva a las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos.

**Desarrollo:** Diseño de estrategias hacia un cambio cultural, que fomente en nuestros profesionales una cultura receptiva hacia las reclamaciones y sugerencias, para que no las perciban como un elemento beligerante del ciudadano, sino como algo enriquecedor y constructivo que nos proporciona una oportunidad de mejora. Diseño de herramientas que nos permitan realizar una evaluación no solo de los resultados obtenidos en la gestión de una reclamación, sino también de las medidas correctoras implantadas. Explotación informática de los datos recogidos con un nivel de descentralización adecuado. Análisis de la situación actual, a fin de realizar una revisión de los procedimientos que se están aplicando.

**Conclusiones:** Las contestaciones en plazo y con calidad potencian la imagen de nuestra organización. Las reclamaciones y sugerencias nos permiten detectar las principales fuentes de insatisfacción para los ciudadanos. La puesta en marcha de estrategias de mejoras incide positivamente en la satisfacción percibida por los ciudadanos.

**RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LOS MOTIVOS MÁS FRECUENTES QUE OCASIONAN RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Barragán-Pérez, M. Santiago-García, M. Moreno-Valero, G. Álvarez-Domínguez, R. Manrique-Medina, M. García-Charcos  
Gerencia de Atención Primaria. Murcia.

**P-304****Palabras clave:** Reclamaciones, ciclo de mejora, atención primaria.

**Objetivos:** Evaluar y analizar las reclamaciones presentadas en Centros de Atención Primaria. Intervenir sobre los motivos más frecuentes.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. **Emplazamiento:** Centros de Atención Primaria del Área de Salud de Cartagena, con 319.909 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) y 327.919 a 31 de Diciembre de 2003 y 2004, respectivamente. **Muestra:** todas las reclamaciones escritas presentadas durante los años 2003 y 2004. **Variables:** motivo, fecha, zona de salud de procedencia, existencia de respuesta y tiempo de tramitación. Análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Medidas correctoras en: sistemas de registro, comunicación e intervención en los motivos más frecuentes en la 1<sup>a</sup> evaluación.

**Resultados:** N° total de reclamaciones recogidas: 689 (2003) y 619 (2004). Tasa anual del Área/1000 TSI: 2,15 (2003) y 1,89 (2004). Por zonas de salud, las tasas/1000TSI anuales en 2003 fueron: La Manga (17,26), Los Alcázares (8,72), Mazarrón (4,25) y el resto de las zonas eran inferiores a 2,75. En 2004 fueron: La Manga (12,31), San Pedro del Pinatar (7,48) y el resto de las zonas inferiores a 2,69. Los motivos de reclamación más frecuentes fueron los mismos en los 2 años: por referencias a "insuficiencia de personal" (22,79% en 2003 y 16,69% en 2004), "demora en la asistencia" (16,69% en 2003 y 15,09% en 2004), por "cambio de médico" (12,48% en 2003 y 13,21% en 2004), por "organización y normas" (9,58% en 2003 y 9,72% en 2004), por "cita previa" (7,40% en 2003 y 6,82% en 2004) y por "trato del personal" (6,10% en 2003 y 4,93% en 2004). Respuesta: Todas antes de los 30 días.

**Conclusiones:** 1. Las zonas de salud del perímetro costero del Área (La Manga, Los Alcázares, Mazarrón, San Pedro del Pinatar), que atienden al mayor número de usuarios desplazados desde otras comunidades autónomas y otros países, son las que presentan mayores tasas. 2. Las reclamaciones más frecuentes se relacionan con la accesibilidad y son las que han experimentado mayor disminución. 3. No se ha recogido ninguna reclamación relacionada con los resultados en la atención en ninguno de los 2 períodos.

**RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

J. Valencia, J. Gonseth, P. Fluriache y F. Gragera  
Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina.

**P-305****Palabras clave:** Cuestionario, satisfacción, usuario.

**Objetivo:** Medir la satisfacción del usuario de Atención Primaria en el Área de Salud de Talavera de la Reina, para detectar puntos fuertes y áreas de mejora en nuestra asistencia.

**Método:** Se utilizó un cuestionario adaptado a nuestro ámbito, con un total de 19 ítems, valorando distintas dimensiones de la satisfacción. Sobre población atendida entre el 15 y 17 de Febrero de 2005, se seleccionaron muestras aleatorias, con representatividad para cada Zona Básica de Salud (ZBS). La mayoría de ítems realizan una afirmación con la que se está 'de acuerdo' o 'totalmente de acuerdo' (satisficho o muy satisfecho), 'en desacuerdo' o 'muy en desacuerdo' (insatisficho o muy insatisficho). Se administró el cuestionario de forma telefónica a los sujetos seleccionados, analizando los resultados de forma agregada y desagregada para cada ZBS.

**Resultados:** La muestra total calculada fue de 1.340 personas, con una respuesta del 84,25%. La satisfacción global fue de 7,86 sobre 10 (SD: 2,11). El 89,7% se mostraba satisfecho o muy satisfecho en relación con la accesibilidad a los centros (facilidad en citaciones), con un mínimo del 74,3% en las ZBS. Los 3 ítems que median satisfacción con limpieza, señalización y confortabilidad del centro mostraron porcentajes de satisfacción global (satisfichos y muy satisfechos) del 94%, 94% y 89% respectivamente; con mínimos, en este orden, del 85%, 86% y 69% por ZBS. La satisfacción con amabilidad y eficacia del personal administrativo fue del 75% y 77%, con mínimos en algunas ZBS del 16% debidos a un alto porcentaje (83%) de 'No Sabe' (NS) o 'No Contesta' (NC). Los 4 ítems sobre amabilidad y eficacia de médicos y enfermeros mostraron una satisfacción global superior al 93%, detectándose un mínimo del 74% en una ZBS, sobre eficacia del médico. Utilizaron la visita domiciliaria o las urgencias, en el último año, un 61% y 52% respectivamente, con mínimos por ZBS del 96% y 49% en este orden (aunque este último con 47% de NS/NC). Un 69% de la población acudió más de 8 veces a su Centro de Salud en el último año.

**Conclusiones:** Con una elevada utilización de los servicios, la satisfacción en la totalidad de cuestiones planteadas es muy positiva, siendo la visita domiciliaria el servicio mejor valorado. La insatisfacción mayor se registra en accesibilidad y urgencias, sin que supere el 5%. Esto plantea la necesidad de diseñar cuestionarios más sensibles, que detecten pequeños cambios dentro del alto nivel de satisfacción que se registra, e identifiquen precozmente cambios en la tendencia.

**LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA**

M.J. Esnaola, E. Zavala, A. Orube, R. Larretxea y F. Peinado  
Hospital Donostia. Servicio de Radioterapia.

**P-306****Palabras clave:** Satisfacción encuesta radioterapia.

En 2001, se diseña e implanta una encuesta de satisfacción a pacientes, como herramienta para conocer la satisfacción de los pacientes en el marco de la certificación ISO.

**Objetivo:** Conocer la evolución de la satisfacción de pacientes. Evaluar las áreas de mejora detectadas, y el impacto de los planes mejora implantados.

**Metodología:** Encuesta diseñada en 2001 que identifica 27 factores críticos de la atención y modificada en 2004, para eliminar preguntas y aclarar otras confusas. Periodicidad semestral mediante un corte transversal de 1 mes en pacientes que llevan una semana de tratamiento. Los datos se introducen en ACCESS y se realiza informe de resultados que son analizados en el seno de los 3 grupos de mejora del servicio quienes detectan las áreas de mejora y proponen planes de acción.

**Resultados:** Se especifican los resultados a lo largo de 6 períodos 2002, 2003-1, 2003-2, 2004-1, 2004-2, 2005-1. % de respuesta 30-80%, Satisfacción global 95-100%. AMABILIDAD Y TRATO Buen trato diferenciado por tipo de personal (Médicos, enfermeras, técnicos, administrativos) 85-100% Intimidad 90 al 100% INFORMACIÓN: Del tratamiento 84-95% Consentimiento informado 81-100% I información adicional 69-100% Atención médica 69-100% Nombre del médico 87-100% COORDINACIÓN Del equipo 93-100% Con otros servicios 65-100% Con ambulancias 40-95%. TIEMPOS DE ESPERA Tiempos de espera (< 15') Consulta 43-64% Simulación 43-74 Tratamiento 31-70% Atención hora citada 66-80% Información sobre retraso de consulta 50-57% INSTALACIONES Limpieza 100% Temperatura 92-100% Ambiente Confortable 86-100% Entretenimiento 57-86% Se han detectado 15 áreas de mejora y puesto en marcha 10 planes de acción: Modificar encuesta, Citar en el propio servicio, Informar al paciente del retraso de las consultas, intimidad en simulación, colocación de percheros, información a pacientes de simulación, estudio sobre tiempos de espera para tratamiento, folletos informativos, sillones de sala de espera, estudio de tiempos de espera para ambulancia.

**Conclusiones:** La satisfacción de los pacientes se sitúa en niveles muy elevados en todas las encuestas realizadas. Las áreas de mejora más importantes están en los aspectos de cumplimientos de horarios previstos e información de los retrasos. Las preguntas de la encuesta permiten evaluar los planes de acción implantados.

**PROYECTO DE MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, CENTRADO EN EL PACIENTE**

R. Baena, L.F. Cidoncha, P. Peña, J.A. Marín, M. Tejero y M.A. Santos  
UC de La Barca-SJV (SAS).

**Palabras clave:** Accesibilidad, paciente, plan.

**Objetivo:** Describir un proyecto de mejora de la atención sanitaria, orientada al paciente, que está inscrito a su vez en un Plan de Calidad global, dentro del ámbito de la Unidad Clínica (UC) de La Barca- San José del Valle (Cádiz).

**Métodos:** La UC es un centro de atención primaria perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. El equipo ha formado desde 2004, un grupo de trabajo (comisión de calidad), que está coordinado con otro correspondiente a nivel del Distrito Sanitario. La comisión de calidad de la UC, ha elaborado para el 2005, un Plan de Calidad, dividido en 4 áreas: *a)* atención al ciudadano, *b)* organización de servicios y planificación de profesionales, *c)* estructura y *d)* resultados. El desarrollo del área de atención al ciudadano se abordó de forma prioritaria. Se debatieron previamente las áreas de mejora, mediante el análisis de las encuestas de satisfacción de usuarios (2004), opiniones de informadores clave y análisis de reclamaciones de los usuarios.

**Resultados:** Se estratificaron los componentes de la atención al ciudadano en: *1)* información de servicios, *2)* accesibilidad, *3)* libertad de elección del ciudadano, *4)* confidencialidad e intimidad, *5)* continuidad asistencial. Se debatieron y priorizaron medidas correctoras en función de las áreas de mejora detectadas. Finalmente se realizó un catálogo de las acciones de mejora clave para monitorizar durante la ejecución del Plan. Se incluyeron medidas en orientación (previstas, no puestas en marcha) y en desarrollo (en diferente grado de consecución). Fueron propuestas como medidas evaluadoras globales, la encuesta de satisfacción de usuarios (externa), y el análisis de reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

**Conclusiones:** Las medidas incluidas en el apartado 1 (información de servicios) 3 (libertad de elección del ciudadano) y 4 (confidencialidad e intimidad), cuentan con el porcentaje mayor de medidas en desarrollo, y tienen apoyo en un marco normativo institucional. La accesibilidad y la continuidad asistencial (apartados 2 y 5), mostraron menor grado de desarrollo, y son medidas que se enlazan con otras áreas del Plan de Calidad (organización funcional, implantación de agenda de calidad, monitorización y gestión de la demanda), y que se ven influidas por la actuación conjunta de la organización. La estratificación de componentes de la atención sanitaria centrada en los pacientes, puede ayudar a analizar las áreas de mejora para la elaboración de un plan de calidad global, en atención primaria.

**P-307****ANÁLISIS DE LAS DISCONFORMIDADES EXPRESADAS POR LOS PACIENTES, ANTES Y DESPUÉS DE LA UNIFICACIÓN DE DOS SERVICIOS**

J.R. Aginaga, I. Berasaluce, P. Busca, M.J. Preciado, A. Aranzaabl y M. Cancio  
Hospital Donostia.

**Palabras clave:** Unificación, disconformidades.

**Introducción:** La unificación de hospitales próximos en un único hospital es un proceso largo y laborioso que implica la unificación progresiva de los servicios, con cambios de estructuras, ubicaciones, circuitos, métodos de trabajo, etc. afectando tanto a los trabajadores, como a los usuarios. En Abril de 2004 se unificaron los Servicios de Urgencias Generales (SUG), Gipuzkoa y Aranzazu, del Hospital Donostia, fruto de la convergencia de tres hospitales, en un único servicio. A través de las disconformidades (Dsc) expresadas por los pacientes podemos conocer el impacto de dicha unificación.

**Objetivos:** Analizar y comparar las Dsc registradas, antes y después de la unificación, determinando la percepción de los pacientes del cambio.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo comparativo de las Disc. registradas, un año antes (1/4/2003-31/3/2004) y un año después de la unificación (1/4/2004-31/3/2005).

**Resultados:** Se atendieron 101.194 urgencias antes de la unificación, registrando 126 Dsc. y 3 agradecimientos (A). En el período posterior, de las 98.066 urgencias atendidas se registraron 137 Dsc. y 8 A, destacando que en los últimos 6 meses las Dsc han bajado con respecto al mismo período del año anterior Por áreas de referencia, del SUG. Gipuzkoa se registraron 111 Dsc (48 antes-63 después) y del SUG. Aranzazu 147 Dsc (77-70); Anónimos 5 Dsc (1-4). Por motivos, el 34,6% de las Dsc estaban relacionadas por demoras en la atención (72% antes), el 24% con la atención (53% después), el 17% con la organización (67% después), el 10% por demoras en la hospitalización (74% antes) y el 7% con la información (60% antes).

**Conclusiones:** No hay diferencias significativas en el nº global de Dsc, aunque hay una tendencia a la baja en los últimos meses, con un aumento de agradecimientos. Los pacientes del SUG. Gipuzkoa presentaron proporcionalmente mayor nº de Dsc después de la unificación, posiblemente motivada por el traslado de la atención a otra ubicación. Los pacientes del SUG. Aranzazu manifestó mayor nº de Dsc antes, posiblemente motivada por el trastorno que sufrieron durante los meses que duraron las obras, sin parar la actividad. Los usuarios presentaron mayor nº de Dsc relacionadas con las demoras en la atención y hospitalización antes de la unificación y mayor nº de Dsc relacionadas con la organización, después de la unificación, posiblemente porque la unificación supuso un cambio para todo el personal, que durante los primeros meses fue percibida por los pacientes, mejorando favorablemente en los últimos meses.

**P-308****ANÁLISIS DE LA INSATISFACCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

T. Dierssen, E. Pariente, J. Esteban, C. Aguado y P. Rodríguez  
Servicio cantabro de Salud.

**P-309**

**Palabras clave:** Atención primaria, satisfacción, usuarios.

**Objetivo:** Determinar la influencia de distintas dimensiones asistenciales sobre la insatisfacción del usuario de Atención Primaria.

**Metodología:** Estudio de corte transversal realizado sobre una muestra de usuarios de Atención primaria seleccionados por muestreo bietápico por conglomerados. **Variables:** la variable dependiente a estudio fue la insatisfacción, considerando insatisfechos a los pacientes que contestaron estar muy en desacuerdo/en desacuerdo en la pregunta ¿está satisfecho con la atención recibida?. Las v. independientes fueron cada una de las 6 dimensiones recogidas: accesibilidad, médico de familia, enfermera, administrativo, continuidad asistencial y confort. En aquellos casos en los que la puntuación media de la dimensión estuviera por debajo del p25 de la distribución se consideró que la valoración de la misma era insatisfactoria. La medida de asociación utilizada ha sido la OR y su IC 95%. Para el control de factores de confusión se ha realizado un análisis de regresión logística no condicional paso a paso.

**Resultados:** Se han obtenido 1206 encuestas lo que supone una tasa de participación del 31,1%. El 5,6% manifestaron un bajo nivel de satisfacción global con la asistencia recibida. Las dimensiones que tras el análisis de regresión logística permanecieron significativamente asociadas a la insatisfacción fueron la mala percepción de la accesibilidad al centro de salud (OR = 6,2 [2,0-19,1]), la percepción negativa del médico de familia (OR = 5,1 IC95% [1,3-20,0], de la enfermera (OR = 3,6 [1,0-12,3]) y aspectos relativos a el confort durante la asistencia médica (intimidad, interrupciones) (OR = 4,5 IC 95% [1,2- 17,9]).

**Conclusiones:** La insatisfacción se relaciona fuertemente con la accesibilidad y con características relacionadas con la asistencia prestada por los profesionales sanitarios.

**CALL CENTER: ¿GARANTÍA DE CALIDAD?**

F. Povedano, M. Guerrero, A. Alcolea, M. Gracia, A. Quílez y M.A. Sotil  
ABS DR. LLUIS SAYÉ. Barcelona.

**P-310**

**Palabras clave:** Call-center, calidad, resolución.

**Objetivo:** evaluar la calidad ofrecida al cliente a través de la instalación de un call-center. Grado de satisfacción y cumplimiento de sus expectativas.

**Metodología:** Se ha realizado una encuesta telefónica tipo likert de las llamadas recibidas de forma aleatoria de 200 usuarios utilizando parámetros como la edad, el sexo, la nacionalidad, el motivo de la consulta y si habían realizado una llamada previa al call-center antes de hacerla al centro médico para solicitar cita previa con el pediatra y el médico de familia.

**Resultados:** sobre las 200 llamadas recibidas el 46,67% llamanaban para solicitar visita con el médico de familia, el 16,67% para una visita de urgencias, el 10% solicitaban visita con el pediatra y con la ginecóloga, mientras que el 6,67% pedían visita con la enfermera y con el odontólogo. El 70% de las llamadas recibidas eran de clientes españoles y el 30% restante de usuarios extranjeros. La edad media entre las llamadas realizadas ha sido de 51,2 años. El 86,67% de los pacientes no habían llamado al call-center: 1. el 69% porque ya habían llamado alguna vez y no entendían el mensaje. 2. el 5% porque necesitaban visita con un especialista y el call-center solo era para medicina de familia y pediatría. 3. el 7,7% restante porque no conocían la existencia de un call center. El 13,33% sí habían llamado al call-center pero no se les habíaclarado las dudas y el personal del call-center los derivaba a su centro médico.

**Conclusiones:** debido a la instalación de un call-center observamos una clara disminución del volumen de llamadas al centro médico de un 38% mientras se puede apreciar un incremento presencial del paciente, lo que nos hace suponer que la mayor eficacia de un servicio de atención de llamadas (call-center) se producirá cuando se ofrezcan programaciones a todos los servicios médicos del centro.

## EVALUACIÓN DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS POR DEMORA EN LA ASISTENCIA EN SERVICIO DE URGENCIAS DE SCIAS-HOSPITAL DE BARCELONA

F. Fatjó, R. Cid, G. Carrasco, X. Sanz, M. Mariñosa y N. Celorio  
Hospital de Barcelona SCIAS.

**Palabras clave:** Altas voluntarias urgencias.

**Introducción:** la demora en la asistencia en los servicios de urgencias es uno de los elementos que más influye en el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a los mismos. Sin embargo, en ocasiones, también supone un problema de seguridad cuando en el paciente subyace una patología que debería ser tratada en un período de tiempo breve.

**Objetivos:** 1. Evaluar el número total de altas por demora y su distribución en el tiempo. 2. Valorar el nivel de gravedad a priori de los pacientes que solicitaron alta por demora. 3. Valorar la reconsulta posterior.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de las altas por demora en el año 2004. Los pacientes fueron clasificados por un sistema de categorización, según gravedad a priori, estableciéndose los siguientes niveles y tiempos de trabajo en calidad: I: atención inmediata, A: atención en < 15 minutos, B: atención en < 45 minutos, C y CR (círculo rápido) atención en < 120 minutos. Se consideró tiempo adecuado desde la llegada a urgencias a la clasificación en las anteriores categorías < 15 minutos. Las altas por demora se consideraron no adecuadas en tiempo cuando se superó el tiempo máximo establecido para la asistencia. Se evaluó la distribución de las altas en función del turno (mañana, tarde, noche), día de la semana, sexo y nivel de gravedad. Se evaluó el número de reconsultas y posterior destino.

**Resultados:** 1. *Global:* el número total de admisiones el año 2004 fue de 51121, con 279 altas voluntarias por demora. La edad media fue de 40 años (SD 21) y la relación hombre/mujer 1:1. La distribución según días de la semana fue: lunes 24%, martes y miércoles 9,25%, jueves 8%, y viernes, sábado y domingo un 16,5%. La mayoría se produjeron entre el turno de tarde (60%) y el turno de mañana (34,7%). 2. *Gravedad:* 67 pacientes no llegaron a ser clasificados, siendo altas no adecuadas el 55%. No hubo altas en las categorías I y A. Hubo 37 altas en la categoría B (no adecuadas 92%), 61 en la categoría C (no adecuadas 31%), 114 en CR (no adecuadas 11,4%). 3. *Reconsulta:* 69 pacientes reconsultaron: 18 al servicio de urgencias domiciliarias y 51 al servicio de urgencias. Todos fueron alta domiciliaria.

**Conclusiones:** Las altas voluntarias en el servicio de urgencias el año 2004 fueron el 0,54% de las consultas totales con edad media de 40 años y sin diferencias entre sexos. La mayoría fueron en lunes y en el turno de tarde. Hubo 103 altas en tiempo no adecuado, pero ninguna de nivel I ó A y ninguna de las reconsulta requirió ingreso.

**P-311**

## LOS NUEVOS DERECHOS, SU ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN AL USUARIO

M. Retos Plaza, A. Díaz, G. Espinosa, L. Fernández y S. Sánchez  
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla.

**Palabras clave:** Derechos, información, elección.

**Introducción:** Esta comunicación se enmarca en el trabajo global que la dirección de HH.UU. Virgen del Rocío estableció para el año 2004 en orden a revisar todos los procesos de la cartera de servicios de las áreas de atención al usuario y reorientarlos para mejorar la accesibilidad e incrementar la satisfacción global sobre el área administrativo-clínica del centro. Los servicios de atención al usuario de los centros asistenciales del sistema sanitario público de Andalucía cuentan entre sus responsabilidades la organización de la respuesta asistencial o administrativa a diversas situaciones objeto de tan especial protección que se han legislado como derechos (apartados 1-15 del artículo 10 de la ley 14/86, general de sanidad, y apartados 1 (a-s) a 5 del artículo 6 de la ley 2/98, de salud de Andalucía). Sobre su cartera de servicios recala la responsabilidad de la cumplimentación de un importante grupo de derechos, los más recientes e innovadores que incorporan los aspectos de: 1. *Elección del ciudadano:* libre elección de médico, servicio, centro sanitario y alternativas terapéuticas (en forma de segunda opinión médica). 2. *Accesibilidad a la información:* regulada singularmente por la ley orgánica 15/99 de protección de datos de carácter personal y la ley 41/02, básica reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 3. *Garantía de plazo máximo para el acceso a las prestaciones:* decreto 209/01 de establecimiento del plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público de Andalucía y decreto 96/04 de establecimiento de plazo de respuesta y procesos asistenciales. Desarrollo la incorporación en corto espacio de tiempo de ese conjunto de derechos y la indudable actitud entusiasta manifestada por la población para ejercerlos, ha determinado una demanda creciente de los ciudadanos que ha venido cambiar sustancialmente la distribución por materias de las tareas tradicionales de los servicios de atención al usuario. Para garantizar su cumplimiento es necesario la renovación procedural y tecnológica que permita dar una respuesta ágil y segura y dar soporte al nuevo entorno funcional de atención, cuidados e información compartidos que supone el proceso asistencial.

**Conclusiones:** La comunicación pretender analizar los retos más importantes que la incorporación de este conjunto de derechos está suponiendo y va a suponer para el futuro inmediato de las áreas de atención al usuario.

**P-313**

## PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE DIGNIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES

M. Vera, A. Fuentes, C. Ramírez y M. Griera  
Hospital Virgen Macarena.

**Palabras clave:** Dignidad e Intimidad.

**Introducción:** El respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes cobra en el derecho de protección de la salud su más auténtica dimensión, siendo un principio fundamental donde pivotarán el resto de los derechos. Siendo la base fundamental de una asistencia sanitaria de calidad.

**Objetivos:** Procurar a todos los pacientes las condiciones favorables que propicien el más absoluto respeto por la intimidad de su proceso y el trato respetuoso y correcto por todos los profesionales.

**Metodología:** Creación de nuevas fórmulas de perfeccionamiento para conseguir los objetivos propuestos. Establecimiento de cauces procedimentales que aseguren el desarrollo de las medidas adoptadas. Adecuación de los medios materiales y humanos existentes a las nuevas exigencias. Formación del personal responsable implicado en los diferentes procesos. Seguimiento de las medidas en la aplicación en sus diferentes módulos.

**Resultados:** Favorecer el desarrollo y progresión de los derechos de información, intimidad, confidencialidad de los pacientes. Implicación de todos los profesionales.

**Conclusiones:** Mejora de las condiciones y establecimientos de los pacientes.

**P-312**

## LA CARTA DE SERVICIOS: UN COMPROMISO DE CALIDAD CON LOS USUARIOS

C. Besora, M.C. Salgado, T. Sanz, A. López, R. Fernández y J. Rodríguez  
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

**Palabras clave:** Cartas de Servicio, compromiso de calidad.

**Objetivo:** Con la presentación del Plan Estratégico del Área 9 de Atención Primaria al V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público en la Comunidad de Madrid, nos planteamos la necesidad de elaborar una Carta de Servicios del Área. El objetivo principal es disponer de una herramienta de información y compromiso con los ciudadanos, a través de la cual les demos a conocer quiénes somos, qué les ofrecemos y cómo queremos que sean nuestros servicios.

**Metodología:** Se constituye un grupo de trabajo para la elaboración de la Carta, formado por distintos profesionales de la Gerencia con la asesoría de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Comunidad de Madrid. Siguiendo la legislación establecida para la elaboración de Cartas de Servicios en la Comunidad de Madrid (Decreto 27/1997, 44/1998 y 85/2002) se definió la siguiente estructura: a) Compromiso de la Organización b) Servicios prestados, estructurados en tres grandes bloques: Servicios Asistenciales Servicios de Información y Atención al Usuario Formación e Investigación. c) Compromisos de Calidad d) Indicadores de Calidad e) Participación de los Ciudadanos, Sugerencias y Reclamaciones f) Centros con direcciones y horarios.

**Resultados:** En abril de 2005 se finaliza la elaboración de la 1ª Carta de Servicios del Área 9 de Atención Primaria. Se han editado 4000 ejemplares. En mayo de 2005 se ha presentado a los Consejos de Dirección de todos los Equipos del Área de las poblaciones de Leganés, Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio. Se ha iniciado su difusión colocándolas en los expositores de las zonas de admisión de todos los Centros de Salud.

**Conclusión:** La elaboración y difusión de la carta de servicios responde a la voluntad que como Organización tenemos de publicitar nuestra población de referencia nuestro compromiso de calidad en la prestación de los servicios que les ofrecemos. También a la voluntad de contar con un instrumento que nos permita detectar nuestras carencias en los servicios que les ofrecemos e implementar estrategias de mejora continua en nuestra organización, a través de una monitorización de los compromisos de calidad definidos. Se trata de la primera Carta de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y ha servido para la elaboración de un modelo marco de Carta de Servicios para Atención Primaria de esta Comunidad.

**P-314**

## EVALUACIÓN SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS EN CMA

A. Moreno, E. Sánchez, A. González, C. Guerra y D. Losada  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Hospital Civil).

**Palabras clave:** Satisfacción usuarios CMA.

**Objetivo:** Conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en Cirugía Mayor Ambulatoria para detectar áreas de mejoras.

**Metodología:** Se realizó encuesta telefónica a pacientes intervenidos en CMA (43,18%) o al familiar (56,82%) que le acompañó durante su estancia. La muestra aleatoria de 60 pacientes intervenidos en los meses de febrero y marzo de 2005 por las especialidades de Oftalmología, ORL, Cirugía General, Traumatología, Cirugía Plástica y Cirugía Laparoscópica (10 de cada especialidad). La encuesta está formada por preguntas referentes a: Información recibida, Profesionales (trato y valoración), confort, recomendaciones de cuidados al alta, satisfacción global y propuestas de mejora.

**Resultado:** Se obtiene un alto nivel de satisfacción en los encuestados en todos los aspectos analizados. Sobre la información médica y de enfermería todos recibieron información durante el proceso (horarios, funcionamiento,...) y sobre los cuidados recomendados al alta, ésta por escrito o de forma verbal. Es muy valorada la llamada telefónica desde la Unidad a las 24 horas del alta sobre la evolución de la intervención y la visita domiciliaria en la C. Laparoscópica. Se valora muy positivamente a los Profesionales de la Unidad. Sobre el trato recibido aparecen expresiones como "excelente", "amabilidad", "cariñoso", "agradable", "maravilloso", "atento", "divinamente", "fenomenal", "estupendamente", etc. - Instalaciones (confort, limpieza, orden) los encuestados comentan que "muy bien" y sólo en un caso, un paciente de Cirugía General, refleja la conveniencia de estar en una cama y no en un sillón reclinable. En los aspectos a mejorar no hay sugerencias de los encuestados de mejora de la Unidad haciendo referencia al poco tiempo de estancia. Al insistir aparece en algunos casos (5%) el tiempo de espera en la lista quirúrgica. El alto grado de satisfacción global (98,33%) se expresa en bastantes casos informándonos de la cumplimentación y envío de la encuesta de satisfacción que se le entrega al alta para su envío al S. A. S. Así mismo se percibe esta satisfacción en la buena actitud para contestar la encuesta.

**Conclusión:** El grado de satisfacción global es muy elevado en CMA. El poco tiempo de estancia influye en el nivel de satisfacción. El seguimiento de su evolución (telefónico o visita domiciliaria) favorece muy positivamente la satisfacción de los usuarios.

P-315

## INFORMACIÓN ASISTENCIAL A FAMILIARES. UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD EN EL SERVICIO SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

J.M. Benegas, J.M. Fernández, J.M. Pajuelo, M.F. Vizcaíno, M.I. Enciso y J.A. Sánchez

Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

**Palabras clave:** Información, asistencial, familiares.

**Introducción:** Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. La Ley 41/2002, en su artículo 5 establece que el titular del derecho a la información asistencial es el paciente, y que también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. La Consejería de Sanidad de Extremadura, desde su competencia de evaluador externo al proveedor de servicios (Servicio Extremeño de Salud), es consciente de la necesidad de que este derecho se ejerza en toda su plenitud y con la debida confidencialidad, esto conlleva investigar también la percepción que los familiares de pacientes tienen del mismo.

**Objetivos:** En el Ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura conocer cómo, dónde y cuándo se les suministra la información asistencial a los familiares de pacientes que reciben atención hospitalaria, así como el grado de satisfacción con la misma. Esto facilitará la identificación de posibles disfunciones y por tanto, de oportunidades para mejorar.

**Metodología:** Entrevista personal mediante cuestionario adjunto de respuestas cerradas a 197 familiares (25/Área de salud), de otros respectivos pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna, Cirugía General, y Unidad de Cuidados Intensivos en la segunda semana del mes de Junio de 2004, y en las 8 Área de Salud de la Comunidad Autónoma.

**Resultados:** La aproximación a la realidad de la información asistencial a familiares de pacientes ingresados en hospitales de Extremadura supone que: El 87% de los mismos son informados diariamente (rango 55,5-100). La información se facilita al 39,6% en sala específica; al 28,4% en la habitación del paciente, y al 32% en los pasillos. A pesar de lo anterior, el 81,2% percibe que se le suministra con un adecuado nivel de intimidad. La satisfacción general con la información recibida supone un 80,7% (rango 53,3-100).

**Conclusiones:** Los procedimientos de evaluación externa siguen siendo una herramienta útil que nos ayuda a revelar tanto la aceptabilidad del sistema sanitario en su conjunto como, en este caso, ciertos aspectos cruciales referentes a los derechos recogidos en la Ley 41/2002; con una perspectiva de garante de los mismos e independencia al proveedor de Servicios. La realización de la encuesta y el análisis de la información derivada identifica las áreas de mejora que oportunamente son comunicadas para su corrección.

## OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Martín, C. Fusté, F. Martínez y J.M. Ibáñez  
Fundació Hospital / Asil de Granollers.

**Palabras clave:** Satisfacción, usuarios, consentimiento informado.

**Introducción:** En el proceso de mejora del consentimiento informado (CI), un grupo de profesionales de la Fundació Hospital / Asil de Granollers diseñó mediante consenso un cuestionario de opinión a los usuarios.

**Objetivo:** Describir la opinión de los usuarios sobre el CI en la Institución.

**Material y método:** Se seleccionaron 608 procesos consecutivos con identificación y selección de un procedimiento quirúrgico. Se envió un cuestionario postal con 10 ítems sobre CI (opinión sobre la información recibida, interpretabilidad, tiempo para su lectura, influencia de su firma en la confianza del usuario en el médico), y un recordatorio postal a los 21 días. Respondieron el 46,1% (n = 280).

**Resultados:** Entre los respondientes predominaban las mujeres (53,2%) y los mayores de 64 años (56,8%). En el 85,7% respondió el propio paciente, y en el 86,4% él mismo firmó el documento. Al 97,8% les presentó el médico el documento de CI para su firma. El 76,8% dijeron haber sido informados por aquél de los riesgos de la intervención (por la enfermera u otra persona, 11,8%; por nadie, 7,1). El 80,8% consideraron la información recibida completamente o bastante satisfactoria (poco o nada, 8,6%; no lo pudieron precisar, 10,7%). El 76,1% dijeron haber entendido completamente las explicaciones recibidas; al 12,5% le quedaron dudas o no comprendieron nada. Entre las 35 personas que tuvieron problemas de comprensión, el 40% dijeron haber tenido facilidades para preguntar. El 79% dijeron haber leído el documento totalmente o en parte. Un 71,4% lo consideraban redactado de forma completamente comprensible, y en un 15,4% tuvieron problemas de comprensión. Un 80,7% dijeron haber tenido tiempo suficiente para decidir su firma. La firma influyó en un aumento de la confianza en el médico en el 37,9%, y la disminuyó en el 4,6%; en el 52,9% no influyó en ningún sentido. El 4,6% no respondieron.

**Conclusiones:** 1. Se aprecia una necesidad de extender a todos los pacientes la información proporcionada por el médico sobre los riesgos de las intervenciones previa a la firma del CI. 2. Un 9-15% de usuarios refirieron algún grado de insatisfacción, problemas de interpretación de las explicaciones recibidas o en la lectura del documento de CI, o falta de tiempo para su firma. 3. El CI contribuyó a mejorar la confianza en el médico en más de un tercio de casos. 4. Es preciso revisar el procedimiento y la documentación del CI para favorecer la toma de decisiones por parte de los pacientes.

P-316

## EVALUACIÓN DE LAS ATENCIÓNES REGISTRADAS EN EL SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

G.R. López-Navarro, M.P. Martínez-Romero, M. Iborra-Sánchez, J. Manzano-Martínez, L. Bernal-Peñaíver y P. Rodríguez-Martínez  
SAU Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca.

**Palabras clave:** Atenciones, hospital, satisfacción.

**Objetivos:** Analizar las atenciones registradas en el Hospital Comarcal de Caravaca.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio observacional, transversal y retrospectivo. *Ámbito:* Hospital del Área IV de la Región de Murcia (6 zonas de salud del mapa sanitario del Servicio Murciano de Salud, adscritas). *Emplazamiento:* Servicio de Atención del Usuario (SAU) del Hospital Comarcal de Caravaca (Murcia) con 67.682 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) a 31/12/04. *Muestra:* Se recogieron todas las atenciones presentadas en el SAU durante el año 2004. *Variables estudiadas:* Las atenciones se codifican según criterios de la Secretaría Autonómica en 5 bloques (bloque acceso, entorno, proceso, resultado y otros), que a su vez, se dividen en 20 grupos y estos últimos dan lugar a 62 motivos de reclamación.

**Resultados:** n. total atenciones: 161. Los bloques fueron: "Proceso asistencial" 71 (44%); "Acceso a la asistencia" 33 (20,4%); "Resultado asistencial" 33 (20,4%); "Entorno asistencial" 21 (13%); y "Prestaciones y otros" 3 (1,8%); El 75% de los grupos corresponden a: "Planificación, organización y coordinación" (29%); "Disconformidad con el diagnóstico y tratamiento" (20,4%); "De trato" (14,9%) y "Demora en la asistencia" (10,5%). Por motivos: "Disconformidad en la asistencia recibida" (20,4%) y "Organización y normas" (14,9%) son las más representativas.

**Conclusiones:** Las atenciones más frecuentes registradas en el Hospital Comarcal de Caravaca de la Región de Murcia fueron de proceso asistencial. El grupo que destaca es el de planificación, organización y coordinación. Y el motivo más representativo es disconformidad en la asistencia recibida. El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones recogidas en los SAU es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.

P-317

**VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN MEDIANTE EL TPQ (TREATMENT PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE) EN UN CENTRO DE DROGODEPENDENCIAS**

J.M. Jiménez, M. Rodríguez, J. Iraurgi, M. Landabaso y A. Larrazabal  
Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Alava.

**Palabras clave:** Satisfacción, Drogodependientes, TPQ.

**Introducción:** La satisfacción que manifiesta el individuo respecto al tratamiento puede considerarse como un factor que modera el éxito del mismo, ya que es razonable esperar que los usuarios que no están satisfechos puedan abandonar prematuramente o responder a las expectativas de modo diferente.

**Objetivo:** Valorar el grado de satisfacción que tiene los usuarios de un centro ambulatorio de atención a las toxicomanías respecto al programa en el que se encuentran incluidos.

**Metodología:** Se valora mediante el Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) el nivel de satisfacción reflejado por 100 usuarios de un Centro de Tratamiento de Toxicomanías, así como las posibles diferencias manifestadas en dos programas específicos del mismo: el Programa Libre de Drogas ( $n = 50$ ) y el Programa de Mantenimiento con Metadona ( $n = 50$ ). Para ello se realiza un estudio observacional de corte transversal donde los sujetos son seleccionados de forma aleatoria entre los que llevan más de 15 días de tratamiento. Otras escalas utilizadas han sido la prueba U de Mann-Whitney para los ítems independientes y el análisis de la varianza (prueba F o su equivalente t de Student) para las puntuaciones compuestas (escala total y sus dos dimensiones).

**Resultados:** A nivel global, todas las puntuaciones medias obtenidas en el conjunto de ítems superan una puntuación de 2 (recorrido posible está entre 0 y 4). Se observan diferencias en la valoración que hacen los usuarios del PMM y del PLD en los ítems 1, 5, 8 y 10 y en las tres puntuaciones compuestas. A este respecto, los sujetos del PLD mostrarían una mayor satisfacción tanto en la puntuación total como en la satisfacción mostrada al programa y al equipo que les trata. La muestra en estudio mostraría una mayor satisfacción en ambas dimensiones que la ofrecida por la otra muestra española, pero inferior a la satisfacción expresada por los portugueses. Por otra parte, respecto a la muestra italiana, las puntuaciones no presentan diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Los resultados muestran un nivel aceptable de satisfacción, que se expresa en mayor medida entre los usuarios del programa Libre de Drogas, tanto respecto a la puntuación total del instrumento como atendiendo a sus dos dimensiones: satisfacción con el programa y satisfacción con el equipo terapéutico. La comparación de los resultados de la muestra total con los datos ofrecidos en otras tres muestras europeas evidencia diferencias en las puntuaciones por subdimensiones.

**P-319****EL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA**

L. Benítez, M. García-Orea, C. Landríguez, M. Castrillo, C. Gómez y P. Gallardo  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Burnout, Enfermería, Quirúrgica.

**Introducción:** El síndrome de Burnout (Burn out: consumirse, apagarse) se define como un síndrome donde se integran tres aspectos, el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo. Es una enfermedad que se da en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Las condiciones laborales y las características del tipo de trabajo desarrollado por el personal de enfermería hacen que este sea un grupo de alto riesgo para el desarrollo de dicho síndrome.

**Objetivos:** Conocer el grado de Burnout y los factores que influyen en que exista en menor o mayor grado entre el personal de enfermería del Área quirúrgica.

**Métodos:** *Diseño:* estudio prospectivo y de observación. *Ámbito:* Área quirúrgica de un hospital universitario de referencia. *Sujetos:* Profesionales de enfermería. *Variables:* las constitutivas del Maslach Burn-out Inventory (MBI).

**Resultados:** 32 sujetos, 4 (12,5%) eran hombres y 28 (87,5%) mujeres. Edad media: 45,8 (30-55) años. MBI Tiempo trabajado > 15 años Burnout 1(3%) Cansancio Emocional (CE) 6 (19%) 83% Despersonalización (DP) 10 (31%) 90% Realización Personal (RP) 8 (25%) 25%.

**Conclusiones:** En nuestro hospital la proporción de profesionales de la enfermería que desarrollan su labor habitual en el área quirúrgica que padecen el síndrome de Burnout es muy pequeña (3%). De las variables que lo favorecen la más frecuente es la DP o el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento en relación con el paciente, que representa al 31% de los encuestados. El CE, 19%, que valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo, es el factor que menos influye en el síndrome. Se observa que el personal con más CE y DP, 83 y 90% respectivamente lleva trabajando más de 15 años.

**P-321****SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITAL DE DÍA**

S. Wbanets, A. Cayuela, B. Pérez, M. Valero, E. Fernández y A. Casas  
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla.

**Palabras clave:** Satisfacción, Cáncer, Calidad asistencial.

El Hospital de Día en Oncología ofrece una asistencia sanitaria especializada y técnicamente cualificada, en régimen ambulatorio, proporcionando a los pacientes una amplia oferta de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y principalmente la administración de tratamientos antineoplásicos. El paciente recibe las mismas atenciones de la hospitalización sin la necesidad de pernoctar en el hospital. No obstante, su gestión entraña dificultades importantes relacionadas con el volumen de pacientes y la organización las actuaciones en torno al tratamiento.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de los pacientes en tratamiento quimioterápico ambulatorio, relacionados con las características del servicio, a partir de la expresión de sus necesidades.

**Métodos:** Cuestionario de 49 ítems elaborado ad hoc que evalúa necesidades referidas a: síntomas asociados a los tratamientos, información, relación médico-paciente, apoyo psicológico, social, espiritual, económico, estructura y gestión del servicio.

**Resultados:** 141 pacientes (80 mujeres y 60 hombres) con una edad media de 53, 6 años (24-80). El 43,3% recibía tto. adyuvante y el 56,7% tto. paliativo. Los tumores más frecuentes son: mama (36%) y colorrectal (28%). Las necesidades más expresadas son acerca de información (pruebas diagnósticas sexualidad relativa a la enfermedad), apoyo económico y reducción de los tiempos de espera. Para el 50% de la muestra los síntomas secundarios a la quimioterapia están bien controlados y no necesitan apoyo psicosocial. Los factores relacionados con una mayor expresión de necesidades son: género femenino (relación médico-paciente  $p < 0,05$ ), pacientes con cáncer de mama (relación médico-paciente  $p < 0,05$ , apoyo económico  $p < 0,05$ , información), pacientes jóvenes (24-60) (información  $p < 0,05$ , relación M-P  $p < 0,05$  y gestión  $p < 0,05$ ) y mayor nivel educativo (información, estructura y gestión del servicio).

**Conclusiones:** Las características de este Hospital de Día presenta suficiente intimidad y confortabilidad durante los tratamientos y consultas, y permite un buen control de los síntomas. Los pacientes expresan necesidad de más información sobre aspectos relacionados con su enfermedad, mayor agilidad en la gestión de los tiempos de espera y apoyo económico. Destaca que los pacientes más vulnerables (mayor edad, bajo nivel educativo, línea de tratamiento más avanzada) tienden a expresar menos necesidades de las que probablemente requieran en función de su estado, por lo que se va a realizar un estudio más detallado de estas circunstancias.

**P-320****PROFESIONALES DESCONTENTOS ¿CUÁLES SON LAS CLAVES?**

P. Rodríguez-Cundín, T. Dierssen-Sotos, F. Lois-Cámaras, E. Martínez-Ochoa y M.J. Cabero-Pérez  
Servicio cantabro de Salud.

**Palabras clave:** Satisfacción, profesionales.

**Objetivos:** Identificar factores asociados a bajos niveles de satisfacción laboral en profesionales de atención especializada.

**Métodología:** A partir de la encuesta de clima laboral aplicada a profesionales de atención especializada de los tres centros hospitalarios públicos de una CCAA se ha identificado la asociación entre características intrínsecas (edad, sexo, grupo profesional) y valoración de dimensiones incluidas en los subcriterios de los criterios 3 ("personas") y 7 ("resultados sobre las personas") del modelo EFQM con la insatisfacción laboral global, considerando como tal las puntuaciones inferiores al p25 de la distribución ( $\leq 4$ ). Como medida de asociación se ha utilizado la OR y su IC 95%. Para el control de factores de confusión se ha realizado un análisis de regresión logística no condicional paso a paso.

**Resultados:** Se han obtenido 1585 encuestas lo que supone una tasa de participación del (25,9%). Aproximadamente un tercio de los encuestados valoraron su satisfacción global con puntuaciones iguales o inferiores a 4. El factor intrínseco más fuertemente asociado a insatisfacción fue: la responsabilidad sobre equipos que actuó como factor protector frente a la insatisfacción (OR = 0,4 [0,2-0,6]). Respecto a la influencia de las 13 dimensiones del modelo EFQM. La percepción negativa de las posibilidades de promoción en la organización (OR = 8,5 IC95% [6,2-11,7]), del reconocimiento (OR = 9,5 [7,1-12,4]) y de la comunicación interna (OR = 7,0 IC 95% [5,3-9,2]) fueron los aspectos que más influyeron en la insatisfacción global de los profesionales.

**Conclusiones:** En base a los resultados obtenidos se han desarrollado dos líneas de trabajo a nivel de servicio de salud que han sido incluidas en el Contrato de Gestión 2005: la mejora de la comunicación interna y el desarrollo de sistemas de reconocimiento. Además a nivel de la Consejería de Sanidad se ha presentado el documento de Carrera Profesional para facultativos y enfermería. Con estas acciones esperamos incidir en la mejora de la satisfacción percibida por los profesionales de nuestra organización.

**P-322**

**EL SISTEMA DE AUDITORIAS INCREMENTA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE UN PLAN DE CALIDAD**

A. Marín, E. Sánchez, F. Guirado, F. López, D. Menchón y M.I. Guillén  
Hospital de Molina.

**Palabras clave:** Sistema de auditorias.

**Objetivos:** Demostrar que el sistema de auditorias es un buen sistema de motivación para los trabajadores del Hospital. Conseguir el mayor cumplimiento posible de los objetivos marcados por el centro. Renovar la implicación por parte de los propietarios del proceso de cada unidad.

**Métodos:** Establecemos un "Sistema de Auditorias", que consiste en: "Auditoría Propia", Se realiza entre los coordinadores de calidad del centro, y los propietarios del proceso por cada unidad, con evaluación porcentual del cumplimiento de los objetivos para esa unidad, con exposición en el Núcleo Promotor de calidad (NPC) del hospital. "Auditoría Interna", se realiza entre el coordinador nacional de calidad del grupo, con los propietarios de los procesos de cada unidad. Con informe interno para los coordinadores, y la gerencia del hospital. "Auditoría Externa" o certificación, se somete a la unidad a la valoración por una empresa externa de certificación en calidad, en nuestro caso, AENOR. Tras la Auditoría Propia, se realiza encuesta a los trabajadores de la unidad para valorar el interés en la participación en el plan de calidad del hospital. Anexo 1.

**Resultados:** Tras la aplicación del Sistema de Auditorias, se ha visto aumentado el nivel de consecución de los objetivos del plan de calidad. La "Auditoría Propia" genera interés en los trabajadores para la participación en los programas de gestión de calidad. Nuestros datos preliminares son los siguiente, el 63% de los trabajadores encuestados después de la auditoría propia, manifiestan interés en el plan de calidad del hospital.

**Conclusiones:** El establecimiento de un sistema de auditorias, informativas, no punitivas, genera un aumento en la consecución de los objetivos, de un grupo de trabajo en calidad. Mejora el interés de los trabajadores por la gestión de Calidad.

**P-323****PLAN DE ACOGIDA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN**

M.A. Caraballo, J. Hervás, V. García, R. Moreno, R. Sáez  
y E. Fernández  
Hospital de Montilla. EP Hospital Alto Guadalquivir.

**Palabras clave:** Acogida de profesionales.

**Objetivos:** Describir el proceso de elaboración de un plan de acogida de profesionales.

**Metodología:** Mediante reuniones entre técnicos del departamento de Recursos Humanos y las/os supervisoras/es se priorizan una serie de acciones dirigidas a facilitar la incorporación de nuevos profesionales de las categorías de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores, a la organización.

**Resultados:** Diseño de un tríptico explicativo de los valores y misión de la empresa, así como de la cartera de servicios de la misma. Elaboración de un dossier documental que incluye: Planos de hospital. Plano de la ciudad. Procedimientos de cuidados. Procedimientos de salud laboral. Plan de emergencias del hospital. Documentos de gestión medioambiental: eliminación de residuos. Convenio colectivo. Planificación de turnos de trabajo. Diseño de un circuito para la visita de los profesionales acompañados de su supervisor y el responsable de desarrollo de personas. Se concierta cita con el profesional para que firme el contrato, recoja su uniforme y se realice la primera visita a la unidad en la que desarrollará su actividad.

**Conclusiones:** El Plan de Acogida para los nuevos profesionales constituye una herramienta que facilita la incorporación de los mismos a la organización. Contribuye a su óptima integración en los equipos de trabajo, disminuyendo por otro lado las incertidumbres a las que habitualmente tienen que hacer frente ante una nueva experiencia profesional.

**LAS REUNIONES CIENTÍFICAS COMO VÍA INFORMAL DE COMUNICACIÓN**

J.L. Jiménez-Molina, R. Martínez-Marín, A. Tomás-Lizcano, C. Miranda-López, M.D. Navarro-Ortíz, M.P. Rodríguez y B. Monacid-Kroeguer  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Palabras clave:** Comunicación informal congresos.

Habitualmente, el éxito o fracaso de las reuniones y congresos científicos son evaluados por parámetros como el número de asistentes, el volumen de comunicaciones, etc., habiendo poca información sobre el valor añadido que supone el contacto entre profesionales de distintos centros fuera de los entornos habituales de trabajo.

**Objetivos:** Evaluar la percepción de los profesionales de la región de Murcia que han participado en el último Congreso Nacional de Hospitales sobre la aportación que les ha supuesto el contacto con otros compañeros en los siguientes aspectos: Contacto permanente con personas que trabajan en el mismo tema. Información sobre proyectos similares llevados a cabo en otros centros.

**Material y métodos:** Mediante encuesta personalizada a todos los miembros asistentes al congreso en la que se incide en los aspectos anteriores.

**Resultados preliminares:** De las 9 Gerencias del Servicio Murciano de Salud, en el congreso han estado representada 5, lo que supone un 55,6%. La distribución de los profesionales ha sido la siguiente: Hospital Virgen de la Arrixaca: 10 (30,3%); Hospital Morales Meseguer: 8 (24,2%); Hospital General Universitario Reina Sofía: 7 (21,2%); Hospital Sta. María del Rosell: 5 (15,1%); Hospital Rafael Méndez: 3 (15,1%).

**Conclusiones:** La relación personal entre profesionales que se genera en las reuniones científicas aporta vías informales de comunicación que redundan en una mayor agilidad de transmisión de la información intercentros, tanto en la misma comunidad autónoma, como con otras comunidades. Este último aspecto es muy importante, ya que con la desaparición del extinto INSALUD se ha perdido un lugar de encuentro entre profesionales de la gestión, todavía no reemplazado. El presente estudio pretende evaluar esa aportación para los profesionales de la región de Murcia.

**P-325****P-324****ENCUESTA DE CLIMA LABORAL. HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ**

M. Gómez y P. Lillo  
Hospital Virgen de la Luz.

**Palabras clave:** Satisfacción profesionales sanitarios.

**Objetivo:** Conocer el grado de satisfacción de sus profesionales con el fin de identificar áreas de mejora.

**Métodos:** Población: 962 trabajadores sanitarios. Muestra: 246 profesionales estratificada por estamentos: (Prevalencia: 0,8, error que se prevé cometer: 0,07 y un error alfa de: 0,05). Distribución: Mediante carta personalizada durante el mes de Agosto a través del correo interno. Personal: Exclusivamente sanitario: Cuestionarios autocumplimentables y anónimos. Áreas de la encuesta: Retribución económica, condiciones de trabajo, relación mando/colaborador, percepción de la dirección, organización, clima de trabajo, promoción y desarrollo profesional. Metodología de evaluación: Escala de Likert del 1-5 en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. El punto 3 se toma como punto medio de satisfacción.

**Resultados:** El número de personas que cumplimentó la encuesta fue de 54, un 22% de las encuestas enviadas. Respecto al grupo profesional, el colectivo que presentó un mayor porcentaje de respuesta fue el de los facultativos con un 38%. La antigüedad media en años en el hospital fue de 14,98%. DT: 9,36. La antigüedad media en años en el servicio fue de 9,10. DT: 8,3. En cuanto al turno de trabajo el 57,4% de los encuestados corresponden al turno de mañana, el 31,5% al turno rotatorio y el 3,7% al turno de noche. Por servicios, el servicio que presentó mayor porcentaje de respuesta fue el de Medicina Interna con 6 de los 54 encuestados. En 15 de las encuestas no se identificaba el servicio. Los resultados globales y por áreas de la encuesta fueron los siguientes: La puntuación media de satisfacción fue de  $2,8 \pm 0,989$ , llegándose casi al grado medio de satisfacción de 3. El área que genera mayor satisfacción es la relación con los compañeros con  $3,77 \pm 0,899$ . Las áreas que generan menor satisfacción son, en primer lugar las posibilidades de ascenso ( $1,61 \pm 0,784$ ) seguido del salario ( $1,80 \pm 0,855$ ). Estratificando por estamentos, el colectivo que presentó mayor grado de satisfacción global fue el de los técnicos especialistas ( $3,08 \pm 0,748$ ) seguido de los médicos ( $2,95 \pm 1$ ) y enfermería ( $2,52 \pm 0,882$ ).

**Conclusiones:** A través de estos resultados destacamos las siguientes áreas con potencial de mejora (puntuación media de la escala de Likert por debajo del 3): ascenso, salario, comunicación con los directivos y participación en la organización. Concluimos finalmente que este tipo de encuestas debería ser tan habitual como las encuestas de satisfacción al usuario.

**P-326**

**PROUESTA DE COOPERACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN**

F. Morales, L. Aguiran, M. Fernández y M. Abadía  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-327**

**Palabras clave:** Organización, motivación, participación.  
**Objetivos:** Una de las prioridades del servicio de Rehabilitación del Hospital Morales Meseguer es orientar su actividad a responder a las necesidades de los ciudadanos de forma que sea atractiva a los profesionales. Para ensamblar los intereses individuales con los objetivos globales de la organización es necesaria una participación de los profesionales en la toma de decisiones. Con esta finalidad se ha iniciado un Grupo de indagación en el Servicio de Rehabilitación del hospital Morales Meseguer.

**Material y métodos:** El Grupo de indagación está formado por los profesionales del Servicio de Rehabilitación que voluntariamente colaboren y trabaja con un modelo deliberativo. Las bases que lo regulan se han acordado y plasmado en un Documento Marco. En las sesiones periódicas de trabajo en equipo se aportarán los documentos individuales, con un formato DAFO, para negociar y consensuar las líneas estratégicas, herramienta, a su vez, para las posteriores reuniones hasta alcanzar los documentos finales. Estos documentos serán remitidos a la Comisión de Valores y Objetivos del Servicio.

**Resultados:** Se muestran los documentos generados por esta iniciativa y el cronograma para su elaboración.

**Conclusiones:** Esta iniciativa promueve la participación multidisciplinar en la gestión del Servicio en un intento de mejorar los valores culturales dentro de la organización, aumentar la motivación y eficacia del personal y mejorar la capacidad de innovación y creatividad personal.

**ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL**

M. Vera, A. Fuentes, C. Ramírez, M. Griera y A. Hacha  
Campaña M Hospital Virgen Macarena.

**P-328**

**Palabras clave:** Unidad Atención Profesional.

**Introducción:** Establecimiento de la Unidad de Atención al profesional (UAP), como instrumento de vertebración de los recursos humanos y como cauce de comunicación de los profesionales.

**Objetivos:** Organizar la UAP como herramienta eficaz de trabajo, que propicie el contacto y la comunicación permanente con todos los profesionales.

**Metodología:** Creación de nuevos modelos de gestión y comunicación. Establecimiento de cauces procedimentales que aseguren la comunicación permanente con los profesionales. Establecimiento de cartera de servicios de la UAP, con cambios constantes adaptados a las nuevas necesidades. Utilización de nuevas tecnologías. Formación del personal responsable. Seguimiento de las medidas adoptadas y evaluación de las mismas para, en su caso, corrección.

**Resultados:** Mejor y más fructífero contacto con los profesionales. Adecuada respuesta de las demandas de los profesionales. Reducción de la burocracia. Credibilidad del servicio.

**Conclusiones:** Satisfacción de los profesionales.

**IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE FORM. CONTINÚA DEL CLIENTE INT TRABAJADOR EN UN CENTRO DE S. MENTAL**

S. Pérez, P. Plaza, C. Dueñas, M. Madariaga y E. Capdevilla  
Centro San Juan de Dios.

**P-329**

**Palabras clave:** Cliente interno, Calidad, Salud Mental.

**Objetivos:** Identificar las necesidades y expectativas formativas de los trabajadores del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos como parte del área de mejora identificada como Identificación, segmentación y análisis de las necesidades y expectativas de los clientes (clientes internos profesionales sanitarios del Centro).

**Método:** Cuestionario semi-cerrado de valoración mediante selección múltiple o escala de likert de 20 ítems.

**Resultados:** Los resultados confirman que las demandas de formación continuada de los trabajadores reflejan la continuidad con la formación facilitada con anterioridad. Además destaca la implicación de los trabajadores del Centro en la cultura de calidad y de mejora continua ya que un elevado porcentaje de los que responden identifican la formación en el Modelo de Calidad adoptado como necesaria.

**Conclusiones:** La formación, y la formación en aspectos de calidad, sigue siendo una de las demandas profesionales de mejora de la satisfacción laboral. Además permite apoyar el desarrollo de la cultura Institucional de Calidad a todos los niveles de responsabilidad de la empresa. En la medida que se establezca una sistematización en la identificación y satisfacción de dichas expectativas, contribuiremos al aumento de la satisfacción de nuestro cliente interno.

**PESETICAS... PESETICAS... NUESTRO SISTEMA DE INCENTIVACIÓN**

L.A. Hijos, D. Ara, C. Campos, O. Ordás, A. Castellanos y M. Muniesa  
CS DE GRAÑEN. Huesca.

**P-330**

**Palabras clave:** Incentivación, atención primaria, satisfacción profesionales.

**Introducción:** El sistema incentivación es un subproceso del proceso de apoyo: coordinación. Realizándose un reparto siguiendo dos asunciones filosóficas. "ninguna incentivación es absolutamente justa" y "hay que evitar la desmotivación de los buenos profesionales". Desde el año 2002, han participando todos los miembros del EAP en reuniones específicas. Entre los criterios de reparto están el puesto de trabajo y categoría profesional, la participación en reuniones, formación..., y las actividades extraordinarias. Todos los miembros tienen asignada una cantidad mínima para evitar la desincentivación.

**Objetivo:** Cuantificar la satisfacción de las personas del EAP en este proceso, siendo adecuado, transparente y participativo.

**Método:** Se realizó una encuesta entre los miembros del EAP que han recibido la incentivación. La encuesta se compone de 10 ítems, 6 dicotómicos (método adecuado, transparente, participativo...), escalas tipo likert (cantidades asignadas), 2 preguntas abiertas relativas al conocimiento de los criterios, y una valoración de la satisfacción general (escala 1-10).

**Resultados:** La realización de la encuesta fue del 86,77% (21 personas), por estamentos 42,86% para enfermería, 38,10% medicina y 19,05% el resto. La incentivación es necesaria para un 85,71%. Las cantidades individuales son adecuadas/muy adecuadas en el 90,48% y las cantidades recibidas por el resto del EAP en un 42,86%. Los motivos de este desacuerdo son los criterios empleados (63,64%). El grado de conocimiento de los criterios fue del 71,43%. El método es transparente (85,71%) y participativo (80,95%); la información sobre el mismo es menor (76,19%) al igual que la adecuación (66,67%). La satisfacción general del proceso es del 7,18 (D.S. 1,71). El sistema es suspendido en dos casos (9,52%).

**Conclusión:** La discrepancia entre la valoración de la cantidad recibida individualmente y la cantidad asignada a los otros miembros puede ser debida a criterios inadecuados y/o su infraponderación en el reparto. Sobre el método, los índices sobre participación y transparencia son altos pero debemos analizar las causas debidas a la falta de información y adecuación del sistema, mejorando el conocimiento de los criterios. El nivel de satisfacción es pertinente y consecuente con las dos premisas descritas. La incentivación en este EAP al interactuar con el resto de los procesos (dirigiendo y potenciando), es vista como un proceso que debe ser dinámico (modificable/adaptable a las necesidades, prioridades...).

**BUSCANDO EL DESARROLLO Y LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS: IMPLANTACIÓN DE LA NORMA INVESTORS IN PEOPLE EN LA FHC**

B. Salazar, J. Herreros, N. Lorente y C. Emparan  
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

**P-331**

**Palabras clave:** EFQM, desarrollo, personas.

**Objetivos:** Los resultados obtenidos en las encuestas de clima laboral y en la autoevaluación EFQM en los criterios personas y resultados en las personas nos hicieron plantearnos la búsqueda de una herramienta aplicable en la gestión de los recursos humanos que mejorase la implicación de estos en la empresa, y, como consecuencia de la misma, mejorasen los resultados obtenidos en la organización.

**Método:** Para ello decidimos llevar a cabo el proceso de implantación de INVESTORS IN PEOPLE (IIP), como norma para la formación y el desarrollo profesional de nuestras personas.

**Resultados:** La implantación de la norma ha supuesto un proceso que describimos paso a paso, con los logros intermedios obtenidos y los resultados finales. El proceso en sí requiere de un trabajo continuado de sensibilización e implicación en su desarrollo; dicha sensibilización se transmite en cascada desde el vértice de la pirámide hasta su base.

**Conclusiones:** A lo largo del proceso se constata un mayor sensibilización e implicación de todos aquellos que participan en él y que es transmitida al resto de la organización, lográndose, de esta manera, una mayor satisfacción y desarrollo del personal, que incide en los resultados obtenidos.

**DOCENCIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

J. Cervera, J. Guerrero, V. Gaztelu, M. Vicente, R.F. García y M. Gago  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**P-332**

**Palabras clave:** Docencia, urgencias pediátricas.

**Introducción:** La demanda asistencial de pacientes pediátricos valorados en los servicios de urgencias oscila entre un 20- 40% del total de urgencias atendidas, por lo cual es necesario que los futuros médicos, médicos de familia en formación, residentes de pediatría tenga una formación en el manejo del paciente pediátrico en situaciones de urgencias y emergencias así como en las técnicas diagnostico-terapéuticas específicas empleadas en el manejo de las distintas patologías pediátricas.

**Objetivo/metodología:** El docente, tras su rotación por urgencias pediátricas pueda adquirir los siguientes ítems: Conocer y aprender a valorar el "estado general normal" y el "estado general patológico" del paciente pediátrico que acude a urgencias. Adquirir las habilidades y destreza necesarias que permitan la realización de las maniobras y técnicas diagnósticas necesarias en el manejo del paciente pediátrico que acude a urgencias. Conocer los protocolos diagnostico-terapéuticos de los de los signos y síntomas de los diferentes síndromes y enfermedades de presentación más frecuente en urgencias pediátricas. Adquirir los conocimientos adecuados para saber diferenciar ante una consulta lo "no urgente", "lo urgente" o si verdaderamente se trata de una emergencia real. Adquirir las habilidades necesarias para manejar inicialmente la emergencia, y estabilización del paciente hasta la derivación del paciente.

**Conclusiones:** Docencia reglada y protocolizada sobre urgencias pediátricas. Mayor calidad de la docencia en nuestra unidad de urgencias. Cumplimiento de los objetivos docentes recogidos. Cumplir con los requisitos para la acreditación de urgencias pediátricas según las normas de la SEUP (Sociedad Española Urgencias Pediátricas).

**SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y FACTORES PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES SANITARIOS**

J.M. Jover, P. González, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**P-333**

**Palabras clave:** Factores psicosociales, clima organizacional.

**Objetivos:** Analizar uno de los factores psicosociales más relevantes, como es el clima organizacional, en un hospital de tercer nivel, analizar los factores asociados al mismo y su relación con la satisfacción profesional.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. *Ámbito del estudio:* Geográfico: Complejo Hospitalario de Jaén. *Temporal:* enero de 2004 a abril de 2005. *Población de estudio:* Población de referencia: trabajadores del Complejo Hospitalario de Jaén con contrato en activo al iniciarse el estudio. *Muestra:* Sujetos de la población elegible elegidos mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional que cumplan criterios de inclusión y exclusión. *Variables de estudio:* edad, género, estado civil, nivel de estudios, categoría profesional, tipo de trabajo, tipo de contrato, antigüedad en la empresa, clima organizacional global y su dimensiones, satisfacción laboral, salud percibida y problemas de salud. *Análisis estadístico:* se emplearon los test de la Ji Cuadrado, la t de Student, el ANOVA de un factor y la correlación de Spearman.

**Resultados:** Se encuestaron 217 trabajadores. La puntuación total media del cuestionario WES es de 4,38 puntos (DE: 1,43). Por centros, los resultados obtenidos son los siguientes: Hospital Médico Quirúrgico 4,67, Hospital Materno Infantil 3,75, Hospital Neurotraumatológico 4,34, Hospital Dr. Sagaz 4,75. Por categoría profesional, las puntuaciones alcanzadas son las siguientes: personal de mantenimiento y celadores 4,57, administrativos y auxiliares administrativos 4,09, trabajadores sociales 4,03, auxiliares de enfermería y técnicos especialistas 5,01, ATS, matronas y fisioterapeutas 4,83 y facultativos, farmacéuticos, bromatólogos y radiofísicos 4,03. Los factores asociados al clima organizacional han sido: centro de trabajo ( $p = 0,02$ ), categoría profesional ( $p = 0,01$ ) y nivel de estudios ( $p = 0,02$ ). El clima organizacional se asoció de forma estadísticamente significativa a la satisfacción laboral ( $p < 0,001$ ) y la salud percibida ( $p = 0,492$ ). En el umbral de asociación han quedado los problemas de salud ( $p = 0,068$ ).

**Conclusiones:** Los niveles de clima organizacional encontrados son congruentes con los publicados en la bibliografía. Destaca la asociación del clima organizacional con la satisfacción y la salud percibida de los trabajadores, no así con los problemas de salud declarados.

**EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL RIESGO PSICOSOCIAL, DETECCIÓN DE GRUPOS DE RIESGO**

R. Gil, J. Ingles, B. Murillo y R. Casas  
GRUP SAGESSA.

**P-334**

**Palabras clave:** Evaluación, riesgo, psicosocial.

**Objetivo:** Evaluar y analizar los factores de riesgo psicosocial (FR). Detectar grupos de riesgo sobre los que realizar actuaciones específicas.

**Método:** La evaluación se realizó durante el 2003, en todas las organizaciones gestionadas por el Grupo Sagessa y adheridas a la Mancomunitat Sanitària de Prevenció Se escogió el "Método de evaluación de factores psicosociales del Instituto de Seguridad y Higiene en el Trabajo", dado que era el único validado. Consta de cuestionario autoadministrado al que se añadieron datos sociodemográficos. Mide 7 FR: Carga mental (CM), Autonomía temporal (AT), Contenido del Trabajo (CT), Supervisión Participación (SP), Definición de rol (DR), Interés por el trabajador (IT), y Relaciones Personales (RP). El perfil resultante tiene tres tramas que señalan diferentes situaciones de riesgo (de 0 a 4: satisfactoria, de 4 a 7: intermedia, y de 7 a 10 nociva).

**Resultados:** Se presentan los resultados obtenidos en centros del mismo nivel asistencial, hospital de agudos,  $n = 478$ , índice de respuesta 40%. El 10,5% pertenecía al centro 1, 19,7% al centro 2 y 69,9% al centro 3. El 84,4% mujeres y el 15,2% hombres. El 26% era menor de 30 años, el 40% estaban entre 31 y 40, el 28% entre 41 y 50, y mayores de 51,4%. Respecto al contrato, 71% indefinido, 21% temporal y 7,7% formativo. En el 30% la antigüedad era menor de 5 años, en 14,7% de 6 a 10, en el 40% de 11 a 20 y en 14,7% superior a 21. Categorías, 13% médicos, 39% DUI, 22% Aux, 15,6% administrativos y 3,2% de servicios generales. El perfil global resultante respecto a FR psicosocial fue que el 57% se situaba en situación nociva en cuanto a CM, el 37,5% en situación intermedia y solo un 5,2% en situación satisfactoria. En AT el 23,4% presentaba situación nociva, el 32,4% intermedia y el 44% satisfactoria. El CT arrojaba cifras de 0,6% nociva, 18,8% intermedia y 80,5% satisfactoria. Para la SP, 6% nociva, 35,5% intermedia y 58,8% satisfactoria. Respecto a la DR, 1,5% nociva, 17% intermedia y 81,5% satisfactoria. El FR IT, 4,5% nociva, 35,1% intermedia y 60,4% satisfactoria. Las RP con un 93,4% de situación satisfactoria y 6,3% intermedia.

**Conclusiones:** Se hallaron diferencias significativas de FR psicosocial, CM y AT por centros ( $p = 0,000$ ). El resto de características analizadas, sexo, edad, antigüedad, categoría, servicio y contrato no presentaron diferencias significativas respecto a ningún FR. La CM y AT fueron los factores que presentaron mayores porcentajes de profesionales en situación nociva. Los factores con mayor porcentaje de situación satisfactoria fueron CT, DR y RP.

**EVALUACIÓN DE UN SISTEMA PARA MEJORAR LA CALIDAD MICROBIOLÓGICA AMBIENTAL EN RECINTOS SANITARIOS**

L.A. Rodríguez, A. García-Alonso, C. Sieiro-Gallardo, J.A. González-Pérez y A. Pombar-Gómez  
Super Bio Star, S.A.

**P-335**

**Palabras clave:** Dpuración ambiental, microbiología, calidad.

**Objetivos:** E el presente estudio el objetivo fue determinar la eficacia del sistema de depuración ambiental Alerfree® en la reducción de la proliferación microorganismos típicos en el ambiente hospitalario.

**Métodos:** Se realizaron ensayos in vitro en los que se cuantificó la reducción de las ufc de un determinado tipo de microorganismos inoculando una concentración conocida y evaluando la cinética de muerte del microorganismo utilizando el sistema Alerfree® en comparación con la cinética de muerte para el mismo microorganismo sin el sistema. Como indicadores de contaminación se analizaron: *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus*, *Aspergillus*, Mucor y Penicillium.

**Resultados:** la experiencia resultó en una acción positiva del sistema en la destrucción de los microorganismos inoculados. La cinética confirmó la rápida eficacia del sistema en la depuración microbiológica del ambiente de estudio.

**Conclusiones:** El sistema evaluado puede ser de utilidad en el control de la calidad microbiológica ambiental de lugares de atención sanitaria.

**APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA SOBRE EL PROCESO DE SUMINISTRO DE APOSITOS EN UN ÁREA DE SALUD: ANÁLISIS DE SITUACIÓN**

M.S. Doreña-Juanena, F.J. Pérez-Rivas, M. García-López, J.M. Santamaría-García, V. Solano-Ramos y M.J. Gil de Pareja  
Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid.

**P-336**

**Palabras clave:** Mejora, Suministro Apósticos, Satisfacción Profesional.

**Objetivo:** Conocer la opinión de las enfermeras de AP del Área 11 sobre aspectos generales del proceso de gestión de apósticos y sobre aspectos particulares de cada producto disponible en el Almacén de Área, dentro de un ciclo de mejora definido sobre el suministro de productos para el cuidado de las personas con úlceras cutáneas.

**Metodología:** *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal mediante cuestionario telefónico. *Ámbito de estudio:* Área 11 AP de Madrid Período: Julio/Agosto de 2004. *Sujetos de Estudio:* Enfermeras/os pertenecientes a 39 EAP Muestreo aleatorio representativo a nivel de Área (NC: 95%, e = 0,15) Entrevistadores: Secretaría técnica de Unidad de calidad Criterios definidos: Se definieron 9 criterios para evaluar el proceso.

**Resultados:** El total de profesionales encuestados fue 40. El 83% de los profesionales pertenecían a EAP de zona urbana y el 78% eran titulares. *Criterios de evaluación:* 1: Disponibilidad de apósticos: El 48% considera que la oferta de apósticos del Almacén es insuficiente. 2: Necesidades de cuidado: El 43% indica que se ha incrementado el número de pacientes/lesiones en los que utilizan apósticos. 3: Sistema de registro: El 73% refiere que no utilizan los registros específicos diseñados. -4: Prescripción de apósticos: Un 65% prescriben habitualmente algún tipo de apósticos. 5: Tasa de utilización de apósticos: El apósito que habitualmente más se utiliza (87%) es Biatain®, mientras que el que menos (13%) es Askina Transorbent®. 6: Indicación: En lesiones exudativas se utiliza principalmente Comfeel Seasorb® y Aquacel®, en lesiones poco exudativas, Axina Transorbent® y para ulceras infectadas se utiliza Comfeel Seasorb®. Biatain® es el apósito más utilizado para ulceras vasculares. 7: Periodicidad en el cambio: La mayoría señala que habitualmente el cambio de apósito se realiza cada 2-3 días. 8: Satisfacción: En general, el grado de satisfacción con los apósticos disponibles en almacén es elevado. En una escala del 1 al 7, todos se han situado claramente por encima de la media. 9: Mantenimiento/exclusión del apósito en catálogo de almacén: Más del 90% de los profesionales mantendrían todos los apósticos del Almacén, a excepción del apósito Askina Transorbent®.

**Conclusiones:** La opinión de los profesionales encuestados ha permitido adecuar la oferta de productos disponibles en el Almacén del Área a las necesidades del usuario y a la demanda del profesional. Del mismo modo ha permitido identificar nuevas áreas de mejora del proceso sobre las que se han definido líneas estratégicas de intervención.

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON UN SISTEMA DE VÍAS CLÍNICAS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO**

V. Soria-Aledo, B. Flores-Pastor, M.C. Hernández-Ferrandiz, A. Campillo-Soto, M.F. Candel-Arenas y J.L. Aguayo-Albasini  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**P-337**

**Palabras clave:** Vías clínicas, satisfacción profesionales.

**Objetivo:** Las vías clínicas son planes asistenciales que requieren la colaboración de todos los profesionales implicados. El objetivo de esta comunicación es evaluar la percepción de los profesionales que trabajan con un sistema de vías clínicas en un servicio de cirugía general.

**Material y método:** En el Servicio de Cirugía General del hospital Morales Meseguer, desde el año 2000 hasta el 2004 se han elaborado, implantado y evaluado las vías clínicas del pie diabético, la colecistectomía laparoscópica, la tiroidectomía, el neumotorax espontáneo y el carcinoma colorrectal. Se ha elaborado una encuesta a los cirujanos y al personal enfermería de las unidades correspondientes. El cuestionario se ha pasado de forma anónima y se ha compuesto de 5 preguntas relacionadas con las vías clínicas. La primera para saber si los profesionales conocen las vías clínicas que están implantadas. La segunda sobre quién se beneficia de las mismas. La tercera sobre la repercusión en los profesionales. La cuarta sobre su repercusión en los pacientes y la quinta sobre la repercusión en la institución.

**Resultados:** El 90% de los profesionales conocían qué vías clínicas estaban implantadas. Hubo coincidencia en que las vías clínicas beneficiaban tanto a los pacientes como a los profesionales y a la institución, aunque hubo un número significativo del personal de enfermería que pensaban que los cirujanos son los más beneficiados. Con respecto a los profesionales, la mayoría de los cirujanos contestaron que suponen una facilitación del trabajo y una protección legal. Para enfermería supone además de lo anterior una mayor carga de trabajo. Con respecto a los pacientes la mayoría de los encuestados, cirujanos y enfermería, piensan que supone una mejor atención global y una mayor y mejor información sobre su proceso. Con respecto a la institución cirujanos y enfermería coinciden en que ésta se beneficia de la disminución de las estancias y del gasto hospitalario, hecho que debería repercutir en los profesionales.

**Conclusión:** La implantación de un sistema de vías clínicas en un servicio de cirugía ha supuesto un cambio de filosofía en los profesionales para conseguir una atención óptima. La percepción de dicho cambio es diferente en algunos aspectos según el punto de vista de los médicos y enfermería, hecho que debe hacernos replantejar el trabajo en equipo tan importante para conseguir un resultado global satisfactorio.

**NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

E. González, P. López-Guerrero, M. Bas, M.J. Muñoz, E. Ramos y A. Vázquez  
Complejo Hospitalario de Ourense.

**P-338**

**Palabras clave:** Cartelera. Satisfacción trabajo.

**Introducción:** El nuevo modelo de gestión en hospitales obliga a buscar la calidad de los procesos y a extremar las medidas destinadas a la protección de la salud de los trabajadores. Nos encontramos que, al demandar permanentemente la continuidad de determinados Servicios durante 24 horas, el trabajo debe organizarse de tal forma que se realice mediante una sucesión de equipos de trabajo.

**Objetivos:** Analizar la relación existe entre la puesta en marcha de la cartelera de colores y el absentismo laboral, la actividad de formación e investigación como indicadores de motivación laboral.

**Material y métodos:** Se confecciona una cartelera de colores con una rotación de 23 semanas y posteriormente se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo en el Servicio de Urgencias del CHOU entre los años 1998 y 2004. Población a estudio: Plantilla actual de enfermería (26 enfermeras). Parámetros a estudio. Absentismo laboral. Protocolos de la unidad. Ponencias y comunicaciones a congresos. Cursos de formación o Asistencia a Congresos y Jornadas.

**Resultados:** Rotación cartelera. Abstención laboral. Asistencia a Cursos de formación. Asistencia a Congresos. Protocolos Unidad. Comunicaciones a Congresos.

**Conclusión:** Creemos que un sistema de motivación es uno de los sistemas que toda estructura organizativa debería tener correctamente diseñado e implantado. Pensamos que una cartelera bien diseñada puede mejorar la salud, seguridad y satisfacción del trabajador. Una buena cartelera es una ventaja para la organización y el trabajador. Según los datos del estudio creemos que esta cartelera de colores mejora aspectos de política de personal así como la participación y la comunicación proporcionando al trabajador una mayor autonomía, responsabilidad y control sobre su propio trabajo. Evita tareas repetitivas mediante la rotación de tareas y aumenta la satisfacción en su trabajo y su motivación.

**CONTROL DE CALIDAD EN LOS REGISTROS DE HOSPITALIZACIÓN: NIVEL SERVICIOS**

J. Puerta, J. Ródenas, P. Martínez, B. Nicolás, C.C. Aparicio y R. Ferrández  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Palabras clave:** Hospitalización, control calidad.

**Objetivos:** Para la mejora continua de la eficiencia en los hospitales es necesario contar con un buen sistema de información. Para esto es básico que todos los registros que se realicen en el sistema de gestión de pacientes se hagan de una forma idónea y que no varíen con el paso del tiempo debido a posibles errores de mecanización o informáticos. Este trabajo analiza las posibles variaciones y en qué medida se dan a través del tiempo en los registros del Área de Hospitalización de los diferentes servicios del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en el año 2004.

**Métodos:** Se ha tomado como referencia del trabajo el listado adm900s. (cuaderno de mando por servicios) del sistema de gestión de pacientes. Este listado se genera mensualmente y se utiliza como fuente de información de hospitalización para los 32 servicios susceptibles de ingresar pacientes. Se han comparado las cantidades de ingresos, altas y estancias (en todos los servicios) de los listados generados originalmente con las cantidades de los mismos listados generados en fechas posteriores. El tiempo transcurrido entre la generación de los listados oscila entre 351 días para Enero de 2004 y 59 días para Diciembre de 2004.

**Resultados:** De los 32 servicios analizados 14 (43,76%) no muestran diferencia alguna entre ambos listados, 9 (28,12%) muestran diferencias en ingresos, altas y estancias. De los 9 restantes (28,12%), 2 servicios tienen ligeras diferencias sólo en el número de estancias (15 y 24) y en 7 casos aparecen diferencias en dos de las tres variables. En las estancias la diferencia mayor está C. Cardiovascular con 281 (2,19%) y en Tocoginecología con 142 (0,30%) que a su vez tiene la mayor diferencia en número de altas, 6 (0,05%). Le sigue C. Plástica-Quemados con 5 altas (0,74%). En cuanto al número de ingresos la mayor diferencia está en Pediatría con 4 (0,03%) y en C. Pediátrica (junto con tres servicios mas) con 3 (0,36%). Para el total del Hospital las diferencias son las siguientes: 1 ingreso (0,0027%), 5 altas (0,0140%) y 522 (0,1910%) estancias.

**Conclusiones:** Los resultados muestran una pequeña variación entre los listados. Estas son debidas a errores iniciales en el registro del paciente y a la rectificación posterior. Se puede concluir que la consistencia de los registros a través del tiempo es buena.

**P-340****¿EN VERDAD ES POSIBLE LA COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA?**

M. Santiago-García, A. Barragán-Pérez, M. Moreno-Valero, F. Alcántara-Zapata, A. García-González y J. Ruiz-Ros  
Gerencia Atención Primaria. Murcia.

**Palabras clave:** Coordinación, sistemas de información, atención primaria.

**Objetivos:** Analizar los tiempos de espera (TE) en la recepción de analíticas solicitadas por facultativos de Atención Primaria (FAP) en un área de salud y sus causas. Introducir actuaciones para minorar los TE. Mejorar la coordinación entre AP y Atención Especializada (AE).

**Métodos:** Ámbito y emplazamiento: 14 Centros de Salud (18 existentes en el Área de Salud de Cartagena) que comparten el mismo laboratorio de referencia. Período estudiado: Septiembre-2004 a Abril-2005. Las oportunidades de mejora detectadas fueron: A.- Un retraso excesivo en la recepción de los resultados analíticos por parte de los FAP una vez que al paciente se le había realizado la extracción de sangre y se le había enviado la muestra al hospital de referencia. B.- Dificultad para acceder a analíticas enviados por el laboratorio y extraviadas (2ª copia). 1ª evaluación, se seleccionaron 4 Centros de Salud elegidos al azar en los que se muestraron 4 solicitudes de analíticas/semana durante 3 meses previos a la intervención. 2ª evaluación, tras la intervención, el procedimiento fue el mismo en los mismos Centros y con la misma muestra.

**Intervención:** Análisis de la situación mediante un fluograma midiendo los tiempos en cada fase. Se trató el problema de forma conjunta entre el Servicio de Laboratorio del Hospital y la Gerencia de Atención Primaria. Como consecuencia del análisis se modificó el circuito clásico (que incluía la recepción de las analíticas en los Centros de Salud por correo interno) por un nuevo circuito (que incluye la recepción de las analíticas en los centros de salud vía fax. También se habilitó en los puestos informáticos de los Centros de Salud la posibilidad de acceder a los resultados de las analíticas ya emitidas a través de web. Los resultados se expresaron en mediana de los TE, para evitar valores extremos.

**Resultados:** 1ª evaluación: mediana de los TE de 15 días (rango 8 – 20). 2ª evaluación: mediana de los TE de 4 días (rango 2 – 8).

**Conclusiones:** 1.- La coordinación atención primaria – atención especializada es posible y mejora la accesibilidad y calidad de los servicios. 2.- Los circuitos directos agilizan los procesos. 3.- Las tecnologías de nueva generación, deben ponerse a disposición de los servicios en el plazo más breve posible.

**P-342****EFFECTO DE LA DIFUSIÓN DE UNA GUÍA PARA EL ENVÍO CORRECTO DE MUESTRAS**

R. Martínez y A. Giménez  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Guía, muestras.

**Introducción:** El envío correcto de los diferentes tipos de material biológico a un servicio de Anatomía Patológica (en términos de identificación, datos clínicos elementales, recipientes utilizados, cantidad y tipo de fijador utilizado.) tiene una importancia decisiva - muchas veces, irreparable- en su manejo apropiado y, por consiguiente, en el diagnóstico final.

**Objetivo:** Mejora en el envío de muestras tras implantación de una guía de envío correcto de muestras.

**Material y método:** Lugar: Un hospital General Universitario de 400 camas. Período: dos períodos de 7 meses cada uno.

**Tipo de estudio:** ciclo de mejora. Evaluación: antes- después.

**Medidas de intervención:** Implantación de guía de muestras, difusión en unidades mediante póster, y reunión informativa con los supervisores de unidad. Total de muestras: 1º período (Biopsias 6402); 2º período (biopsias 6550). Criterios: Cr (1) Datos correctos del paciente. Cr (2). Procedencia anatómica. Cr (3) Servicio solicitante. Cr (4) Facultativo solicitante. Cr (5) Contenedor adecuado. Cr (6) Fijación adecuada. Test: Exacto de Fisher.

**Resultados:** Primera evaluación (incumplimientos) Cr 1: 1328 (20,7%) Cr 2: 1116 (17,42%) Cr 3: 825 (12,9%) Cr 4: 3821 (59,7%) Cr 5 825 (12,9%) Cr 6: 526 (8,2%). Segunda evaluación (incumplimientos) Cr 1: 826 (12,6%) Cr 2: 425 (6,5%) Cr 3: 427 (6,5%) Cr 4: 3722 (56,7%) Cr 5: 421 (6,4%) Cr 6: 327 (5%).

**Conclusión:** La difusión de una guía relativamente simple en lugares estratégicos del hospital puede contribuir a disminuir los casos de envío inadecuado de este tipo de material.

**P-341****USO DEL VIDEO MODELLING PARA AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DEL CATETERISMO CARDIACO**

C. Pérez, C. Santolaria, I. Calvo, A. Luckic, J.G. Galache y L.J. Placer  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**Palabras clave:** videomodelling cateterismo cardiaco.

El cambio de la relación médico paciente hacia un modelo más participativo, unido al desarrollo de los medios de comunicación, ha llevado a una mayor demanda de información al médico sobre los procedimientos a los que el paciente será sometido. En este contexto, Cateterismo Cardiaco es un vídeo dirigido a: pacientes cardiológicos en los que está indicado un cateterismo. Profesionales de Atención Primaria, para ayudarles en la labor diaria de atender a sus pacientes y resolverles dudas.

**Objetivos:** Mejorar la información dada a los pacientes a los que se les indica un cateterismo: conocer las indicaciones y posibilidades del procedimiento, sus riesgos y beneficios y conseguir la implicación del paciente en la toma de decisiones.

**Metodología:** Con una estructura narrativa lineal, reproduciendo modelos clínicos, se "introduce" al paciente en el Hospital y se ilustra audiovisualmente la prueba. Además del visionado continuo, la división en catorce capítulos permite atender individualmente cada caso.

**Resultados:** Recreaciones virtuales, esquemas e imágenes reales ayudan a conocer mejor el procedimiento, lo que supone una mayor aceptación del mismo con un menor grado de ansiedad.

**Conclusiones:** Utilizando el lenguaje audiovisual, este vídeo en 12' informa sencillamente y con rigor sobre una técnica habitual en Cardiología.

**P-343**

**DESARROLLO DE INDICADORES CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA**

A. Orube, E. Zavala, R. Larretxe, M.J. Esnaola, M. Merino y A. Núñez

Hospital Donostia. Servicio de Radioterapia.

**Palabras clave:** Indicadores, información, radioterapia.

**Objetivo:** Desarrollar indicadores a las 9 etapas clínicas en las que se divide el proceso de radioterapia. Monitorizar y analizar los resultados.

**Metodología:** Definir procedimientos y actividades de cada etapa clínica asociando indicadores. Definir estándares basados en la revisión de las literatura experiencia del equipo. Monitorizar indicadores mediante hoja asociada a la ficha de tratamiento.

**Resultados:** Evaluación inicial Pacientes con HC cumplimentadas ST 85%. Pacientes con estadiaje y hoja de registro de tumores ST 85%. Pacientes con informe de anatomía patológica st 90% Decisión terapéutica: Pacientes con consentimiento informado ST 85%. Localización: Pacientes con RX de posicionamiento 85%. Pacientes con CT para planificación 60%. Plan de irradiación: Pacientes con dosimetría en ficha de tratamiento ST 95%. Pacientes con PTV en ficha de tratamiento ST 85%. Pacientes con órganos de riesgo en hoja de tratamiento ST 70%. Simulación del tratamiento: Pacientes con comprobación de isocentro y campo ST 50%. Pacientes con RX simulación ST 85%. Aplicación del tratamiento: Pacientes con fotografías de campos de tratamiento y posicionamiento ST 85%. Pacientes con fotografías iniciales ST 85% Control del tratamiento: Pacientes con fotografías de control semanal excepto paliativos ST 80%. Pacientes con evaluación de fotografías (semanal) ST 80%. Pacientes con control de toxicidad aguda semanal ST 80%. Evaluación final: Pacientes con informe final ST 85%. Seguimiento del paciente: Pacientes con control en el primer trimestre tras el tratamiento ST 80%. ANÁLISIS DE DATOS: Los indicadores se han recogido y analizado mensualmente a lo largo de 3 años siendo su evolución positiva en la mayoría de ellos a excepción de estadiaje en hoja de registro de tumores, consentimiento informado e historia clínica cumplimentada. Dichos datos han permitido poner en marcha acciones de mejora para corregir tanto la recogida de información como la desviación real respecto al estándar que representaba dicha medición.

**Conclusiones:** El desarrollo de los indicadores nos ha permitido reflexionar sobre nuestro propio proceso y medir de forma objetiva su evolución para poder ajustar las desviaciones detectadas. La participación de los diferentes estamentos del servicio ha sido clave tanto para el desarrollo de los indicadores como para la recogida de la información.

**P-344****DISPOSITIVOS Y TECNOLOGÍA HARDWARE INTEGRADA EN LA ACTIVIDAD ENFERMERA**

Z. Gancedo, C. Bustamante, P. Herrera, M. Rodriguez, M. Moreno y A.R. Díaz  
Hospital Sierrallana.

**Palabras clave:** Enfermería, dispositivos hardware

**Objetivos:** Si bien en la década pasada la introducción de dispositivos y aplicativos informáticos en la gestión de procesos sanitarios se realizaba de forma puntual y con un enfoque básicamente centrado en gestión de tiempo y recursos, hoy en día tanto por los conocimientos adquiridos como por las nuevas tecnologías disponibles, la tendencia es integrar éstas como un continuum en la práctica clínica. Mostrar y describir el circuito a través del cual se integran en nuestro hospital las tecnologías de la información y dispositivos hardware en los diferentes procesos de la práctica enfermera cotidiana.

**Método:** Identificación y descripción gráfica de los circuitos que interrelacionan los procesos enfermeros y las tecnologías de la información puestas a disposición de los profesionales, a través de los siguientes elementos: - Servidores centrales -Red LAN -Red wire-less - Ordenadores de sobremesa -Tablets pc -PDAs.

**Resultados:** -5 unidades de enfermería con red wire-less - 15 ordenadores PC, 3 por unidad -5 tablets pc distribuidos por unidades -15 PDAs, 3 por unidad.

**Conclusiones:** Las nuevas tecnologías de la información pueden integrarse en los procesos enfermeros aportando a éstos las utilidades inherentes al uso de la informática en cuanto a la gestión de información en tiempo real, apoyo al conocimiento, ahorro de tiempo en beneficio del paciente.

**P-346****COMUNICACIÓN NO VERBAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**

R. Rodríguez, R. Valdivia, J. Serrano, A. Ramírez, M. Daza y A. Díaz

Hospital Punta Europa.

**Introducción:** La ansiedad es un sentimiento humano normal que todos experimentamos cuando nos enfrentamos con situaciones que consideramos difíciles o que suponen una amenaza. Cuando los pacientes ingresados en UCI y sometidos a ventilación mecánica no pueden hablar, unido al desequilibrio sensorial que sufren, se encuentran en un estado de ansiedad que repercute en el estado del propio paciente y del personal de enfermería, ante la imposibilidad de no poder comunicarse. Estas situaciones tan cotidianas en nuestra UCI nos lleva a crear una herramienta que nos sirviera para poder mejorar la comunicación con este tipo de pacientes y con ello reducir el nivel de ansiedad y mejorar la atención prestada.

**Objetivo:** Mejorar la comunicación con los pacientes sometidos a intubación endotraqueal. Estudiar cuáles eran las necesidades más básicas y demandadas por estos pacientes, según la experiencia profesional del grupo.

**Método:** Elaboración de una tabla de símbolos pictográficos que den respuesta a las necesidades básicas de estos pacientes.

**Conclusión:** Tras la realización de la tabla, traducida en varios idiomas (inglés, francés y árabe) hemos podido comprobar como ha disminuido la ansiedad en estos pacientes. Con el uso de esta herramienta el personal de enfermería puede hacer una valoración de necesidades y dar un cuidado integral, completando así el Plan de cuidados individualizados para estos pacientes.

**P-345****INFORMATIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

C. González, T. Pi-Sunyer y M. Sanz  
Hospital del Mar. Barcelona.

**Palabras clave:** EDO, Informatización.

**Objetivos:** En el Hospital del Mar y el Hospital de la Esperanza las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) se realizaban manualmente por el médico responsable. Para mejorar su identificación, la detección de posibles brotes hospitalarios causados por dichas enfermedades, y agilizar los trámites burocráticos que ello comportaba se planteó la posibilidad de informatizarlas.

**Métodos:** En 1996 se llevó a cabo el desarrollo de un programa informático para las EDO. Se identificaron los códigos según la CIE-9-MC de los diagnósticos médicos y se diferenciaron con palabras clave las EDO numéricas y individualizadas según el Decreto 395/1996 (actualmente 308/2001). Se formó al personal médico del Servicio de Urgencias sobre la importancia de la correcta descripción de los diagnósticos médicos en el informe de alta. En las áreas de hospitalización las EDO se detecta a través del CMBD. El programa capta de nuestra red informática hospitalaria las EDO de forma automatizada. Durante un período de tres años, se realizó paralelamente un seguimiento manual por la enfermera del Programa de Infecciones, para la detección de errores que se fueron corrigiendo. Desde el año 2000 se realiza el seguimiento semanalmente: se genera desde el programa un listado de las EDO. Las individualizadas se verifican y depuran del listado. Posteriormente se envían los resultados a la Agencia de Salud Pública de la cual recibimos automáticamente un acuse de recibo. Este fichero se archiva en la base de datos de nuestro programa.

**Resultados:** Hace cinco años que realizamos el seguimiento automatizado de las EDO. Los errores encontrados, debidos principalmente a la errónea descripción y transcripción del diagnóstico médico en las EDO numéricas, son aceptables. La colaboración y seguimiento semanal por parte de la Agencia de Salud Pública nos confirma que el programa es válido.

**Conclusiones:** La informatización ha supuesto una mayor rapidez y mejor seguimiento de las EDO. Los médicos son más conscientes de la importancia de la identificación y la declaración de las EDO, ello ha contribuido a mejorar la detección de brotes hospitalarios. Todo ello ha resultado ser un circuito interno rápido superando al anterior.

**P-347**

## IMPLANTACIÓN DE CUADROS DE MANDO COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD EN EL GRUPO SANITARIO IDC-CAPIO

J. Zamora, L. Alfaro, M. Blanco e I. Arbusá  
Grupo Sanitario IDC Capio. Barcelona.

**Palabras clave:** Indicadores Calidad.

Se presenta el cuadro de mandos utilizado en el grupo sanitario IDC-Capio como instrumento de gestión del Sistema de Calidad.

**Objetivos:** 1. Impulsar la mejora cualitativa, de forma continuada y sostenida, en todos los centros y para todos los ámbitos del grupo sanitario IDC-Capio. Ello implica el desarrollo de una sistemática de gestión por procesos. 2. Establecer una sistemática de medición que permita evaluar la consecución de los objetivos de calidad y la comparabilidad interna y externa. 3. Valorar el grado de implantación en todo el grupo.

**Material y método:** En el Núcleo Central de Calidad (NCC) se han definido un total de 124 indicadores básicos (IB) (77 para centros de agudos y 47 para centros sociosanitarios) relacionados con los procesos identificados en cada ámbito, a partir de su propio Mapa de Procesos. Todos los IB disponen de fichas descriptivas de su contenido, que se hallan a disposición de las personas con acceso al Portal de Calidad en la Intranet Corporativa. Los grupos promotores de calidad (NPC) constituidos en cada centro se encargan de integrar la información de los IB y la envían trimestralmente al NCC, que aporta los resultados globales a la dirección corporativa. Con independencia de los IB, cada propietario de proceso determina y define los indicadores específicos que considere adecuados para el control completo de su proceso. Cuando se superan los límites de alarma preestablecidos, automáticamente se ponen en contacto los grupos de calidad implicados (corporativo y de centro) para gestionar medidas de mejora inmediatas.

**Resultados:** El NCC evalúa trimestralmente la implantación de los IB en los centros del grupo, siendo el objetivo para este año 2005, que supere el 75%. En la revisión realizada en el primer trimestre el % medio de implantación ha sido del 56,7%.

**Conclusiones:** El sistema de monitorización de indicadores utilizado se ha mostrado como un instrumento eficaz y válido, que permite la evaluación de procesos, la comparación entre centros, la fijación de objetivos de mejora y objetivar su logro.

P-348

## CICLO DE MEJORA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL INFORME DE ALTA EN URGENCIAS

A. Cano-Nieto, I.A. Moreno-Encabo, J. Alcaraz-Martínez, I. Ayala-Vigueras, P. Abenza-Jiménez y R. Pérez-García  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** urgencias, ciclo de mejora, informe de alta.

**Introducción:** Los informes de alta, y los de Urgencias no son una excepción, deben ir firmados y el médico responsable debe indicar el nombre y número de colegiado. El objetivo de este trabajo es evaluar la correcta identificación del médico responsable del alta en Urgencias y realizar actividades para mejorar su cumplimiento.

**Metodología:** En los meses de octubre y diciembre del 2004 se seleccionó una muestra de 10 casos seis días de cada mes mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado en función de los 6 grupos de médicos de guardia establecidos en el servicio (180 casos). Tras conocer los resultados de cumplimiento se envió una carta con los resultados a los médicos de Urgencias y se comentaron en sesión clínica. En Mayo de 2005 se tomó una muestra de 60 casos con la misma metodología que el primer muestreo. Se utilizó el test de la Chi cuadrado para comparación de proporciones.

**Resultados:** En el muestreo realizado de 180 informes, 4 no pudo identificarse al responsable del alta. En 53 casos ( $29,44\% \pm 6,6\%$ ) faltaba el nombre del médico, en 5 casos ( $2,8\% \pm 2,4\%$ ) el número de colegiado y en todos aparecía la firma. Tras las actividades de mejora, el porcentaje de informes donde no constara el nombre fue del  $23,3\% (\pm 10,6\%)$  y el cumplimiento de la firma y el número de colegiado fue del 100%. Pudieron identificarse todos los responsables del alta.

**Conclusiones:** Se ha evidenciado una mejora en la identificación del informe de alta en Urgencias.

## REGISTRO 'ON-LINE'. USO EFICIENTE DE UNA INTRANET HOSPITALARIA PARA ELIMINAR PAPEL

A. Noriega, E. Martínez, A. Díez Herrera  
Hospital Sierrallana.

**Palabras clave:** Registro, ON LINE, Comunicación.

**Objetivos:** Transformación de los canales habituales de comunicación entre los departamentos / servicios del hospital basados fundamentalmente en el uso de papel mediante el establecimiento de un sistema "ON LINE".

**Metodología:** Como resultado de los planteamientos de la apuesta de mejora en la eliminación de papel en nuestro Hospital, desde enero de 2005 se ha incluido un programa experimental de registro 'on-line' soportado sobre nuestra Intranet corporativa y inicialmente aplicada a la inscripción en las actividades formativas, desapareciendo los preimpresos, listados, etc. Se va ampliando el proyecto paulatinamente a otros departamentos con el fin de canalizar la información a través del registro oficial, así cualquier petición o notificación queda registrada cuando desde el registro se atienda y confirme la lista de espera de las diferentes entradas o salidas, produciéndose dinámicamente una contestación 'on-line' de conformidad al solicitante y el envío al destinatario. Todo el proceso se valida por usuario y contraseña a través de la intranet y queda registro de 'logs' con los datos necesarios de seguridad y control.

**Resultados:** Se ha elaborado el proyecto que proporciona al centro un registro informatizado estructurando los siguientes apartados:

1. **Eliminación de papel:** Se elimina un volumen considerable de papel mayormente innecesario y sujeto a mero trámite administrativo. 2. **Agilidad en la gestión:** El usuario ve mejorada la calidad de su gestión al tratarse de un recurso inmediato, dinámico, sin esperas ni trámites. 3. **Uniformidad:** Proporciona uniformidad y estandarización a las peticiones evitando disparidad de impresos y facilitando el uso y envío. 4. **Aumento de la fiabilidad:** Se evitan perdidas y demoras. 5. **Seguridad:** Efectúa un registro de transacciones quedando constancia del evento como parte esencial de la fiabilidad y seguridad del sistema. Así se ofrece a los usuarios una herramienta de trabajo que en su período experimental proporciona los siguientes resultados: se ofertan un total de 41 actividades formativas repartidas en 38 talleres y 3 cursos con un total de 275 inscripciones.

**Conclusiones:** El compromiso con el medioambiente en el que está inmerso el hospital, hace que se desarrollen paulatinamente medidas destinadas a mejorar nuestro entorno.

P-350

## IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL HOSPITALARIO POR NIVELES

E. Conde, P. Carrasco, E. Heras, D. Campos, C. Buey  
y E. Cabrera  
Hospital Carlos III.

**Palabras clave:** Implantación información asistencial.

**Objetivo:** Presentar el cuadro de mandos asistencial y el circuito de comunicación de la información establecido para evaluar trimestralmente con los diferentes Servicios los objetivos asistenciales y las áreas de mejora del Hospital Carlos III.

**Material y método:** Se ha implantado un cuadro de mandos asistencial, de periodicidad mensual obtenido a partir de las bases de datos del HP-HIS y CMDB (éste, trimestral, que recoge información referente a actividad y calidad de la asistencia hospitalaria, de quirófanos, de consultas y la realización de pruebas; todo ello ordenado en tres niveles: Individual, Servicio, Global. Se establece un circuito: a) Comunicación electrónica a todos los servicios, mensualmente b) Revisión de mejoras con la Dirección, trimestralmente. Se realiza a tres niveles: Nivel I: Individual (profesional). Nivel II: Servicios. Nivel III: Global hospital (Dirección).

**Resultados:** Se obtienen los siguientes datos Nivel I: a) **Hospitalización:** Altas, EM, morbi-mortalidad, GRD's más frecuentes. b) **Consultas:** Primeras, Sucesivas, Alta Resolución y la relación S/P. Nivel II: a) **Hospitalización:** Altas, EM, Ocupación, Objetivo y datos del año previo, Proyección de fin de año. b) **Consultas:** Primeras, Sucesivas, Alta Resolución, relación S/P, Objetivo y año previo, Proyección de fin de año. Nivel III: a) **Hospitalización:** Altas, EM, Ocupación, Objetivo y año previo, Proyección de fin de año. b) **Consultas:** Primeras, Sucesivas, Alta resolución, relación S/P, Objetivo y año previo, Proyección de fin de año. c) **Pruebas diagnósticas:** Primeras, Sucesivas, Alta resolución, relación S/P, Objetivo y año previo, Proyección de fin de año, Origen y Derivación por área sanitaria y centro de salud.

**Conclusiones:** 1. Mecanismo de comunicación entre la Dirección del Hospital y los diferentes Servicios asistenciales. 2. Acciones de mejora en la gestión clínica. 3. Determinación de objetivos asistenciales.

P-351

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS EXTRANJEROS MAYORES DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD EN EL SECTOR ZARAGOZA I

J. Rodríguez, A. Misiego, N. Enríquez, P. Garay y J. Coca  
Dirección de Atención Primaria Sector II. Zaragoza.

**Palabras clave:** Mayores, Extranjeros, Usuarios.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es la descripción de las características demográficas principales de la población de Usuarios Extranjeros Mayores a partir de la base de datos de Tarjeta Individual Sanitaria. Compararlas con las de los Usuarios Extranjeros con edad menor de 65 años en el Sector.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo. La población de estudio comprende a Usuarios Extranjeros con edad igual o mayor de 65 años y cuya asistencia estaba cubierta por el Sector Zaragoza I a 1 de Febrero de 2005. Han sido analizadas las variables Edad, Sexo, País de nacimiento, Tipo de T.I.S.

**Resultados:** El Sector Zaragoza I cubre la asistencia de 7.897 T.I.S. de Usuarios Extranjeros, de ellas, 180 (2,28%), corresponden a Usuarios con edad igual o mayor de 65 años. La distribución por sexos es 38,33% varones y 61,67% mujeres. Los países de nacimiento más frecuentes son por orden de frecuencia: Marruecos (15%), Colombia (8,89%), Argentina (8,33%), Ecuador (7,78%), Cabo Verde (6,67%) y España (6,67%). El 21,6% de las T.I.S. pertenecen a Usuarios Titulares con recursos (41,02% mujeres), el 27,9% a Usuarios Beneficiarios no Titulares (68% mujeres) y 50,5% a Usuarios Titulares Sin recursos (67,03% mujeres).

**Conclusiones:** Las características demográficas principales de los usuarios extranjeros Mayores en el sector Zaragoza I son diferentes que las de los usuarios extranjeros con edad inferior a 65 años. Se trata de un grupo de población en el que predomina el sexo femenino, que tiene a Marruecos como primer país de origen y con una mayor proporción de usuarios sin recursos y beneficiarios. Es un grupo de usuarios importante (2,28%) cuyas características habrá que tener en cuenta a la hora de adaptar la oferta de servicios a todos los usuarios del Servicio Aragonés de Salud.

P-352

## ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE CALIDAD HOSPITALARIOS: SISQUAL

M. Riu, F. Cots y X. Castells  
Hospital del Mar. Barcelona.

**Palabras clave:** Sistema de información, Indicadores, Calidad.

**Objetivo:** En el marco del programa de calidad del IMAS: IMASQual, se propuso el objetivo de elaborar un informe que facilite el proceso de evaluación sistemática, y que oriente a los análisis específicos. Una parte de este informe lo forma un grupo de indicadores de calidad al que denominamos SisQual. Metodología de elaboración del SisQual: 1) Elaboración de un listado preliminar de indicadores que responden a las siguientes características: - Abarcan diferentes dimensiones de la calidad. - Se proponen después de una revisión sistemática de proyectos internacionales de mejora de la calidad más relevantes en el ámbito sanitario (JCI, PI, IQIP, OCDE,...). - Forman parte de los programas que las Administraciones Sanitarias han impulsado y controlan con relación a la calidad. - Son factibles de obtener y tienen una buena validez. - Forman parte de la cultura de calidad de la Institución. 2) Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la definición de los indicadores del SisQual sobre la base del documento preliminar. Dinámica del trabajo de grupo: - Cada miembro del grupo valoraba de forma independiente la precisión, validez, factibilidad, sesgo, definición y si tenía conocimiento de estandares. - Elaboración de una ficha para cada indicador en la que constaba la justificación, tipo de indicador, fórmula de cálculo, criterio de ajuste, población, ámbito de análisis, fuente de datos, si la información está mecanizada, estándar y la persona responsable de su obtención. - Discusión de grupo de cada uno de los indicadores y elaboración de la propuesta definitiva. - Análisis de factibilidad y validez de la información. - Presentación a diferentes grupos de profesionales.

**Resultados:** Los indicadores se han estructurado en tres dimensiones: acceso, proceso y resultado. Inicialmente había 61 indicadores, en el documento final se analizan 30, en el proceso de elaboración se han descartado algunos y se han incorporado otros.

**Conclusiones:** Esta metodología ha permitido elaborar unos indicadores de calidad ampliamente consensuados en la institución. Una vez consolidado este primer paso, se pretende automatizar la obtención de los indicadores como parte integrada del sistema de información del IMAS y definir un grupo de indicadores al nivel de servicio o de proceso concreto. El grupo de trabajo definió un segundo grupo de indicadores, no factibles actualmente y que quedan como reto.

P-353

## GESTIÓN DE CALIDAD DEL FICHERO MAESTRO DE PACIENTES

M.P. Jiménez, A.M. Espanza e I. Aincia  
Centro de Consultas Príncipe de Viana. Navarra.

**Palabras clave:** Tarjeta Sanitaria, Fichero Maestro de Pacientes.

**Objetivos:** Conocer nº de historias (Has) duplicadas abiertas, dónde, causas, mejora y comparación estadística.

**Material y métodos:** La base de datos de Has es única en Asistencia Especializada, áreas de Pamplona y Estella. Existe un único nº de Ha para diferentes centros y archivos. Alto porcentaje de Has tienen asociado número de Tarjeta Individual Sanitaria, TIS. La inclusión de registros nuevos en Fichero Maestro de Pacientes (FMP) está sujeto a múltiples entradas. Se solicitó al Servicio de Informática un programa que trabajara directamente sobre FMP detectando Has duplicadas abiertas/día. En 2004 se mejoró la recogida de datos: nº Has abiertas, dónde, nº duplicadas respecto a si-total, y se analizaron causas: existencia o no de TIS en Haoriginal y en duplicada, y comparación de datos demográficos. Como mejora los datos se envían/mes a Direcciones de puntos de registro. Análisis estadístico: prueba estadística  $\chi^2$  de comparación de proporciones y análisis de tendencia lineal.

**Resultados:** De febrero-diciembre 2004 se abrieron 26499 registros, 1127 (4,3%) ya existían. Cada día se abren 3,4 Hasduplicadas. Destacan meses de período vacacional: julio, menor porcentaje de Hasabiertas duplicadas, 3,4% y septiembre, mayor, 5%. Agosto detectó 4,8% y tras la mejora descendió hasta 3,8% en octubre. Se ha observado tendencia significativa en porcentaje de duplicadas a lo largo del año pero no entre laborables y festivos, excepto en julio Destacan con mayor porcentaje de Hasduplicadas centros con menor número de Hasnuevas abiertas y puntos de mayor presión asistencial. Se objetiva que más del 70% de Hasduplicadas corresponden a pacientes que acuden con TIS, dato que no existía en registro anterior. Respecto a las diferencias de datos demográficos, destacan Hasduplicadas con mismos nombre-apellidos-fecha nacimiento (57,9%) y registros con domicilios distintos aunque con nombre-fecha nacimiento iguales (23,4%). El resto de diferencias de datos demográficos (18,7%) corresponde a nombres compuestos, fechas de nacimiento distintas, fecha nacimiento y domicilio distintos, errores ortográficos, variación de grafía (castellano-euskera) y apellidos compuestos.

**Conclusiones:** La implantación de gestión de calidad en FMP (análisis de Hasduplicadas; diseño de estudio de evaluación de nivel de calidad; recogida, análisis y discusión de datos; intervención y reevaluación) nos ayuda a detectar: disparidad de criterios en introducción de datos, déficits de formación y a su mejora. Es necesario continuar con monitorización de este indicador.

P-354

## ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

B. Flores, V. Soria, M.F. Candel, B. Andrés, A. Campillo y J.L. Aguayo  
Hospital J.M. Morales Meseguer.

**Palabras clave:** Informes de alta. Comorbilidad. Cirugía.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro estudio es evaluar la fiabilidad de los informes de alta hospitalaria, en relación al registro de la comorbilidad y las complicaciones, en nuestro servicio de Cirugía General.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 50 historias clínicas seleccionadas según el método de muestreo aleatorio sistemático entre todas las altas generadas en nuestro servicio de cirugía general y digestiva durante el período octubre de 2002-octubre de 2003. Se analizó la fiabilidad del informe de alta respecto al registro de la comorbilidad incluyendo las variables hipertensión, diabetes, cardiopatía, hiperlipemia, EPOC, obesidad y alergias. La fiabilidad respecto al registro de complicaciones fue evaluada mediante la selección de un grupo de patología (procedimientos quirúrgicos practicados sobre colon y recto) y valorando la correlación entre historia clínica e informe de alta. Los datos se presentan en porcentajes con un nivel de confianza del 95%.

**Resultados:** Respecto a la correlación para el registro de la comorbilidad presentamos cifras superiores al 93% en todas las variables consideradas. En relación al registro de las complicaciones obtenemos una correlación entre historia clínica e informe de alta superior al 85%.

**Conclusiones:** Nuestros resultados pueden ser considerados como adecuados, aunque en el campo de las complicaciones existe una buena oportunidad de mejora.

P-355

## LA INTRANET Y EL SITIO WEB DE UN HOSPITAL, HERRAMIENTAS ESTRÁTICAS QUE PUEDEN AYUDAR A MEJORAR LA COMUNICACIÓN

M.T. Jiménez-Buñuelas, P. González-Diego, A.C. López-Martínez, L.M. Marrodán-Gil, J.G. Olano-Chalmeta y C. Emparan  
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

**Palabras clave:** Tecnologías de la información y la comunicación.

**Introducción:** A través de las tecnologías de la información, aparecen nuevas perspectivas de enseñanza-aprendizaje. En el Hospital, la intranet integra conocimiento compartido, herramientas de gestión y de comunicación. Con relación a los sitios web, en la sociedad de la información y el conocimiento, es necesario evaluar los contenidos de salud con el fin de incluir información veraz y precisa que ayude en la toma de decisiones al usuario.

**Objetivos:** Facilitar el acceso a la información por parte del cliente y mejorar la comunicación.

**Metodología:** Ciclo PDCA. Se adopta el modelo ISO-9001:2000 como herramienta de gestión de la calidad de los servicios, con enfoque al cliente, gestión por procesos y orientación a la mejora continua. Se lleva a cabo una descripción de cada proceso e interacción con otros procesos: misión, propietario y equipo de trabajo, el circuito del proceso (pictograma), fluograma e indicadores (periodicidad mensual) y seguimiento de los objetivos, la satisfacción del cliente coincidente con la ola de satisfacción, las incidencias y no conformidades, la agenda de reuniones, el resumen mensual y las propuestas anuales de mejora. Se definen con precisión los requisitos de calidad de las actividades del proceso: indicaciones diagnósticas y terapéuticas, criterios de derivación y hospitalización, tiempos de demora diagnóstica y terapéutica en relación con estándares, recomendaciones terapéuticas con base en la mejor evidencia científica disponible. Se presentan los resultados al comité de calidad (periodicidad mensual).

**Resultados:** En la intranet se incorporan los procesos. La tasa de respuesta de los grupos de trabajo es elevada. Se establecen niveles de acceso a la información al paciente y a cada profesional en función de su tarea y responsabilidad. En referencia a la web, el método de sistema de medición es centrado en el servidor. En los cinco primeros meses del año, el número de visitantes del sitio web del Hospital ha aumentado un 32%, el incremento del número de visitas ha sido del 34%. En el mes de mayo 634 visitantes han navegado por el sitio web del Hospital, con 2008 visitas (3,16 visitas/visitante), 29090 páginas (14,48 páginas/visitante). El tráfico ha supuesto 955,91 MB (487,47 KB/visitante).

**Conclusiones:** La intranet y el sitio web son herramientas estratégicas que pueden ayudar a mejorar la comunicación, tan necesaria en el sector sanitario.

P-356

P-358

## MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

M.J. Pérez-Martínez, R.M. Requena-Ferrer, C. Pérez-Pagan, E. López-Arias y F. Pérez-Aguilar  
CS La Manga Costa Cálida. Murcia.

**Palabras clave:** Calidad, Atención Primaria, sistema registro

**Objetivos:** Conocer la calidad de la cumplimentación de los registros de los pacientes que acuden a nuestro centro de salud demandando asistencia en horario de urgencias.

**Métodos.** Estudio transversal con estructura de ciclo de mejora (evaluación/medidas correctoras/ reevaluación). Unidades de estudio: documentos de registro de la atención de los pacientes que acudieron a urgencias en los períodos de octubre/noviembre (evaluación) de 2004 y febrero/marzo (reevaluación) de 2005. Tamaño muestral: 140 de estos hojas de registro obtenidos mediante muestreo sistemático. (70 en cada una de los períodos). Se analizó la dimensión científico-técnica, el tipo de datos de proceso realizándose una evaluación interna cruzada por parte de los miembros del EAP. Se analizaron un total de 14 criterios: datos filiación, nº seguridad social, localidad, fecha atención, hora de la atención, alergias, tratamiento previo, edad, antecedentes personales, motivo consulta, exploración física, juicio clínico, tratamiento administrado y lugar de asistencia. Tras una primera evaluación se informa de los resultados a los miembros del centro de salud y se realiza una reunión en la que se acuerdan las siguientes medidas correctoras mediante métodos de consenso: exponer un modelo de registro con los ítems a cumplimentar en cada consulta de urgencias, impartir charla informativa sobre la importancia de la correcta cumplimentación, y modo de realización, a personal de refuerzo y sustitutos. Se realizó reevaluación a los tres meses.

**Resultados:** Nivel de cumplimiento en nº seguridad social: 77,1% pasando tras intervención a 92,9% ( $p < 0,01$ ); Localidad: del 84,3% al 97,1% tras intervención ( $p < 0,01$ ); Fecha del 88,6% al 97,1% ( $p < 0,05$ ); tratamiento previo del 28,6% al 42,9% ( $p < 0,01$ ); edad del 42,9% al 60% ( $p > 0,05$ ). En el resto de ítems no observan variaciones significativas.

**Conclusiones:** 1. La evaluación interna son útiles para el abordaje de la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. 2. Las técnicas de consenso en los EAP son un mecanismo motivacional y de gran utilidad en procedimientos para la búsqueda de la excelencia.

## LA CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN ENTRE SUPERVISORES DE UNIDADES Y GENERALES. HERRAMIENTA EN LA COORDINACIÓN EN EL H. U. PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

J.M. Manzano, A. Pineda, I. Pérez, J. Gutiérrez y J. López  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Sistema de información.

Partimos de un sistema donde la información de incidencias se limitaba a transcribir en un libro lo ocurrido durante la tarde, noche y festivos, y un reflejo de la situación de personal y camas muy austero. De modo que hace dos años nos planteamos establecer un circuito de información durante las 24 horas y mejorar las herramientas hasta llegar a la informatización.

**Objetivos:** 1. Disponer de un circuito de transmisión de información que partiera desde los supervisores de unidades de la mañana a los de tarde, noches y festivo. 2. Diseñar e implantar registros de personal por unidades, así como registros de utilidad para la gestión de camas. 3. Coordinación de la información con la Jefatura de Bloque de RRHH. 4. Crear una herramienta informática, fiable y eficaz.

**Metodología:** 1) Análisis de la situación de los registros y metodología de trabajo. 2) Reuniones de todos los supervisores generales y que realizan guardias. 3) Diseño de hoja de continuidad de la información. 4) Diseños de registros adaptados a la gestión de camas y de los RRHH. 5) Evaluación de los registros papel y adaptación a un modelo informático. 6) Creación del programa informático en plataforma Excel. Que debe tener varias condiciones: a) Fácil acceso, b) Compartición, c) Gestión de la información. 7) Realización de una guía del usuario, de dicho programa. 8) Poner en conocimiento de los supervisores y su divulgación. Aspectos a mejorar. 9) Puesta en marcha durante el mes de febrero de este año, a modo de pilotaje, antes de su validación. 10) Seguimiento continuo, planteando una evaluación a los seis meses (septiembre).

**Conclusiones:** Disponer de un modelo consensuado y un circuito de información en documentos electrónicos, en el que se traslade información desde los Supervisores de unidades, al de tarde y noche, así durante las 24 horas, nos ofrece un método con criterios unificados entre todos los usuarios, que ofrece aspectos de coordinación, y se traduce en un mecanismo de celeridad y garantía en la gestión del día a día. Estableciendo un sistema de información continuada y actual. Implantando de esta forma sistemas orientados dentro de la espiral de la calidad.

P-357

P-359

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN INTERNOS: EL PLAN DE COMUNICACIÓN DE UN SERVICIO DE PREVENCIÓN

P. González, J.M. Jover, C. Sánchez, J.L. Ruiz, M.C. Fajardo y J.L. Navarro  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**Palabras clave:** Plan de comunicación, Calidad, Prevención.

**Introducción:** El Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía concede un papel primordial a la comunicación, hasta el punto de que ésta constituye una de las líneas estratégicas de dicho Plan. La comunicación se concibe como una herramienta de gestión encaminada hacia la mejora de los resultados de la organización. En este estudio se expone el Plan de Comunicación del Servicio de Prevención de una corporación Local.

**Métodos:** El Plan de Comunicación del Servicio de Prevención plantea la necesidad de establecer canales ágiles, fluidos y adecuados de comunicación y participación en la empresa. La planificación de la comunicación permite básicamente el fomento de la participación de los trabajadores, su implicación en la estrategia de prevención y la creación de una cultura de empresa orientada a la prevención. El Plan marca unos objetivos y para la consecución de los mismos se establecen unas líneas estratégicas y unos públicos prioritarios de actuación. Finalmente, se establece un personal responsable, un cronograma y las directrices para la evaluación del Plan.

**Resultados:** Los objetivos del Plan de Comunicación son de tres tipos: generales, orientados a la organización; específicos, orientados a los trabajadores de la empresa y comunitarios, orientados a mejorar la comunicación integral del Servicio de Prevención. Se establecieron 11 líneas estratégicas y se establecieron 2 tipos de públicos receptores de información: público externo (opinión pública, sectores sanitario y laboral y otros servicios de prevención y mutuas laborales); y público interno (personal laboral de la empresa, centrales sindicales, personal del servicio de prevención, Comité de empresa y Junta de personal y Comité de Seguridad y Salud). Se eligieron 6 responsables para la implementación del Plan y se establecieron evaluaciones periódicas cada 3 meses.

**Discusión y conclusiones:** El Plan de comunicación establece los canales de comunicación interna y externa necesarios para la mejora de la efectividad y eficiencia del Servicio de Prevención, con el objetivo de satisfacer a los propios trabajadores del Servicio, a los trabajadores de la Diputación y a todas las entidades ajenas que pueden tener relación con la gestión que ésta desarrolla.

## PRESENCIA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA REVISTA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.L. Vela, M. Marzo, A. Misiego, L. Jimenez y J.R. García  
Hospital Universitario Miguel Servet.

**Palabras clave:** Comunicación interna. Difusión información.

**Introducción:** En las organizaciones sanitarias la información debe llegar a los trabajadores de manera estructurada y a través de canales de comunicación formal. Desde el año 1998, en el que se editó el primer número de la revista del Hospital, se ha mantenido su publicación trimestral realizándose algún suplemento especial de temas relevantes. Esta revista, con una tirada de 7.500 ejemplares, se recibe por todos los trabajadores del sector Zaragoza II en su domicilio y está disponible en la intranet y en la web del hospital. Desde la Unidad de Calidad Asistencial se debe informar y hacer participes a los trabajadores de las acciones desarrolladas y motivar para que colaboren en aquellos proyectos pendientes de realización.

**Objetivos:** Estudio de la presencia de los temas de calidad asistencial en la revista del hospital.

**Método:** Se han revisado los 28 números de la revista, desde noviembre de 1998 hasta mayo del 2005. Se ha clasificado los temas de calidad en los siguientes grupos: comisiones clínicas, grupos de mejora, EFQM, ISO, gestión clínica, plan estratégico, acogida y homenajes a trabajadores, acogida de usuarios, información y participación de los trabajadores, derechos del paciente, plan de humanización, confort e impacto social. Se ha clasificado la extensión de las noticias en página entera, media, un tercio o un cuarto de página, noticias breves y editorial.

**Resultados:** Se han publicado 200 noticias relacionadas con la calidad asistencial. Los temas más presentes han sido los relacionados con los derechos del paciente (20,5%), plan de humanización (17,5%) y acogida de trabajadores (10%). Las noticias relacionadas con las comisiones clínicas han sido 16 (8%), con el plan estratégico 12 (6%), con los grupos de mejora 9 (4,5%) y con el EFQM 6 (3%). La extensión más frecuente ha sido media (37,5%) y un cuarto de página (35,5%). Solamente 5 noticias (2,5%) tenían una extensión de una página entera. Han sido portada de la revista 17 (8,5%) noticias. El número de noticias ha ido aumentando a lo largo de los años pasando de 16 en los años 1999 y 2000 a 45 en el año 2004.

**Conclusión:** Los temas relacionados con la calidad asistencial están muy presentes en la revista del hospital, incrementándose en número a lo largo de los años de estudio. Si bien la mayoría de los temas se han tratado ampliamente, algunos que se consideran estratégicos como los grupos de mejora y el EFQM necesitan una mayor difusión.

**P-360**

## INFORMACIÓN QUE RECIBEN LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

M.V. Junquera, O. Loaiza, L. Benítez, I. López e Y. Baron  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Palabras clave:** Información, Prótesis, Rodilla.

**Objetivos:** Conocer la información que reciben los pacientes sobre la intervención de prótesis total de rodilla (PTR) a la que van a ser sometidos.

**Métodos:** Diseño: estudio prospectivo y de observación. Ámbito: Área de hospitalización de Traumatología (22 camas) de un Hospital Universitario de referencia. Sujetos: Pacientes ingresados por una enfermedad degenerativa ósea pendientes de ser intervenidos para la implantación de una PTR. Variables: Morfotipo (sexo, edad,...), nivel de actividad previa a la intervención, información recibida, expectativa de la cirugía y grado de satisfacción subjetiva etc. Protocolo: Recogida de datos dentro de las 24 horas previas a la intervención.

**Resultados:** N = 30 Sexo: Hombres 36,7% y 63,3% mujeres. Edad media: 67,27 años (77-49). Peso medio 80,5 Kg (56-100), Talla media 156 cm (48-73). El 66,6% de los pacientes presentaban antecedentes cardíacos, neurológicos y/o respiratorios. Intervenciones traumatológicas previas 40%. Nivel de actividad previa: Paseo en casa 10%, Subir escaleras 3,3%, Paseo en calle 86,7%. En la exploración más del 85% de los pacientes presentaban buena movilidad y dolor intenso (86,6% y 93,3% respectivamente). Tratamientos (TTO) previos: Medicación sintomática por dolor 40%, sin TTO 3,3%, medicación sintomática + TTO complementario 56,7%. Información previa por su traumatólogo 36,7%, de los cuales el 81,8% entendieron la información. Recibieron información extrahospitalaria el 26,6% de los pacientes de los cuales el 50% tenían información por su traumatólogo. Conocimiento del postoperatorio: Intensidad del dolor 50%, rehabilitación activa prolongada 30%. Al alta coincidieron con su percepción del dolor el 56,6% y se volverían a intervenir el 86,6%, de los cuales el 57% habían tenido dolor.

**Conclusiones:** Se intervienen de PTR más mujeres que hombres, la edad media es alta, población obesa, con buena calidad de vida aunque con antecedentes patológicos. El implante de la PTR es el último TTO aplicado para las enfermedades degenerativas ósea después de haber agotado los TTOS menos invasivos. El factor más influyente en la decisión operatoria es el dolor. Los pacientes reciben poca información sobre el acto quirúrgico, la evolución y los resultados de la intervención a la que van a ser sometidos. Aún así se volverían a intervenir el 86,6% de ellos. En nuestro hospital observamos la necesidad de que los profesionales de la enfermería tengan un papel más activo en la información al usuario en el proceso de implante de la PTR.

**P-361**

## UTILIZACIÓN DE INTERNET COMO TECNOLOGÍA PARA EL CONTROL DOCUMENTAL EN UN SISTEMA ISO 15189 DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

J.M. García, A. Rezusta, P. Egido y M.J. Revillo  
Servicio de Microbiología. H.U. Miguel Servet.

**Palabras clave:** Información. Tecnología. Documentación.

**Introducción:** El control de la documentación es uno de los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad y del basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189 en particular. Los requisitos que plantea la citada Norma para el control documental son: · Revisión · Aprobación · Distribución · Disponibilidad · Control de los documentos obsoletos Por otro lado, para realizar la labor de control de manera eficiente de manera eficiente por los métodos convencionales se requiere de una elevada dedicación por parte de los administradores de los documentos y un rigor permanente por parte de los usuarios de los mismos.

**Objetivo:** Se pretende la búsqueda de una solución que resuelva las necesidades de control de los documentos a partir de las posibilidades que aporta la tecnología de las comunicaciones.

**Metodología:** Se han analizado los sistemas de comunicación informática que pueden apoyar los requerimientos del control de los documentos partiendo de la premisa de una administración centralizada y un acceso de los usuarios distribuido. Se han considerado, igualmente, aspectos como simplicidad funcional y coste de tenencia de los sistemas de comunicación.

**Resultados:** Ante las dos opciones alternativas más ventajosas –red local o internet– se ha optado por esta última, a través de una aplicación informática de libre distribución, por las siguientes ventajas aportadas: · Aplicaciones informáticas sin coste económico de licencias. · Sencillez de manejo para el administrador del sistema documental y los usuarios del mismo. · Seguridad ante usuarios no autorizados mediante contraseña en el acceso a la aplicación informática y a los documentos. · Aprobación y distribución de los documentos mediante mensajes automáticos de correo electrónico. · Acceso a los documentos desde cualquier ordenador conectado a internet.

**Conclusiones:** En el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se está utilizando el control documental a través de internet asiduamente y con alto grado de satisfacción de los usuarios en el proyecto de implantación de un sistema de la calidad basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189.

**P-362**

## PROMEDIOS DE DURACIÓN DE LOS PROCESOS MÁS FRECUENTES QUE OCASIONAN INCAPACIDAD TEMPORAL

A. Barragán-Pérez, F. Alcántara-Zapata, A. García-González, M. Santiago-García, M. Moreno-Valero y G. Álvarez-Domínguez  
Gerencia de Atención Primaria. Murcia.

**Palabras clave:** Incapacidad temporal. Sistemas de información. ATE.

**Objetivos:** · Identificar los procesos más frecuentes que ocasionan Incapacidad Temporal (IT). · Comparar sus promedios de duración con las recomendaciones institucionales.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. **Emplazamiento:** Centros con la aplicación informática OMI-AP del Área de Salud de Cartagena: 281.358 H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> informatizadas sobre 327.919 personas adscritas (85,80%). Inclusión: IT con inicio entre 1-5-2004 y 30-4-2005. **Exclusión:** IT activa, ausencia de código de proceso (Clasificación CIAP) y con errores en fecha de nacimiento o alta. **Variables:** código CIAP, sexo y duración de la IT. Análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Los resultados se compararon con los estándares recomendados por la "Guía Práctica de estándares de duración de procesos de I.T. de 2001".

**Resultados:** Total IT: 30.832 Excluidas: 3.207: 72 por errores (0,23%), 5 sin CIAP (0,01%), 3.130 (10,16%) permanecían en IT. Incluidas: 27.625 Hubieron 415 entidades diferentes causantes de IT, que ocasionaron 628.275 días. Las 10 más frecuentes y sus promedios de duración fueron: 1.- Resfriado Común: 3.511 con 21.217 días (6,04). IC95% (5,73-6,34) 2.- Gripe: 1.970 con 12.349 días (6,26). IC95% (6,02-6,51) 3.- Gastroenteritis Infecciosa Inespecífica: 1.562 con 7.523 días (4,81). IC95% (4,46-5,16) 4.- Lumbalgia: 1.436 con 36.939 días (25,72). IC95% (23,82-27,62) 5.- Cervicalgia: 918 con 32.817 días (35,74). IC95% (33,09-38,4) 6.- Bronquitis Aguda: 765 con 8.033 días (10,5). IC95% (9,51-11,48) 7.- Lumbociática: 737 con 26.753 días (36,29). IC95% (32,93-39,68) 8.- Depresión: 615 con 34.590 días, (56,24). IC95% (51,47-61,01) 9.- Golpe/Contusión: 553 con 14.680 días (26,54). IC95% (23,23-29,85) 10.- Artrosis: 535 con 18.513 días (34,60). IC95% (30,65-38,55) Diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) respecto al sexo por: Resfriado Común (7,01 mujeres-5,50 varones), Gripe (6,99 mujeres-5,83 varones), Lumbalgia (30,04 mujeres-21,79 varones), Cervicalgia (38,21 mujeres-33,13 varones), Lumbociática (39,50 mujeres-33,03 varones), Depresión (60,09 mujeres-51,08 varones) y Artrosis (43,41 mujeres-29,38 varones). Todos los promedios superan los estándares recomendados por la Guía excepto los de Gripe y Depresión. Los grupos de entidades (CIAP) más frecuentes: Respiratorio, Locomotor y Digestivo.

**Conclusiones:** 1. La duración media supera los estándares recomendados y es mayor en mujeres que en hombres. 2. La mayoría de episodios de IT (53,18%) se deben a enfermedades respiratorias y del aparato locomotor.

**P-363**

## UTILIZACIÓN DE UN ESPACIO WEB EN EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLÍNICA

N. Arbonés, E. Prats, M.J. Bueno, D. Rodríguez, M.O. Domínguez y L. Colomés  
GRUP SAGESSA.

P-364

**Palabras clave:** Espacio WEB, Declaración, Seguridad clínica.

**Objetivo:** Presentar una experiencia de soporte instrumental (infraestructuras i tecnología) para la difusión y concienciación de los temas de seguridad clínica en nuestros centros asistenciales (Atención primaria, Agudos y Socio-sanitarios) y para facilitar la notificación voluntaria del error.

**Métodos:** Con el objetivo de crear cultura, ayudar a los equipos asistenciales y a los profesionales en la puesta en marcha del programa de seguridad clínica, se ha confeccionado una herramienta informática dentro de la intranet del grupo, por lo que es accesible a todos los profesionales.

**Resultados:** En espacio web ha sido desarrollado por nuestro departamento de informática y se divide en dos grandes apartados: 1.- Informativo: -Información general sobre Seguridad Clínica y noticias relacionadas -Descripción del programa de seguridad clínica de nuestra organización. -Descripción de los objetivos del programa anual sobre seguridad clínica del Grupo y de los diferentes centros -Relación de los miembros de la comisión asesora multicentro. -Relación de los miembros de los comité de Seguridad Clínica de cada centro con la posibilidad de contactar con ellos a través del correo electrónico. -Enlaces de interés relacionados con la Seguridad Clínica. -Vocabulario/glosario específico sobre el tema: 2.-Buzón para la notificación (previa explicación de la confidencialidad y de la imposibilidad de conocer la persona que realiza la notificación): Fecha de la notificación Centro (desplegable de todos los centros) Tipo de error/acontecimiento adverso (desplegable con 9 categorías de errores) Texto de la notificación La notificación es recibida por la comisión asesora que valora el evento y lo comunica a la comisión de seguridad clínica del centro afectado.

**Conclusiones:** 1. Esta experiencia incipiente ha de contribuir a la difusión de los temas relacionados con la seguridad clínica y a la sensibilización de nuestros profesionales. 2. Se han puesto los medios para favorecer la declaración voluntaria del error, como primer paso para la instauración de medidas preventivas específicas en la práctica asistencial diaria, sin carácter punitivo. Nuestro interés es poder mostrar este instrumento y nuestra experiencia en su utilización.

## MORTALIDAD GENERAL Y HOSPITALARIA. ¿DÓNDE MUEREN LOS PACIENTES EN ESPAÑA?

A. Jiménez-Puente, E. Perea-Milla y F. Rivas-Ruiz  
Hospital Costa del Sol.

P-365

**Palabras clave:** Mortalidad general; Mortalidad hospitalaria.

**Objetivos:** En los primeros meses de 2005 se suscitó un debate a nivel nacional sobre si los servicios de urgencias hospitalarios son el lugar adecuado para la muerte de pacientes terminales. Nuestro estudio describe dónde se producen los fallecimientos en nuestro país según la información demográfica y asistencial disponible.

**Metodología:** Se obtuvo información de las muertes ocurridas en España y cada una de las Comunidades Autónomas (CCAA) en 2001 través del Movimiento Natural de la Población (Fuente: Instituto Nacional de Estadística) y de las producidas en servicios de hospitalización y de urgencias a través de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo) que integra información de todos los hospitales, tanto públicos como privados.

**Resultados:** El 52,9% de los fallecimientos en España en 2001 se produjeron en un centro hospitalario. Por CCAA, destaca Canarias con casi un 70% de muertes en hospitales y Madrid y Cataluña con más del 60%. En el otro extremo, sólo el 37% de los éxitos de Castilla La Mancha y el 41% de los de Extremadura ocurrieron en hospitales. El 5,6% del total de muertes ocurrieron en servicios de urgencias hospitalarios, destacando Canarias con el 8,9% y Cataluña con el 6,9% y, en el otro extremo, La Rioja o Aragón con sólo un 3% de fallecimientos en este tipo de servicios. La proporción de los fallecimientos hospitalarios ocurridos en el área de urgencias se situó en el 10,5% a nivel nacional, oscilando entre más del 12% en Canarias o Extremadura y menos del 7% en Aragón o Navarra.

**Conclusiones:** El lugar en que se produce la muerte de los pacientes está condicionado por múltiples circunstancias de naturaleza epidemiológica, cultural y asistencial que se reflejan en una amplia variabilidad entre CCAA. Consideramos que sería deseable, tanto desde un punto de vista médico como humano, que el porcentaje de fallecimientos ocurridos en servicios de urgencias, que en la actualidad ronda el 5%, se redujera lo más posible.

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS. DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS AL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

L. Fuentes, M.J. Cabeza-de-Vaca, I. Jiménez, J.M. Rivera, M.D. Cruzado y C. Valverde  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

P-366

**Palabras clave:** Enfermería, Sistemas información.

**Objetivo:** Diseñar un conjunto mínimo básico de datos informatizados que permitan la explotación de resultados enfermeros.

**Metodología:** Estudio cualitativo, descriptivo, longitudinal con las siguientes fases: 1) Creación de un grupo de mejora compuesto por profesionales de enfermería del Hospital. 2) Búsqueda de evidencias bibliográficas. 3) Formación del grupo en metodología enfermera y uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC. 4) Formación del grupo de mejora en el uso de las aplicaciones informáticas del Hospital. 5) Diseño del Conjunto Mínimo Básico de Datos Enfermeros (CMBDE). 6) Informatización del apartado enfermero de la historia clínica: Valoración, Plan de Cuidados, Informe de Continuidad de Cuidados. 7) Formación de enfermeros de 9 unidades de hospitalización en metodología enfermera, taxonomías y aplicaciones informáticas. 8) Informatización de las 9 unidades. 9) Tutelaje. 10) Análisis de la información clínica informatizada.

**Resultados:** Obtención de las variables del conjunto mínimo básico de datos enfermeros. Obtención de las variables de análisis de resultados enfermeros.

**Conclusiones:** El uso de lenguaje enfermero estandarizado (Taxonomías NANDA, NOC, NIC) ha sido imprescindible para la construcción informática y el análisis de variables. Con el diseño del conjunto mínimo básico de datos informatizados nos posicionamos para poder medir resultados enfermeros en cuanto a producción profesional en la salud de la población atendida.

## TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA Y FICHERO MAESTRO DE PACIENTES

M.P. Jiménez, L.M. Lamberto y C. Labaien  
Centro de Consultas Príncipe de Viana. Navarra.

P-367

**Palabras clave:** Tarjeta Sanitaria, Fichero Maestro de Pacientes.

**Objetivos:** Disponer de nº de identificación de tarjeta sanitaria, CIPNA Código Identificación Personal Navarra en Asistencia Especializada de Pamplona para correcta identificación del paciente, corregir historias (Has) duplicadas, minimizar riesgos de duplicación e identificar todo paciente con CIPNA.

**Material y métodos:** Se estableció un Comité Técnico compuesto por responsables de Archivo, Admisión y asistencia técnica de Sistemas. Fases: 1. Definición de criterios de cruce entre las bases de datos de tarjeta sanitaria y Fichero Maestro de Pacientes (FMP) para asignar el CIPNA a los registros FMP que no lo tuvieran en dos revisiones 2. Diseño de herramienta informática y desarrollo de algoritmo para búsquedas de coincidencias 3. Trabajo manual de verificación-asignación 4. Selección de registros con = CIPNA y sus nos de Hº 5. Elección de nº de Hº destinataria: criterios de Hº: ubicación (archivo activo, pasivo, prestada), situación-éxitus, nº sobres de historia y radiografía, y registro de Hº en aplicación de Archivos 6. Regularización informática en FMP 7. Fusión física de Has duplicadas 8. Marcaje de Has duplicada y destinataria en base de datos de Archivos 9. Fijación de cronograma 10. Presupuesto 11. Plan de calidad.

**Resultados:** FMP: existían 645.000 registros. Se excluyeron 80000 pacientes de fuera de Navarra o con campos clave de cruce vacíos y 282956 que ya tenían CIPNA. De los 282044 restantes, 44% del FMP, 231735 (82%) fueron asignados (38% en 1ª revisión, 44% en 2º), quedando sin asignar 18%. Las Has obtenidas con registro duplicado fueron 55020: 52054 duplicadas, 2764 triplicadas, 185 cuadruplicadas, 15 quintuplicadas y 2 sextuplicadas y sin registro 2800. Ubicación de Has duplicadas: 24341 (47%) entre archivo activo y pasivo, 22638 (43%) en pasivo y 5441 (10%) en activo. Tiempo-coste de ejecución: desarrollo de herramienta informática, 8 semanas; asignación CIPNA, 4 semanas; coste, 28479,56 euros (1.680 horas a 27 segundos por registro); precio por registro, 0,13 euros. Regularización informática de Has duplicadas, 12 días; fusión física, 26 días; coste, 35024,58 euros; precio Ha duplicada 0,67 euros. Control de calidad: 6% de errores en asignación de CIPNA y 0% en fusión de Has duplicadas.

**Conclusiones:** Detección de duplicados, asignación de CIPNA y actualización de datos, concienciación de solicitud de tarjeta sanitaria, colocación de carteles recordatorios en puntos de entrada al sistema y elaboración de normas de introducción de pacientes. Mejora continua de datos identificativos del paciente.

## Mejores comunicaciones

C-450

### COMPARATIVO ENTRE RESULTADOS DE OBJETIVOS CUALITATIVOS DE CUIDADOS ANTES Y DESPUÉS DE IMPLANTAR LA CARRERA PROFESIONAL

P. Pérez, J. Pons, M. Martínez, R. Sanfeliu, P. García y T. Costa  
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

**Palabras clave:** Carrera profesional, Objetivos calidad, Resultados.

**Objetivo:** Conocer el impacto de la carrera profesional en los resultados de los objetivos de calidad.

**Método:** Durante el periodo 2000-02 se plantea como objetivos a mejorar de la práctica enfermera los relacionados con el riesgo de infección (Preparación quirúrgica, Medidas para evitar la transmisión de los procesos infecciosos, Prevención de flebitis) riesgo de lesión (Prevención de ulceras por presión y caídas) promoción del confort (Evitar o minimizar el dolor) la adaptación al hospital (Recepción/Acogida) y la continuidad de cuidados en la información (mejora de los registros en la historia clínica). El sistema de evaluación que se elabora contiene estudios descriptivos, de prevalencia, con métodos de auditoría y autoevaluación mediante la medición de indicadores. Toda la información se recoge y publica en un dossier de resultados con cuadros de mando para la toma de decisiones. En el año 2003 y 2004 se pone en marcha la carrera profesional en el grupo corporativo al cual pertenece el hospital, una parte de ella corresponde a los objetivos cualitativos, estos son 5 objetivos extraídos de los anteriores. Tanto el sistema de evaluación como los métodos e indicadores son iguales para esta etapa. Pero hay un elemento nuevo; los resultados no solo sirven para mejorar sino también para el reconocimiento e incentivo económico individual de la carrera profesional.

**Resultados:** 2000 2001 2002 2003 2004 Cumplimiento documentación (85% 87% 94% 96%) Prevención riesgo lesión por presión (hosp.) (6% 6% 3% 2% 2%) Prevención riesgo lesión por presión (críticos) (19% 32% 13% 12% 10%) Preparación paciente quirúrgico (64% 69% 73% 97% 95%) Prevención trasmisión P. Infecciosos (100% 99% 99% 100% 100%) Acogida/Trato (87% 89% 91% 100% 100%).

**Conclusiones:** En la tabla se puede observar como ya en la primera etapa los resultados tienen una tendencia positiva pero cuando la carrera profesional se implanta es cuando aparece un sensible aumento de estos, siendo los más significativos la preparación quirúrgica con un aumento de 20 puntos, el cumplimiento de la documentación con 10 y las lesiones por presión de críticos en 3 puntos.

### EVALUACIÓN EXTERNA EFQM: PRESENTACIÓN AL EUROPEAN QUALITY AWARD

O. Moracho, J.I. Landaluce, M.V. Salgado, L. Aguirre, E. Ruiz y R. Valverde  
Hospital de Zumarraga.

C-449

**Palabras clave:** Modelo de Excelencia. EFQM. Calidad Total.

**Objetivos:** Presentación de un hospital a evaluación externa mediante el Modelo de Excelencia ante la EFQM en Bruselas.

**Métodos:** El Modelo de Excelencia de la EFQM es un marco de referencia no prescriptivo y un instrumento práctico de trabajo cuya aplicación en las empresas sanitarias está demostrando su utilidad para la organización de la mejora continua y de los resultados alcanzados. Tras haber realizado cuatro autoevaluaciones y tres presentaciones a evaluación externa a nivel nacional se describe la experiencia de la presentación a evaluación externa mediante presentación de memoria, preparación y realización de visita del equipo de evaluación de la EFQM.

**Resultados:** La memoria ha sido redactada por el equipo directivo durante dos meses, se presenta en inglés, no pudiendo superar las 75 páginas y trata de reflejar el sistema de gestión (agentes) y los resultados obtenidos por la organización. La solicitud de evaluación se acompaña de un resumen de 15 páginas que refleje los principales hitos del hospital. Tras su evaluación por el equipo de evaluadores designado por EFQM (seis expertos europeos, dos como mínimo del sector sanitario) se programa una visita al hospital si se superan los 450 puntos. La visita ha sido programada del 13 al 17 de junio de 2005 (3 a 5 días) y en ella se contrasta mediante entrevistas y consulta de la documentación la aplicación del modelo en el hospital. Tras ello el equipo evaluador realiza un informe, establece la puntuación y se puede optar a la categoría de finalista o premio europeo en la convocatoria anual (pendiente de visita e informe a la fecha).

**Conclusiones:** La evaluación externa favorece una mayor compresión e integración del modelo en el sistema de gestión del hospital y aporta un diagnóstico objetivo de gran valor para el desarrollo de la mejora continua en el mismo. El hecho de ser el primer hospital europeo en presentarse ha supuesto un estímulo adicional para la implantación y desarrollo de sistemas innovadores de gestión basados en la Calidad Total.

### EFEKTOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PAI DE FRACTURA DE CADERA EN LA POBLACIÓN DEL ASN DE CÓRDOBA

P. Alfaro, F. Mesa, A. López, E. Cazorla, L. Calatrava y M. Mesa  
Unidad de Aparato Locomotor.

C-451

**Palabras clave:** Fractura, Cadera, Calidad.

**Introducción:** La fractura de cadera en el anciano representa un importante problema médico por su alta prevalencia y su alta morbi-mortalidad, a la vez es un problema social de gran magnitud. La población residente en el Área Sanitaria Norte (ASN) de Córdoba es una población altamente envejecida en la que existe un alto porcentaje de personas mayores de 65 años (23,54%) muy superior a la media provincial, de Andalucía y de España. Con la implantación del PAI de Fractura de Cadera en el Anciano en el ASNC, se pretende eliminar inefficiencias en las demoras, duplicidad de acciones, estancias, etc., mejorando la coordinación interniveles e interdisciplinar.

**Objetivo:** Evaluar los efectos de la implantación (2003) del PAI Fractura de Cadera en el Anciano en el ASNC, enfocado a la incidencia de indicadores de estructura: osteosíntesis antes de las 24 horas, profilaxis antibiótica y antitrombótica, etc.; en indicadores de resultado: supervivencia al año, estancia hospitalaria, complicaciones, etc.

**Metodología:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico al alta de Fractura de cadera del año 1998 (115), de los semestres 2º de 2003 y primero de 2004 (125), con el objetivo de comparar dos períodos similares en los que no y sí estuviera implantado el proceso (datos obtenidos del CMBDA según criterios de inclusión definidos en la guía del proceso: 820. \*, 733.14 y 733.0\*). Se han recogido, entre otras, las variables: fecha de nacimiento, fecha de ingreso, fecha de intervención, fecha de alta, hora de ingreso, hora de intervención, tipo de fractura, tipo de tratamiento, profilaxis antibiótica y antitrombótica, reintervenciones relacionadas antes del año, complicaciones, institucionalización del paciente y valoración inicial por Trabajadora Social. La información obtenida se ha analizado mediante la aplicación estadística SPSS.

**Resultados:** Se ha evidenciado una mejora de la estancia media (7,10 vs 4,58 días), de la estancia preoperatoria (50,84 horas de media a 30,96), supervivencia al año (5%),... a pesar de existir factores de influencia negativa como el aumento de la edad media de intervención y el mayor número de pacientes institucionalizados.

**Conclusiones:** Con la implantación del PAI de Fractura de Cadera en el Anciano en el ASN de Córdoba se evidencia una mejora de todos los indicadores de resultado analizados, lo que repercute en la mejora de la satisfacción y calidad de vida de los usuarios, a la vez que una disminución en el coste sanitario por hospitalización.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO CLÍNICO EN EL HOSPITAL MONTE NARANCO**

M.D. Menéndez-Fraga, M. Cima-Álvarez, M. Vázquez-Rodríguez, V. Herranz-González, I. Pérez-Suárez y F. Vázquez-Valdés  
Hospital Monte Naranco.

**Palabras clave:** Gestión del riesgo clínico.

**Objetivos:** Desarrollar e implementar un Sistema de Gestión de Riesgo Clínico para la mejora y prevención de los sucesos adversos/ potenciales en nuestro hospital.

**Métodos:** -Liderazgo de la Dirección de Gestión -Formación de los gestores de riesgo clínico -Reestructuración de la Comisión de Calidad Asistencial -Elaboración de un plan de iniciativas para la instauración de la Gestión de Riesgo Clínico: Validación e introducción del formulario del Servicio Nacional de Salud inglés, formación del personal mediante rondas (en grupos de 2-3 personas) en las plantas y externa en otros hospitales -Evaluación de los formularios por los gestores de Riesgo Clínico.

**Resultados:** Se establecieron una serie de actividades que se han ido desarrollando en función del cronograma previsto. -Formación de 3 gestores de riesgo y del personal de las plantas de hospitalización en Unidad de Agudos Geriátricos y en Unidad de ACV -Análisis de los sucesos adversos/ potenciales producidos (22,6% de los pacientes ingresados) y de sus causas raíz. Priorización y opciones de mejora de los principales sucesos adversos: errores de medicación, identificación de pacientes y caídas de pacientes -Formación al resto de los hospitales del SESPA en Asturias (4 cursos en seguridad de pacientes) - Presentación de comunicaciones/ póster al Congreso de la SECA y publicación en la revista de SECA.

**Conclusiones:** 1) El sistema de gestión del riesgo clínico forma actualmente parte de la gestión de la calidad en nuestro hospital, 2) Ha permitido avanzar en la identificación y priorizar los sucesos adversos/ potenciales detectados, 3) Es una herramienta que implica a todo el personal en la mejora de la seguridad de los pacientes al ser un sistema no punitivo, 4) Nuestro hospital es el primero desde el año 2003 en implantar un sistema de gestión del riesgo clínico en Asturias.

**C-452**

**¿QUÉ HACE QUE UNA PÁGINA SANITARIA EN INTERNET TENGA MAYOR CREDIBILIDAD PARA LOS INTERNAUTAS?**

J.J. Mira, V. Pérez-Jover, G. Llinás y O. Tomás  
Universidad Miguel Hernández.

**Palabras clave:** e-health, Accesibilidad.

**Objetivo:** Identificar qué contenidos de los portales sanitarios incrementan la credibilidad de la información desde la perspectiva de los internautas.

**Método:** Tras navegar por la Red en busca de información sobre leucomalacia periventricular, artritis reumatoide y hemodiálisis se encuestó a 225 internautas (112 varones y 113 mujeres, edad media 21,15 años) para identificar qué páginas les parecen más fiables y por qué. Los internautas valoraban de 0 a 10 la importancia de una serie de características. Se ha calculado el coeficiente de variación (CV) a fin de ajustar la información en función de la variabilidad de las respuestas. Se recurre a t-Test para dilucidar diferencias entre hombres y mujeres.

**Resultados:** Para decidir si una página es fiable los internautas se fijan sobre todo en: si la información está actualizada (8,32 CV 0,20), si está avalada por fuente de autoridad (8,14 CV 0,23), apoyada por bibliografía (7,97 CV 0,24) y si la difunde un organismo oficial (7,58 CV 0,28). Determinan una mayor credibilidad de la información: uso de un lenguaje técnico pero claro (7,80 CV 0,22), no abusar de tecnicismos (7,13 CV 0,29); sencillez para navegar (8,45 CV 0,18), velocidad de la navegación (8,43 CV 0,22); que ofrezca una completa información (8,52 CV 0,19), se encuentre lo que se busca (8,41 CV 0,17), que la página se actualice (8,32 CV 0,20) y fuera elaborada por profesionales de prestigio (8,14 CV 0,23). Hombres y mujeres hicieron valoraciones similares excepto en lo referente a velocidad de navegación y la coherencia entre información de diferentes apartados (más importante para las mujeres, t-Test -2,636; p: 0,009 y t-Test -2,818; p: 0,005 respectivamente).

**Conclusiones:** Autoridad de la fuente, formato de presentación, orden, lenguaje técnico y claro, velocidad de navegación y actualización son cuestiones clave para que el internauta recale en un página mientras navega por la Red en busca de información sanitaria.

**C-453**