

Sala 1. Mesa 1:
Calidad de la Historia Clínica

C001. Evaluación de la Calidad de la Historia Clínica

Hernando A., Zavala E., Arriola A., Lamíquiz E.

Unidad de Calidad. Hospital Donostia Edificio Arantzazu.
Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Una correcta cumplimentación de la Historia Clínica (HC) es de vital importancia no sólo para garantizar una asistencia de calidad al paciente hospitalizado, sino para ayudar a cumplir las funciones de docencia e investigación que tenemos como hospital docente, ya que es la principal fuente de datos utilizada por los distintos profesionales en sus estudios e investigaciones. Desde hace más de diez años se vienen evaluando distintos documentos de la HC para conocer y garantizar la calidad de su cumplimentación. El pasado año se revisó y actualizó el sistema de evaluación de las HC desde la Comisión Central de HC, proponiendo un sistema que evaluara la calidad de la cumplimentación de la HC en su conjunto, así como su ordenación.

Objetivos: Conocer la calidad global de las Historias Clínicas de todos los servicios del hospital.

Metodología: Se seleccionaron aleatoriamente alrededor del 1% de las altas habidas en el año 2000 en el hospital estratificadas por servicio y se evaluó la calidad de las HC según los criterios preestablecidos. Los datos fueron informatizados para su posterior tratamiento estadístico.

Resultados: Los documentos evaluados en cada HC fueron: Informe de Alta, Informe Quirúrgico, Anamnesis y Exploración Física, Evolución, Órdenes de Tratamiento, Gráfica, Valoración y Planificación de Cuidados de Enfermería, Aplicación Terapéutica, Evolución de Enfermería y, por último, también se consideró la ordenación de la HC. De las 353 historias que componían la muestra se tuvo acceso a 338 que se evaluaron en su totalidad. La puntuación media de todas ellas sobre un total de 300 puntos ha sido de 262,8, lo que traducido a una escala de 100 serían 87,6 puntos.

En cuanto a los diferentes documentos evaluados el que ha obtenido mayor puntuación ha sido el registro de Evolución de Enfermería que ha obtenido una puntuación de 99,11 sobre 100 y el peor valorado ha sido el de Anamnesis y Exploración Física con una puntuación de 18,14 sobre 25.

El servicio mejor valorado en global ha sido Cardiología y el que peor puntuación ha obtenido ha sido Oftalmología.

Conclusiones: La evaluación de la HC en su globalidad ha permitido detectar numerosas oportunidades de mejora que se irán poniendo en marcha próximamente.

Por otra parte también ha permitido cuestionar los criterios de calidad "iguales para todos". El próximo reto estaría en definir los criterios de calidad para cada servicio clínico, ya que no parece razonable que el nivel de exigencia en la cumplimentación de la historia sea el mismo para un paciente con un proceso oncológico, que para un paciente "sano" al que se le realiza, por ejemplo, una artroscopia de rodilla.

C002. La cumplimentación de registros como elemento de calidad para evitar la duplicidad de historias clínicas

Gómez-Blázquez I., Cezimbra A., Polo J., Federero J., Martínez R., Tutosaus JD.

Grupo de investigación CTS-323 del Plan Andaluz Investigación.
Hospital Universitario V. Macarena, Sevilla (Sevilla).

Resumen: La duplicidad de Historias Clínicas (HC) es un dato de falta de calidad en la gestión de los pacientes, que conlleva aumento de costos, pérdidas de tiempo y diversos problemas burocráticos e incluso jurídicos. Todo ello se puede evitar o disminuir con una adecuada cumplimentación de los registros documentales de los pacientes.

Objetivos: Cuantificar la cumplimentación de registros documentales y su relación con las duplicidades de historias clínicas.

Material y métodos: Se realiza muestreo de 301 historias, de un total de 563.468, utilizando el programa estadístico *nQuery Advisor*, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 0,03$; se estudian las diferencias estadísticas con la chi cuadrado. Se efectúa búsqueda en el registro del archivo, cuantificando las duplicidades. Tanto en las historias duplicadas como en las que no lo están se determina la cumplimentación de tres registros esenciales: número de seguridad social (SS), número del documento nacional de identidad (DNI) y fecha de nacimiento (FN).

Resultados: En las 301 HC hay 58 duplicadas (19,3%). En el grupo de HC no duplicadas (243, 80,7%) se dan los siguientes fallos: Posibles fallos totales 729 (243x3), fallos en el número de SS 21 (8,6%), fallos en el número del DNI 112 (46,1%), fallos en la FN 204 (83,8%), fallos totales 337 (46,2%). En el grupo de HC duplicadas (58, 19,3%) se dan los siguientes fallos: Posibles fallos totales 174 (58x3), fallos en el número de SS 58 (100%), fallos en el número del DNI 58 (100%), fallos en la FN 58 (100%), fallos totales 174 (100%). Las diferencias estadísticas encontradas grupo a grupo de fallos son: Fallos totales con $\chi^2=165,3387$ y $p < 0,001$, fallos en el número de la SS con $\chi^2=201,8897$ y $p < 0,001$, fallos en la fecha de nacimiento con $\chi^2=55,3618$ y $p < 0,001$ y fallos en el DNI con $\chi^2=10,6942$ y $p < 0,005$.

Conclusiones: Se deduce que el incumplimiento de registros esenciales es directamente proporcional a la duplicidad de historias clínicas, con muy alta significación estadística y con todos los problemas que ello conlleva.

C003. Proyecto de definición y mejora de la calidad de la historia clínica en un área sanitaria

Díaz-López Y., Ballarín M., Comisión Calidad Área 6*

Gerencia Atención Primaria Área 6. Majadahonda (Madrid).

En el año 1998, la Comisión de Calidad del Área identificó como problema la baja cumplimentación de datos clínicos básicos (DCB) en la historia clínica y por ello, puso en marcha un proyecto de mejora centralizado, en el que han participado los 22 EAP.

Objetivos: 1. Definir los DCB que debe contener la historia clínica. 2. Mejorar la cumplimentación de los DCB.

Metodología: Para el desarrollo del Proyecto de Mejora se siguieron los siguientes pasos: 1. Constitución del grupo de mejora, integrado por los miembros de la Comisión de Calidad del Área. 2. Selección de los DCB que debía contener la historia clínica. 3. Definición de los criterios de calidad de la historia y del índice sintético de calidad (ISC) que expresa el valor promedio de criterios cumplimentados en relación al número de criterios seleccionados, con un rango de puntuación entre 0 y 10. 4. Valoración, previa a la implantación de las medidas correctoras, del grado de cumplimentación de los criterios de calidad de las historias clínicas de los mayores de 14 años. 5. Análisis de las causas de la escasa cumplimentación de los DCB seleccionados. 6. Definición y puesta en marcha de las medidas correctoras. 7. Evaluación de la mejora mediante un estudio comparativo, pre (año 1999) y post intervención (año 2000), de la cumplimentación de los criterios de calidad definidos por la Comisión.

Resultados: Tras la puesta en marcha de las medidas correctoras se apreció una mejora en el porcentaje de cumplimentación en 6 de los

10 criterios evaluados; en antecedentes familiares se incrementó el 6,4% (9,6-3,2), en antecedentes personales el 6,4% (9,3-3,6), en alergias medicamentosas el 4,7% (7,9-1,5), en la anamnesis sobre hábito tabáquico el 12,1% (16,0-8,2), en la anamnesis sobre hábito alcohólico el 12,1% (16,2-8,4) y en la valoración del patrón cognitivo perceptivo el 4,4% (8,4-0,4). El ISC definido por la Comisión también ha mejorado en 0,40 (0,2-0,5) puntos en las historias clínicas del Área.

Conclusiones:

1. La modificación del formato de historia clínica, información de los criterios de calidad consensuados, información de los resultados del estudio a los profesionales del Área y la formación en metodología de cuidados de enfermería, como medidas correctoras del proyecto, han facilitado el incremento en la cumplimentación de los datos básicos clínicos de la historia clínica.
2. La identificación del problema y la puesta en marcha del proyecto de mejora por la Comisión de Calidad, en la que participan los responsables de calidad de todos los centros, ha facilitado la implicación de los profesionales del Área en la mejora de la calidad de la historia clínica.
3. El ISC puede ser un indicador de la mejora de la calidad de la cumplimentación de los DCB, tras un proyecto de mejora.

*Comisión de Calidad Área 6: Aguilar Gutiérrez Al., Antón Sanchez B., Bermejo Cabañas N., Cancelo Hidalgo A., De Dios Sanz JJ., Del Río López R., Díaz Moreno F., García Calleja A., Gómez Agüero LM., Gutiérrez Gama R., Ipar Sierra MJ., López Borja I., Luaces Gayan A., Marcos Colomé S., Moreno Guerrero J., Navarro Torres MJ., Pérez Llorente M., Regidor Roperio T., Toribio Martín ML., Valdivieso Moneo I., Vaqué Hergueta RM.

C004. Al César lo que es del César. Detección de áreas de mejora de la Historia Clínica por centros de responsabilidad

Montes MY., Rodrigo I., Lizarraga LJ.

Servicio Navarro de Salud. Pamplona (Navarra).

La Historia Clínica (HC) sigue siendo un elemento fundamental para la realización de la función asistencial, investigadora, gestión y docencia. El objetivo del presente trabajo es la detección de áreas de mejora de los registros que componen la HC en la asistencia especializada (AE), y hacerlo con una metodología que permita especificar las áreas de mejora por servicio (Sº) implicado, registro documental y datos específicos.

Metodología: La unidad de análisis: Sº clínico asistencial; población: servicios de AE con actividad de hospitalización; ámbito: un hospital del grupo 3 (G3) y otro del grupo 2 (G2); estrategia: criterios de selección grupo 3 (13 Sº: 30 HC/Sº), grupo 2 (5 Sº: 30HC/Sº); se fijaron criterios de inclusión y exclusión.

Se analizaron 49 variables asignadas a los bloques, Orden (1), Continente (13), Informe de Alta (24), HC (11). Se elaboraron protocolos de evaluación donde fueron definidos todas las variables y los estándares para cada una con el fin de preservar la uniformidad de criterio durante toda la evaluación.

En el análisis se estimó el valor puntual para cada variable y el intervalo de confianza IC 95%. Los datos se analizaron tanto a nivel global como estratificado por servicios.

Resultados: Se auditaron 547 HC. A nivel global los Sº médicos (M) cumplimentaban en mayor porcentaje los datos clínicos que los Sº quirúrgicos (Q), G3=M89%/Q66% G2=M73%/Q46%. Los Sº M cumplimentan ligeramente mejor HC G3=91%, G2=75% que el InfA G3=85% y G2=74%; los Sº Q cumplimentan bastante peor las HC G3=59%, G2=26% que el InfA G3=71% G2=66%. En ambos

hospitales la hoja de anamnesis es escasamente utilizada G3=35% G2=40%, la presencia del consentimiento informado en la HC es bajo G3=46% G2=40% existiendo una gran variabilidad entre Sº. En el bloque orden y datos administrativos las diferencias son sustanciales G3=8%; 58% y G2=97%; 78%. La puntuación global para la HC por centros es la siguiente G3=6,97 puntos, G2=6,74 puntos (escala 0-10).

Conclusiones: Tanto el orden en la HC, como la presencia de datos administrativos parecen depender de la organización de los centros, mientras que la cumplimentación de los datos clínicos presenta un patrón independiente de la organización y de los niveles asistenciales y parece estar más ligado al tipo de práctica asistencial.

Con este tipo de auditoría se ha objetivado el hábito de cumplimentación tanto a nivel global como a nivel de centro de responsabilidad (Sº asistencial), registro documental y dato. Los servicios se sienten correctamente evaluados, se identifican con los resultados lo que implica una mejor disposición de colaboración y una mayor eficacia en las acciones al poder ser estas concretas y específicas.

C005. ¿Podemos mejorar la calidad de la Historia Clínica desde una Gerencia de Atención Primaria?

López-Picazo JJ., Agulló F., Villaescusa M., Cerezo JM.

Gerencia AP Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar y mejorar la disponibilidad de datos clínicos esenciales en Atención Primaria

Diseño: Los médicos de familia pueden mejorar la calidad de la atención si en la historia clínica del paciente figuran algunos datos clínicos considerados como esenciales. Por ello, a partir de las Normas Técnicas Mínimas de la Cartera de Servicios de INSALUD, se han elegido 4 indicadores que cumplen esta característica y evaluado su cumplimiento. Posteriormente, se ha aplicado un programa intervención y reevaluado.

Emplazamiento: 42 Centros de Salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia (670.287 habitantes y 339 médicos).

Métodos: Los indicadores seleccionados miden la presencia o ausencia en la historia clínica de atención primaria de: antecedentes familiares (AF), antecedentes personales (AP), alergias medicamentosas (AM) y existencia de listado actualizado de problemas de salud (LP).

1. Evaluación (Octubre'99): Se midió su presencia en las historias mediante LQAS (confianza 95%, poder 80%), definiendo un lote para cada indicador y centro (un total de 168 lotes).

El programa de intervención se llevó a cabo en el año 2000.

2. Evaluación (Octubre'00): Se evaluó la efectividad de la intervención usando la misma metodología.

Resultados: Mejoría absoluta, 5,3% (relativa, 37,1%). Se encontraron 24 lotes defectuosos (14,3%) en la primera evaluación y 15 (9,0%) en la segunda.

Análisis de lotes defectuosos por indicadores:

AF: 10 lotes (6,0%) en la 1ª evaluación y 6 (3,6%) en la segunda;

AM: 7 (4,2%) en la primera y 5 (3,0%) en la segunda;

AP: 4 (2,4%) y 3 (1,8%), respectivamente;

LP: 3 (1,8%) y 1 (0,6%).

Por centros: Se encontraron lotes defectuosos en 14 centros (33,3%).

Tres de ellos acaparan el 41,7%. En la segunda evaluación sólo 7 centros mostraron lotes defectuosos (16,7%), radicando el 72,0% de ellos en 2 centros.

Conclusiones: El programa de intervención mejora la existencia de datos clínicos esenciales en la historia clínica.

LQAS demostró ser un método rápido y sencillo para la evaluación, mejora y monitorización de la calidad asistencial en atención primaria.

Sala 2. Mesa 2:
Calidad de los Sistemas de Información (1)

C006. La calidad percibida de los sistemas de información en Atención Primaria

Martínez-Núñez V., Más A., Fernández-Lozano MC., Peregrin N., Parraga B., Ramón T.
Centro de Área de Lorca (Murcia).

Objetivos: Conocer la calidad percibida por los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre los Sistemas de Información.

Diseño: Estudio transversal descriptivo mediante la administración de un cuestionario sobre la calidad de los Sistemas de Información en Atención Primaria (SIAP).

Participantes: Personal directivo de Gerencias de Atención Primaria, Coordinadores médicos y de enfermería de todos los centros de salud de la Región de Murcia, muestra representativa por Gerencias de Atención Primaria de profesionales sanitarios (médicos, pediatras y ATS-DUE).

Diseño y validación de la encuesta: Para el diseño de las preguntas del cuestionario se utilizaron grupos focales, constituyéndose 8 grupos formados por personal sanitario de EAP, cuyas conclusiones fueron la base para diseñar un cuestionario de 49 preguntas, 17 sobre características generales del SIAP y 32 sobre aspectos más concretos como actividades asistenciales, cartera de servicios, utilización de pruebas complementarias y uso racional del medicamento. El cuestionario fue validado posteriormente mediante una prueba piloto en la que se midió la consistencia interna del test mediante la prueba de alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación no paramétrico de Kendall.

Resultados y conclusiones: La tasa de respuesta fue 52,2%. La satisfacción general de los encuestados con el SIAP en una escala de 1 a 10 fue de $3,4 \pm 1,4$. Los encuestados creen: No se ha tenido en cuenta su opinión en el diseño del SIAP (86%). No están motivados para la recogida de información (73%), dedicándose excesivo tiempo a su recogida (67%). Todos los datos que se recogen no se utilizan (64%), devolviéndose la información tarde (81%) y difícil de interpretar (79%). La confidencialidad de los datos de los pacientes está garantizada (72%), no así sus datos profesionales (65%). El SIAP no facilita la actividad asistencial diaria (68%), considerando que no es útil en su trabajo (61%) y que no le permite conocer los problemas de salud de su población (71%). No permite conocer el rendimiento de los profesionales sanitarios (85%) ni la calidad de la atención prestada (73%). El 77% piensan que esta diseñado para facilitar la gestión de las Gerencias de Atención Primaria.

C007. Exploración de fuentes informatizadas para el audit del cáncer de mama

Iglesias-Casarrubios P., Ruiz-López P., Pérez-Regadera JF., de la Cruz J., Colina F., Enrique C.
Unidad de Calidad. Hospital 12 de Octubre. Madrid (Madrid).

La implantación de los sistemas de información automatizados pueden llegar a sustituir la historia clínica para el audit de procesos asistenciales. Con el objetivo de explorar estas fuentes de información alternativas, el Grupo de Patología mamaria del Hospital 12 de Octubre se propuso realizar un audit del cáncer de mama, tomando

como referencia el Protocolo de Cáncer de Mama aprobado en el hospital.

Pacientes y métodos: Pacientes intervenidas en el primer semestre de 1999 de cáncer de mama.

Fuentes de información utilizadas: CMBD, SNOMED; Registro de Anatomía Patológica; Registro de tumores, Informes de alta de los servicios de Ginecología, Cirugía y Oncología Médica. Análisis estadístico: EpiInfo.6.

Resultados: Se obtuvo información de 107 casos de pacientes intervenidas. Información aportada por las fuentes, Registro de Tumores: extensión del tumor y el tipo de tratamiento; CMBD: listado de casos; informe de Anatomía Patológica: tipo histológico, marcaje de la pieza, tamaño del tumor, distancia al borde, infiltración de bordes, número de ganglios aislados e infiltrados, receptores hormonales, grado de Bloom Richardson; informe de alta de Cirugía y Ginecología: estancias, proceso quirúrgico, estadio, complicaciones; informe de Oncología Médica: estudio de extensión, procedimiento quirúrgico y terapéutico.

Datos de interés en el audit: Tiempos: el tiempo medio de estancia (días) en la primera intervención quirúrgica fue de 7; la estancia según la técnica quirúrgica: biopsia de arpon (1), tumorectomía (6), cuadrantectomía (5,6) y mastectomía radical (8,8). El tiempo medio (días) transcurrido entre la intervención quirúrgica y la realización de: mamografía (89,6); biopsia de arpon (30); informe anatomía patológica (10); informe inmunohistoquímica (37,1); informe citometría de flujo (168); aplicación quimioterapia (46,7). Pruebas preoperatorias e intervención quirúrgica: en el 17,6% de los informes había información sobre determinación de marcadores tumorales antes de la intervención. En el 40,7% de las pacientes no había constancia de que se hubiera realizado un estudio citológico por aguja fina (PAAF) o biopsia diferida de mama \pm arpon. En el 11% de las pacientes no se había realizado ni PAAF, ni biopsia diferida de mama \pm arpon ni biopsia intraoperatoria. El 54,4% de las pacientes fueron sometidas a cirugía no conservadora. En el 86% de los casos se les realizó linfadenectomía. Las complicaciones se agruparon en: dehiscencia (2,8%); infección herida quirúrgica (2,8%); hematoma y hemorragia (6,5%); seroma (4,6%). Anatomía Patológica: tamaño (99%); marcaje (56,9%); distancia al borde (75,5%); infiltración de bordes (74,5%); tipo histológico (98,1%); tipo infiltrante (92,2%); grado de Bloom y Richardson (93%); ganglios aislados (86%); ganglios infiltrados (39%); citometría de flujo (54,2%). Informes de alta: cumplimentación de TNM final en el 60,25% de los informes. Estadío tumoral: I (26,7%); IIA (28,3%); IIB (25%); IIIB (11,7%); IIIB (3,3%); IV (5%). En el 25% de los informes de Oncología médica se reflejó que estaban pendientes del resultado de los receptores hormonales para completar la indicación terapéutica. Registro de tumores: extensión tumoral: *in situ* (11,1%); localizado (50%); regional (27,8%); diseminado (1,9%); desconocido (9,3%).

Comentarios: 1. La extracción de información no ha sido tan rápida como se previó en un principio y algunas fuentes han aportado menos información de la esperada. 2. Sin embargo, ha servido para detectar oportunidades de mejora. Se han establecido algunas medidas sobre éstas: reforma de los informes de alta, realización de mayor número de biopsia preoperatorias en consulta, mejor coordinación para el estudio inmunohistoquímico.

C008. Evaluación de la calidad de la historia de enfermería

AlcarazMF., Espinosa C., Garijo V., Guardiola M., Roldán MA., Sánchez-Verdú MC.
El Palmar (Murcia).

Objetivos: Ha sido mejorar la calidad en el registro de la historia de enfermería al detectar una desorganización y pérdida de determinados registros así como la falta de cumplimiento.

Metodología: Se recogió una muestra de sesenta casos de forma aleatoria simple, utilizando datos de proceso que se revisaron de forma interna y con carácter retrospectivo, valorando su calidad científico-técnica. La fuente de datos empleada fueron las historias de enfermería aplicando cuatro criterios de calidad evaluados dos veces en un intervalo de seis meses.

Resultados: En la primera evaluación se observó que cada criterio se incumplía una media de 22,1 veces y que tres de los 4 criterios se cumplimentaban en un porcentaje superior al 50%. En la segunda evaluación, vimos que cada criterio se incumplía una media de 10 veces. Tras la aplicación de las medidas correctoras, todos los criterios aumentaron su cumplimiento, sobrepasando un 50% del mismo.

Conclusiones: El sistema de evaluación y mejora de la calidad asistencial se ha mostrado como una eficaz herramienta para valorar de una manera rápida y sencilla cuál es el estado de la historia de enfermería. Al poner de manifiesto nuestros errores, nos permite introducir medidas correctoras que nos van a ayudar a mejorar. Los resultados obtenidos en la segunda evaluación son satisfactorios pero insuficientes, al menos en lo referente al tercer criterio, por su bajo cumplimiento, por lo que se va a proceder a realizar evaluaciones en la historia de enfermería de forma periódica hasta obtener unos resultados óptimos.

C009. Evaluación de la cumplimentación de la valoración de enfermería al ingreso del paciente

Leal J., Aznar M., Pérez-López C., Jurado Ml., Miñana L., Paredes A.

Programa EMCA. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimentación del registro de valoración de necesidades de enfermería al ingreso del paciente para detectar posibles acciones de mejora.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo del grado de cumplimentación del registro de valoración de necesidades de enfermería al ingreso de los pacientes en un hospital de segundo nivel durante julio de 1999.

La muestra de estudio se obtuvo mediante muestreo aleatorio estratificado de las 11 unidades de hospitalización (N=50).

La fuente de datos fue el registro de valoración de enfermería que debe de estar incluido en todas las historias clínicas de los pacientes a su ingreso.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que están ingresados en una unidad de hospitalización más de 24 horas.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes ingresados menos de 24 horas y que en el momento de la evaluación no estuvieran en su unidad. Se utilizó como mecanismo de sustitución de casos el pasar al siguiente paciente si el seleccionado no reunía los criterios de inclusión.

Los criterios para la evaluación de la calidad de los registros fueron: Correcta identificación de la hoja de valoración, aparece motivo de ingreso, correcta cumplimentación de alergias, cumplimentación en las primeras 24 horas del ingreso, firma legible o nº de personal de la enfermera responsable y estarán cumplimentadas todas las necesidades individuales.

Todos los criterios de evaluación fueron validados y sometidos a pilotaje, obteniéndose una valoración de fiabilidad adecuada para su posterior utilización en el estudio.

La intervención se basó en notificar a las unidades de estudio los resultados de la primera evaluación, con el objetivo de motivar a los profesionales para su mejora.

Resultados: Los resultados obtenidos se exponen en la siguiente tabla:

Criterio	1ª Evaluación	2ª Evaluación	M. Absoluta
	P1 (IC 95%)	P2 (IC 95%)	P2-p1
1	92±7,5	94±6,5	2
2	55±13,7	80±11	25
3	67±13	78±11,5	11
4	82±10,6	90±8,3	8
5	82±10,6	84±10,1	2
6	70±12,7	94±6,6	24

Criterio	M. Relativa	Significación
	P2-p1/p1	p
1	25%	<0,001
2	55%	<0,001
3	33%	No significativo
4	44%	0,020
5	11%	No significativo
6	80%	<0,001

Conclusión: Tras analizar los datos de la 1ª evaluación se observó una falta de exhaustividad en la cumplimentación global del registro obteniendo una mejora significativa tras las intervenciones desarrolladas.

C010. Evaluación y mejora de la calidad formal de las actas de inspección en sanidad ambiental

Córdoba MF., Gómez-Campoy ME., Sanz-Navarro J., Gutiérrez-Molina C., Sintas F., Rimblas ME.

Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia (Murcia).

Objetivos: La adecuada cumplimentación de las actas de inspección de Sanidad Ambiental es de la mayor importancia, debido a que la incorrección en los datos obstaculizaría la consecución de los objetivos previstos en el proceso de inspección y, al ser documentos públicos, sus deficiencias impedirían la incoación del correspondiente expediente sancionador.

Este trabajo presenta un *Ciclo completo de Evaluación y Mejora de la Calidad en la Cumplimentación* de dichas actas.

Metodología: Estudio retrospectivo realizado en las seis áreas de salud de la Región de Murcia. Las Unidades de Estudio corresponden a las Actas de Inspección realizadas por la Sección de Sanidad Ambiental de la Consejería de Sanidad y Consumo. Muestreo: la totalidad de las actas del 1º trimestre de 1998 y la totalidad del 1º trimestre de 1999.

Intervención: se realizó sesión de trabajo donde se justificaron los criterios, con el fin de concienciar a los inspectores de la importancia de la correcta cumplimentación.

Evaluación: se seleccionaron siete criterios de calidad (normativos y explícitos) mediante tormenta de ideas, por grupo multidisciplinar, en base a la legislación y jurisprudencia al respecto, identificando aquellos aspectos que impedirían la incoación de expediente sancionador (graves, 3 criterios) y aquellos que lo dificultarían (leves, 4 criterios). La evaluación y reevaluación se realizó por un evaluador externo de los Servicios Centrales (el mismo en las dos ocasiones).

Resultados: Se evaluaron un total de 246 actas en 1998 y 215 en 1999. El % de actas que cumplen la totalidad de los criterios en el año 98 fue de 18,29 frente al 61,86 del año 99. Las actas con

deficiencias graves en 1998 fue de un 8% frente a un 0% en 1999. El criterio más incumplido en los dos años fue el que obliga a hacer constar las manifestaciones del inspeccionado, con un 60,16% en 1998, frente al 24,19% en 1999. Tras la intervención se consigue pasar de 1,8 deficiencias por acta en 1998 a 0,40 en 1999.

Conclusiones: El *Ciclo de Mejora* ha resultado válido para mejorar la calidad formal de las actas. En este momento se está procediendo a valorar su monitorización.

Sala 3. Mesa 3: Calidad de los Sistemas de Información (y 2)

C011. Mejora de la calidad del informe de alta hospitalaria. Criterios, metodología y resultados

Fernández-Aparicio T., Miñana B., Guzmán P., Hita G., Cortés-Parra C., Motos G.
El Puntal (Murcia).

Bajo el marco conceptual de la mejora continua de la calidad asistencial, y tras la detección de una oportunidad de mejora al analizar los informes de alta hospitalaria en nuestro Servicio, estudiamos la mejora cualitativa apreciada tras el empleo de plantillas informatizadas diseñadas con criterios específicos.

Material y métodos: Fue analizada una muestra aleatoria de los informes de alta de nuestro Servicio correspondientes al año 1998 (n=58). Para tal evaluación seguimos los criterios establecidos por la Orden Ministerial de 6 de Septiembre de 1984. De acuerdo con ello se diseñaron tres plantillas informáticas con campos de obligada cumplimentación que cubren la practica totalidad de las variaciones del informe de alta en nuestro Servicio. Tras su empleo fue realizada una segunda evaluación sobre una muestra aleatoria de 47 informes correspondientes al año 2000. Se calcularon los porcentajes de cumplimiento e incumplimiento para cada criterio así como las medias correspondientes para el global del informe, realizando el contraste de hipótesis.

Resultados: Los resultados de ambas evaluaciones para cada criterio se reflejan en la tabla al pie.

	1ª eval.	IC	2ª eval.	IC	Mejora abs.	Mejora rel.	Signif.
Criterios	p1	95%	p2	95%	p2-p1	p2-p1/1-p1	p
A máquina?	75,9%	11,0%	72,3%	12,8%	-4%	-14,6%	p=n.s
Identificación del hospital	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0%		p=n.s
Datos del médico	1,7%	3,4%	100,0%	0,0%	98%	100,0%	p<0,001
Nº historia	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0%		p=n.s
Datos del paciente	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0%		p=n.s
Día de admisión	93,1%	6,5%	95,7%	5,8%	3%	38,3%	p=n.s
Día de alta	93,1%	6,5%	91,5%	8,0%	-2%	-23,4%	p=n.s
Motivo del alta	81,0%	10,1%	93,6%	7,0%	13%	66,3%	p=n.s
Exploraciones y actuaciones	98,3%	3,4%	95,7%	5,8%	-3%	-146,8%	p=n.s
Motivo del ingreso	75,9%	11,0%	100,0%	0,0%	24%	100,0%	p<0,001

	1ª eval.	IC	2ª eval.	IC	Mejora abs.	Mejora rel.	Signif.
Criterios	p1	95%	p2	95%	p2-p1	p2-p1/1-p1	p
Resumen de historia	74,1%	11,3%	100,0%	0,0%	26%	100,0%	p<0,001
Diagnóstico principal	60,3%	12,6%	100,0%	0,0%	40%	100,0%	p<0,001
Diagnósticos secundarios	50,0%	12,9%	80,9%	11,2%	31%	61,7%	p<0,001
Intervención	36,2%	12,4%	100,0%	0,0%	64%	100,0%	p<0,001
Tratamiento domiciliario	87,9%	8,4%	100,0%	0,0%	12%	100,0%	p<0,05

La valoración de la calidad global como suma de los cumplimientos de criterios demostró también que las medias muestrales mejoraron significativamente (11,3 vs. 14,3; p<0,001).

Conclusiones: Los datos permiten concluir que la aplicación de un modelo informatizado de informe médico de alta con criterios específicos mejora significativamente su calidad.

C012. Mejorar informes de alta de Cirugía Mayor Ambulatoria en Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer

Escobar C., Rabadán MT., López-Pay MD., Clavel J., Marín-Rodríguez P., Alba C.
Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Conocer la medida en la que un Ciclo de Mejora puede aumentar la calidad de los Informes de Alta de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en Otorrinolaringología (ORL).

Metodología: *Unidad del estudio:* pacientes intervenidos en el programa de CMA del Servicio de ORL del Hospital Morales Meseguer de Murcia. *Fuente de la información:* Listado de pacientes intervenidos e Informes de Alta de intervenciones del programa de CMA. *Período de tiempo evaluado:* Momento de la redacción del informe de alta del Programa de CMA de ORL del H.M.M. *Método de análisis del problema:* mediante diagrama de causa-efecto. *Primera evaluación:* retrospectiva y cruzada, en mayo de 2000, utilizando 10 criterios normativos, explícitos, transversales, isovalentes y específicos, referidos a datos clínicos relevantes que deben figurar en el informe de alta, esto es: identificación del hospital (criterios 1 y 2), identificación del paciente (criterio 3) y referidos al proceso asistencial (criterios del 4 al 10). *Marco muestral:* pacientes intervenidos de CMA en ORL en el semestre anterior a la intervención para mejorar (marzo de 2001). *Nº de casos:* 100 respecto al universo de 200 individuos. *Método de muestreo:* aleatorio simple. *Segunda evaluación:* a los 6 meses de la intervención, analizándose diferencias en cuanto a mejora absoluta, relativa y significación estadística.

Resultados: Se mejoraron de forma estadísticamente significativa 8 de los 10 criterios establecidos, cuatro de los cuales todavía tienen amplios espacios de mejora relativa que van del 61,9 al 79,6. Los criterios en los que la mejora obtenida no fue significativa estadísticamente se referían a Identificación del paciente y Fecha del proceso, que ya parten de porcentajes de cumplimiento altos en la primera evaluación (91% y 95% respectivamente).

Conclusiones: La metodología de evaluación y mejora de la calidad permite incrementar la calidad de los informes de alta de pacientes intervenidos de CMA en ORL. No obstante, es recomendable llevar a cabo un 2º Ciclo de Mejora en los 4 criterios que todavía tienen amplios espacios de mejora relativa, así como una monitorización posterior de los restantes criterios dados los valores satisfactorios de sus cumplimientos.

C013. Estudio de la calidad de los procedimientos de "Alta Voluntaria" llevados a cabo por los facultativos de un Hospital General

Novoa AJ., Blázquez-Garrido RM., García-Palomares A., Ramos R., Fernández-Aparicio T., Aguilar-Jiménez J.
Hospital Morales Meseguer. Comité Asistencial de Ética.
Murcia (Murcia).

Objetivos: Análisis de las características de los procedimientos de Alta Voluntaria (AV). Metodología. Estudio retrospectivo de las AV llevadas a cabo durante el año 1999.

Resultados: Se produjeron un total de 14.611 altas, de las cuales 87 fueron AV (0,6%). Por servicios, las tasas de incidencia no fueron homogéneas destacando 2,5% en Infecciosas y 1,9% en Psiquiatría. No aparecen específicamente registrados los motivos por los que el paciente solicita el AV ni su competencia para hacerlo en el 60% de las historias revisadas. En 12 casos (13,7%), los médicos obligan a firmar el AV a pacientes sin criterios de ingreso que desean irse. En 23 casos (26,4%) el médico concede el AV a pacientes que la solicitan probablemente no competentes para hacerlo. En 28 casos (32,1%) los médicos conceden el AV a pacientes con los que han existido problemas de comunicación o que rechazan los procedimientos que el médico les ofrece sin que se hayan valorado alternativas. La cumplimentación del documento de AV es incompleta en 28 casos (32,1%). En 8 casos (9,1%) no existe documento. En 42 casos (48,2%) no se da informe médico de alta normalizado al paciente.

Conclusiones: La mayoría de los procedimientos de AV llevados a cabo por los médicos son de baja calidad debido a: 1. Una mala cumplimentación del documento de AV. 2. Falta de informe normalizado de alta. 3. Falta de registro en la historia de los motivos por los que el paciente solicita el AV. 4. Falta de registro en la historia de la competencia del paciente para solicitar el AV. 5. Realización del procedimiento de AV a pacientes sin criterios de ingreso. 6. Aceptación de peticiones de AV de pacientes probablemente incompetentes para hacerlo. Sería necesario elaborar una Guía que ayude a los profesionales a realizar este procedimiento de alta con todas las garantías técnicas, legales y éticas.

C014. Propuesta de guía para la realización del procedimiento de Alta Voluntaria por los facultativos de un hospital

Novoa AJ., Blázquez-Garrido RM., Nieto J., Serrano C., Herrero F., Pérez-Sánchez C.
Hospital Morales Meseguer. Comité Asistencial de Ética.
Murcia (Murcia).

Objetivos: Elaborar una guía para que los facultativos del hospital realicen el procedimiento de Alta Voluntaria (AV) con las máximas garantías técnicas, legales y éticas.

Metodología: Documento de consenso del Comité Asistencial de Ética tras el análisis de un estudio descriptivo retrospectivo sobre la calidad de los procedimientos de AV llevados a cabo en el hospital. Definición de procedimiento de AV: Procedimiento de alta que realiza un médico, en contra de su opinión, solicitada por un paciente, adecuadamente ingresado, competente, con información suficiente y sin control externo, durante el que se adjunta informe normalizado de alta. Guía de actuación: El médico debe realizar y registrar: 1. Valoración de las razones del paciente y proceso de negociación llevado a cabo. 2. Informar al paciente de las consecuencias del alta, las alternativas existentes al trata-

miento hospitalario y la posibilidad de cambiar de opinión en cualquier momento. 3. Valoración de la competencia mediante protocolo ad hoc. 4. Informe de alta completo. 5. Firma del documento de AV en impreso fotocopiado dándole una copia al paciente.

Guía para la valoración de la competencia del paciente tras revisión de la bibliografía (1 y 2). Premisas: 1. La valoración de la capacidad intenta determinar si el paciente tiene las habilidades mentales necesarias para tomar la decisión de ser dado de alta. 2. Es tarea del médico responsable de dar el alta. 3. Todo paciente es competente mientras no demostremos lo contrario.

(1) Drane JF, Competency to Give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assessments. *JAMA* 1984; 252(7):925-7.

(2) Appelbaum PS, Roth LH. Competency to Consent to Research. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:951-8.

C015. Análisis de la exhaustividad en la captación de nuevos casos de un registro hospitalario de tumores. Evaluación de la calidad de las fuentes

García de la Torre JP., Ruiz-López P., Colina F., Caverio A., Enrique MC y Comisión de Tumores.

Registro Hospitalario de Tumores y Unidad de Calidad del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (Madrid).

Objetivos: La fiabilidad de la información producida por un registro hospitalario de tumores (RHT) depende de la calidad de sus datos. Se ha pretendido evaluar la exhaustividad de la captación de casos nuevos/período por el RHT del Hospital 12 de Octubre.

Metodología: Se comparó la población registrada de 9 topografías (tumores pulmonares, mamarios, colorrectales, gástricos, próstáticos, vesicales, ginecológicos, laríngeos y del SNC) con la población tumoral atendida por los específicos y respectivos Servicios Clínicos (Neumología, Oncología, Cirugía Digestiva-Gastroenterología, Urología, Ginecología, ORL y Neuropatología) en el período "Primer Trimestre 1999". Las ausencias de caso en RHT fueron denominadas "falsos negativos provisionales" y se analizó: 1. La fecha de incidencia (fecha de entrada de primer espécimen con diagnóstico de malignidad en el laboratorio de Anatomía Patológica) en su Historia Clínica para determinar qué casos eran "prevalentes" (anteriores al período explorado). El número de falsos negativos definitivos determinó el porcentaje (índice) de captación y el tipo de problema que motivaba su ausencia en RHT.

Resultados:

1. Se exponen los resultados sobre las muestras analizadas en los diferentes tumores (n = nº de casos; FNP = falsos negativos provisionales del RHT; FND: falsos negativos definitivos del RHT; IC: índice de captación definitivo) en los tumores más prevalentes:

Pulmón: n=90; FNP=5; FND=1; IC=98,9%. Mama: n=90; FNP=1; FND=1; IC=98,8%. Colorrecto: n=82; FNP=8; FND=3; IC=96,3%. Próstata: n=59; FNP=2; FND=2; IC= 96,6%. Vejiga: n=44; FNP=0; FND=0; IC=100,0%. Genital Femenino: n=39; FNP=7; FND=1; IC=97,4. SNC: n=33; FNP=8; FND=2; IC=94,0. Laringe: n=23; FNP=1; FND=0; IC=100,0%. Estómago: n=22; FNP=15; FND=0; IC=100,0%. TOTAL: n=478; FNP=47; FND=10; IC=98,0%.

2. Tipo de problemas objetivados en los falsos negativos: a. Casos del ámbito hospitalario tratados en Centros concertados. Solución: establecer circuito de información. b. Codificación incorrecta en Anatomía Patológica y CMBDH. Solución: Comunicación de errores. c. Casos de dudoso registro: Cistadenomas, Carcinoides, Malformaciones arteriovenosas SNC... Solución: Decisión de Comisión de Tumores.

Conclusiones: El índice de captación (98%) es aceptable si bien se descubre necesaria una nueva fuente (Hospital Concertado) y una educación en codificación sistematizada en el personal hospitalario implicándolo en el diagnóstico "social".

Sala 4. Mesa 4: Aplicación del Modelo EFQM

C016. Autoevaluación del Hospital de Basurto según el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM: resultados 2000-2001

Maiz E., Equipo Directivo del Hospital de Basurto.

Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). Osakidetza / Servicio vasco de salud.

El Hospital de Basurto toma como modelo de evaluación de la calidad de su sistema de gestión el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM (*European Foundation for Quality Management*). En este marco, presentamos los resultados del proceso de autoevaluación del centro, realizado entre los meses de septiembre de 2000 y febrero de 2001.

Objetivos: 1. Reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados del hospital, enfrentándonos a un modelo de excelencia. 2. Elaborar planes para la mejora continua de la organización.

Metodología: 1. Se constituyó un equipo de autoevaluación de 19 personas, con participación de las direcciones y mandos de la organización. 2. Se crearon los grupos de trabajo por criterio y se elaboró un cronograma de actividades. 3. Se contó con la asesoría externa de expertos en el modelo. 4. Se realizaron reuniones de los grupos de trabajo, y reuniones de consenso del equipo. 5. Se utilizaron herramientas de mejora como el *brainstorming*. 6. Se empleó la *Guía para la Autoevaluación de Organizaciones Sanitarias* (editada por la Subdirección de Calidad Asistencial de Osakidetza).

Resultados: 1. Reuniones: se ha realizado una media de 12 reuniones (5 por cada grupo de trabajo, y 7 del equipo al completo). 2. Estimación de dedicación horaria por persona: Sesiones generales (36 horas) y en grupos de trabajo (24 horas). 3. Identificación de Áreas de Mejora: en el primer borrador, fueron identificadas 157 áreas. Después de varios ejercicios de ponderación, se elaboró un documento final con 10 áreas de mejora. 4. Se elaboró un plan para cada una de las áreas de mejora, definiendo objetivos y requisitos, estableciendo indicadores y estándares, y puntuando el grado de cumplimiento del objetivo. 5. A finales de este año se realizará una evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos.

Conclusiones: *Dificultades:* 1. El proceso de autoevaluación del centro según el modelo es un proceso prolongado en el tiempo. 2. Exige el compromiso de un grupo numeroso de personas que representen las diferentes áreas (asistenciales y no asistenciales) de actividad del hospital. 3. La dedicación de este grupo al proceso de autoevaluación es muy alta (12 reuniones, además del trabajo personal). 4. El nivel de conocimiento del Modelo de Excelencia, así como el grado de asunción como Sistema de Gestión de la organización es muy variable, lo que conlleva una cierta confusión e impaciencia entre los miembros del equipo. *Ventajas:* 1. Permite la orientación sistemática de las actividades de la organización hacia la excelencia en la gestión. 2. Proporciona un referente, unos objetivos a alcanzar, tanto desde el punto de vista personal como grupal. 3. Facilita la participación de las personas, permitiendo explicar puntos de vista diferentes. 4. Ejercita en la dinámica de grupos, facilitando la convergencia de los esfuerzos individuales en objetivos de equipo.

C017. Adaptación del modelo EFQM para las estrategias de gestión de un centro hospitalario

Domínguez-Alberdi E., Perteguer I., Cazenave A., Gómez-Luy F., Cabeza MJ.
Cádiz (Cádiz).

Objetivos: Establecer un modelo de gestión que favorezca la mejora continua, conseguir la implicación de los profesionales en el proyecto, establecer los mecanismos necesarios para medir y mejorar la calidad de la atención prestada en nuestro centro.

Metodología: Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por profesionales de las distintas divisiones del centro liderado por la Subdirección Gerencia. Con objeto de explorar las posibilidades de nuestro centro, se realizó un análisis utilizando la matriz DAFO para identificar fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.

Una vez identificadas las diferentes fuerzas a favor y en contra, se estableció un cronograma de trabajo donde se dispusieron diferentes responsabilidades con objeto de iniciar un sistema de gestión de la calidad para el hospital. La base de las diferentes acciones se fueron realizando tomando como marco el Modelo de la *European Foundation for Quality Management*. Se utilizó concretamente la versión adaptada para el sector sanitario y se diseñaron acciones relacionadas con los 9 elementos del modelo, es decir, mejora del liderazgo, recursos, gestión de personal, estrategia, procesos, resultados en las personas, en los clientes, resultados en la sociedad y puesta en marcha de medidas de resultados clave.

Resultados: Actualmente, disponemos de un proyecto de calidad del centro que ha sido consensuado y que cuenta con el visto bueno de la dirección. El mismo contiene las directrices generales de la política de calidad para el centro en los próximos años. En concordancia con el Plan marco de Calidad Total de nuestra Consejería, se contempla la incorporación paulatina de una gestión para los principales procesos asistenciales.

Paralelamente hemos diseñado los indicadores de calidad pertinentes para las principales actividades que se realizan en el hospital, además de un proceso de gestión de quejas y reclamaciones y estudios periódicos de medida de la satisfacción de los pacientes. Estas estrategias han sido apoyadas fundamentalmente con dos medidas: la primera de ellas es una política de divulgación del plan entre los profesionales y la segunda un apoyo formativo que ha permitido que 75 profesionales conozcan los conceptos generales en los que se mueve actualmente la gestión de la calidad.

En relación con la percepción del cliente conocemos que los mayores motivos de insatisfacción son la accesibilidad (esperas innecesarias) y el trato humano (información y comunicación). De igual forma, sabemos que lo que genera mayor satisfacción son los aspectos científico-técnicos.

Conclusiones: Como resultado de estas actuaciones se han realizado en este año 12 proyectos concretos de mejora de la calidad y se han conseguido las siguientes mejoras: atención e información a los padres de los niños hospitalizados, información y cuidados de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, seguimiento perioperatorio y mejora del registro, atención al cliente interno en el área de personal, atención al familiar del paciente de UCI, atención a las pequeñas cosas, mejora de la intimidad, protocolo de acogida...

C018. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de excelencia de la E.F.Q.M. en el Hospital de Zumarraga

Moracho O., Colina A., Amondarain MA., Aguirre L., Ruiz-Álvarez E., Salgado MV.
Hospital de Zumarraga (Gipuzkoa).

Antecedentes: El Modelo de Excelencia de la EFQM es un marco de referencia no prescriptivo y un instrumento de trabajo cuya aplicación en las empresas sanitarias está demostrando su utilidad para la organización de la mejora continua y de los resultados alcanzados.

Además es perfectamente compatible y engloba en su aplicación a cualquier otro sistema de mejora de la calidad, el aseguramiento (normas ISO) o los sistemas de acreditación.

Material y métodos: En el trabajo se describe la experiencia de la aplicación del modelo en el Hospital de Zumarraga desde 1996, consistente en la realización de tres autoevaluaciones y la presentación del hospital a evaluación externa realizadas por primera vez en el sector sanitario.

Resultados: Se aportan las puntuaciones de las tres evaluaciones realizadas, así como las dificultades encontradas y los puntos fuertes para una utilización más efectiva de esta herramienta.

Se refieren los requisitos y pasos seguidos para la realización de una evaluación externa y el resultado obtenido (entre 401-450 puntos).

Conclusiones: El modelo supone una potente herramienta para implantación y desarrollo de sistemas de gestión basados en la Calidad Total mediante la realización del modelo y aporta un diagnóstico objetivo de gran valor para el desarrollo de la mejora continua en el hospital. La evaluación externa aporta múltiples áreas de mejora que la dirección del hospital tendrá que priorizar e integrar en su plan de gestión para obtener toda la potencialidad del Modelo de Excelencia.

C019. Plan de acogida del nuevo personal en el Hospital de Zumarraga

Ruiz-Álvarez E., Moracho O., Colina A., Amondarain MA.
Hospital de Zumarraga (Gipuzkoa).

Objetivos: Facilitar la incorporación del personal nuevo, fijo y eventual, al funcionamiento de su unidad o servicio dentro del hospital transmitiendo los objetivos y valores del mismo para conseguir la mayor adhesión e implicación en el proyecto del hospital.

Material y métodos: Después de la evaluación externa según el Modelo de Excelencia EFQM en el año 2000 y dentro de su proceso de comunicación, se detecta como área de mejora la necesidad de establecer un "plan de acogida" ante la importante movilidad del personal de nuestro centro y la existencia de muchos turnos de trabajo individuales. Por parte de las direcciones se planifica un sistema de acogida. A través de un grupo focal multidisciplinar se analizan y priorizan las diferentes expectativas y necesidades de nuestros profesionales como clientes internos.

La Dirección de Personal, asumiendo las conclusiones del grupo focal, realiza un documento de acogida que es validado por las direcciones del hospital. El documento de acogida aprobado es implantado a través de un procedimiento que incluye tutoría por parte de la Dirección de Personal y los responsables de las unidades, incluyendo la visita guiada al centro.

Evaluación: Se realiza una evaluación posterior de la implantación mediante un grupo focal compuesto por personas que han seguido este procedimiento. Así mismo, se realizará una nueva evaluación al año de la implantación mediante una encuesta resumida al personal nuevo incorporado al hospital recogiendo aspectos de funcionamiento de la administración de personal con 15 preguntas

Resultados y conclusiones: La aportación del grupo focal ha sido fundamental para la realización del plan de acogida y la valoración del mismo por los profesionales ha sido excelente. El modelo EFQM es un magnífico sistema para detectar áreas de mejora. Un plan de acogida favorece la incorporación de los profesionales a su puesto de trabajo, el conocimiento del sistema de gestión y los valores culturales del hospital y puede suponer un elemento de incentivación y reconocimiento.

C020. Implementación de un sistema de comunicación interna como elemento de soporte del plan estratégico institucional

Margalef M., Blasco A., Arjona R., Martínez-San Pedro F., Jodar C., Sarrà J.

Institut Català d'Oncologia. Servicio de Prevención y Control del Cáncer. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos: 1. Diseñar y sistematizar un Plan de Comunicación Interna en el Institut Català d'Oncologia que permita la transmisión de la información a todos los niveles y ámbitos del centro de acuerdo con el proyecto general de la institución. 2. Integrar la comunicación interna como elemento potenciador de la implicación de las personas hacia una cultura de calidad.

Metodología: Para la elaboración del Plan de Comunicación se configura un grupo multidisciplinar transversal, que basándose en la metodología del EFQM, organiza un plan de trabajo que consiste en: 1. La revisión y análisis de los subcriterios del EFQM que integran la comunicación interna para conocer la situación de partida. 2. Elaboración y realización de una encuesta al personal que permite contrastar los métodos formales de la información/comunicación ya existentes en nuestro centro con las necesidades y percepciones de las personas. De los resultados obtenidos en ambos análisis, se procede a: 3. La identificación de las áreas de mejora y potenciación de instrumentos ya existentes, y, 4. La definición de mecanismos de revisión y evaluación.

Resultados: A finales del año 2000, el grupo presenta al equipo directivo una estrategia integral que articula todos aquellos elementos implicados en el proceso informativo/comunicativo en nuestra institución, y que se concreta en la definición de: 1. Plan de comunicación de la política y estrategia de la institución. 2. Plan de comunicación interna para cada Servicio/Unidad. 3. Plan de comunicación interdepartamental. 4. Mejora en los canales de comunicación interna existentes. y 5. Plan de la gestión para el conocimiento. En esta primera fase de despliegue, las propuestas de prioridad han sido integradas en la dinámica de las DPO 2001 y ha generado nuevos grupos de trabajo específicos.

Conclusión: 1. La comunicación interna es una herramienta estratégica para implementar una política de calidad. Cualquier proceso de transformación requiere el conocimiento y comprensión de todas las personas en la institución. 2. La materialización de una estrategia integral de comunicación es imprescindible para garantizar la transmisión de información operativa y cultural e impulsar la integración de las personas en el proyecto institucional y en la noción de "calidad compartida".

**Sala de Cámara. Mesa 5:
Planes de Mejora de la Calidad**

C021. Despliegue de la calidad total en Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud

Sánchez-González E., Letona J., Martínez-Conde AE., González-Llinares R., Darpón J., Villar F.

Organización Central de Osakidetza/Servicio vasco de salud. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Objetivos: Promover un cambio cultural hacia la calidad total en todos los ámbitos y centros de Osakidetza. Sistematizar los métodos

de garantía y mejora continua en todos los centros y servicios de Osakidetza.

Metodología: Programa de formación continuada sobre el modelo EFQM y otras herramientas de calidad desde 1995. Desarrollo de herramientas desde la Organización Central: Planificación estratégica (1998), Encuestas corporativas para el cliente externo (1996-2001) y el personal (2001), Metodologías de autoimplantación para la mejora continua (Guía 1999 para la gestión de procesos, Guía 2001 sobre 5S), Versiones 2000 adaptadas al sector sanitario del modelo EFQM (completa y simplificada), Implantación de indicadores... Procesos de autoevaluación y planes de mejora bienales de las organizaciones de servicios (1996-1997, 1998-1999 y 2000-2001). Formación en colaboración con la Fundación Vasca de Calidad (Euskalit) (FVC) de asesores en el modelo EFQM desde 1998.

Resultados: % de Organizaciones con ciclos de mejora completos (4 fases del ciclo PDCA) en el 2000: Sistemas de Información (67%), Coordinación interniveles (59%), Hostelería (56%), Relaciones con pacientes (52%), Participación y acuerdo de objetivos (52%), Comunicación (48%), Gestión de procesos (41%), Protocolos/vías clínicas (41%) y otras áreas. Primera autoevaluación 2000 con el modelo EFQM de 10 Unidades de Atención Primaria y 6 Servicios clínicos hospitalarios. 92% han considerado muy útil o bastante útil este proceso y 2/3 han implantado planes de mejora. Tercera autoevaluación 2000-2001 de 18/18 (100%) Hospitales, 6/7 (86%) Comarcas de Atención Primaria y 4/6 (67%) Organizaciones de Servicios adicionales, incluyendo la Organización central. 64% han implantado planes de mejora. Reconocimiento externo por la FVC al 48% de las Organizaciones de Osakidetza: 2 Q de Plata 2000 (más de 400 puntos) y 13 Diplomas 2001 de Compromiso con la Excelencia. 46 Evaluadores EFQM acreditados por la FVC en 2001.

Conclusiones: Más del 90% de los centros de Osakidetza tienen una cultura y un sistema de calidad basado en la calidad total, y el 48% han obtenido ya algún tipo de reconocimiento externo (Q de plata y diplomas). El despliegue del modelo EFQM hacia unidades y servicios, iniciado en el 2000, ha sido de utilidad para la "Gestión Clínica". Los resultados obtenidos no hubieran sido posibles sin una política corporativa mantenida en el tiempo liderada desde la Organización Central, acorde con el principio de excelencia de "Liderazgo y Constancia en los Objetivos" (EFQM 1999).

C022. Planes de mejora y monitorización, estrategias de un programa de mejora de la calidad en una Gerencia de Atención Primaria

Ortiz H., Peña I., Chocron L., Mendieta E., Parra I., González-Sanz, F.

Gerencia Atención Primaria Área 4. Madrid (Madrid).

Objetivos: El Programa de Mejora de la Calidad Asistencial se viene desarrollando en los Centros de Salud desde 1998. En número de equipos de atención primaria (EAPs) adscritos al programa ha pasado de 18 en 1998 a 28 en la actualidad (400.000 habitantes). Este trabajo describe las características y algunos resultados del programa de mejora de la calidad en una Gerencia de Atención Primaria.

Metodología: Se realiza una descripción de los dos pilares básicos del Programa: Planes Internos de Mejora (PIM) y Monitorización de Indicadores. Cada EAP ha priorizado un problema o situación de mejora diseñando un proyecto que es validado por la Gerencia. Además y como complemento a la cartera de servicio el programa tiene unos criterios clínico asistenciales y organizativos que son monitorizados anualmente (control de HTA, control de diabetes, consejo antitabaco, vacunaciones infantiles, accesibilidad telefónica...). Para la evaluación de los indicadores se realizan anualmente auditoría

interna en historias clínicas por las comisiones de calidad de los equipos y auditoría externa.

Resultados: Durante el año 2000 doce EAPs diseñaron proyectos de mejora, dirigidos fundamentalmente a mejorar la gestión de la demanda, aumentar la captación de patologías crónicas y reorganizar circuitos de atención a los pacientes sin cita o sala de curas. El resto de equipos ha iniciado proyectos y están en fase de diseño.

De los indicadores monitorizados los resultados más relevantes han sido: una tasa de vacunación elevada aunque inferior en los tramos de 6 y 14 años, bajo control en los pacientes hipertensos (50%) y diabéticos (40%), alta proporción de pacientes con consejo antitabaco, accesibilidad telefónica baja en horas de mayor demanda.

Conclusión: El programa de mejora de la calidad del Área se está transformando de forma progresiva en una herramienta operativa en los EAPs y estratégica para el equipo directivo de la Gerencia. Es necesario que progresivamente se incorpore la metodología de planes de mejora en los centros de salud para que los programas de calidad se adapten a sus necesidades reales y a los compromisos de la Gerencia.

C023. Aplicación de un plan de calidad hospitalario. El hospital orquesta

Andreo JA., Paredes A., Sánchez-Nieto J.M., Bermejo I., López-López E., Coronado D.

Unidad de Docencia, Investigación y Calidad. Dirección Gerencia. Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Exponer el Plan de Calidad (PC) desarrollado en nuestro hospital, basado en el modelo de "hospital orquesta", con una Dirección, grupos instrumentales (Servicios/Unidades), partitura (plan de objetivos) e intérpretes (profesionales), de los que depende el éxito final de la sinfonía (servicio prestado). Analizar su aplicación y resultados durante el año 2000 y valorar su utilidad para implicar a todos los profesionales en la mejora de los procesos.

Metodología: El PC se fundamenta en el principio de Calidad Total que supone la participación de todos los componentes del centro (Servicios/Unidades y personas), con una actitud compartida que trasciende los intereses personales, enfocada a la mejora continua, atención al paciente y colaboración con el equipo. Por similitud a una orquesta sinfónica, se resalta la necesaria participación activa de todos sus componentes para conseguir un resultado (atención prestada) consonante y armónico. Se sigue la metodología de Garantía y Mejora Continua propuesta por el Programa EMCA, con desarrollo de Ciclos de Mejora, Diseño de la Calidad y Monitorización, con apoyo de actividades de formación e investigación en Gestión de Calidad. Para su aplicación práctica, en períodos anuales, se definen primero los objetivos del PC del hospital en su conjunto y, en consonancia con éstos, se determinan los objetivos (partituras) para cada uno de los componentes (agentes de calidad), agrupados en los apartados de: Dirección, Servicios Asistenciales (médicos, quirúrgicos y centrales), Unidades de Enfermería, Servicios No Asistenciales, Grupos de Calidad (Comisiones Clínicas, Grupos de Mejora y Unidad de Calidad, Docencia e Investigación -UDICA-) y profesionales del centro. Se pretende el desarrollo progresivo de planes específicos de cada unidad. Se resumen las líneas de aplicación y los resultados globales del PC en 2000.

Resultados: En el año 2000 se fijaron objetivos de calidad para el hospital y cada uno de sus componentes, que se resumen: Dirección (priorizar, pactos, incentivación, comunicación), Servicios Asistenciales (responsable de calidad, información, protocolos/vías), Enfermería (cuidados, protocolos/vías), Servicios No Asistenciales (definir procesos y clientes, protocolos), Comisiones Clínicas (2 objetivos, 4 reu-

nes), Grupos de Mejora (avanzar ciclo), UDICA (coordinación, Guía de Información, diagnóstico de necesidades formativas), Profesionales (participar en comisiones, grupos de mejora y cursos de calidad). El análisis de resultados (objetivos y monitorización) de 33 indicadores evaluados en el hospital muestra: Nivel de cumplimiento global alto (A en 83% y B en 17%), cumplimiento del pacto en 100%, mejora respecto a resultados de 1999 en 73% y resultados superiores a la media del grupo de hospitales en 70%. Se destaca la participación importante de los profesionales en Grupos de Calidad (14 Comisiones Clínicas con 2,5 objetivos/comisión cumplidos y 38 Grupos de Mejora activos) y en actividades de formación (120 profesionales realizan cursos de Evaluación y Mejora de la Calidad durante ese año).

Conclusiones: El Plan de Calidad de nuestro hospital, fundamentado en el principio de Calidad Total y aplicado con el modelo de "hospital orquesta", es efectivo para conseguir la implicación progresiva de todos los profesionales y la mejora continua de los procesos.

C024. El programa de apoyo: una herramienta para mejorar la calidad en Atención Primaria en Aragón

García-Aísa JC.*, García-Orea MA.*, Garuz R.*, Gaspar JI.†

*Dirección de Atención Primaria (Servicio Aragonés de Salud)

†Servicio Provincial de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Zaragoza (Zaragoza).

Objetivos: Describir el diseño, puesta en marcha y resultados del "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria de Aragón" que el Servicio Aragonés de Salud estableció en el año 2000 con la misión de "potenciar y apoyar a los profesionales de atención primaria para que presten a sus usuarios unos cuidados de calidad excelente".

Metodología: En cuanto al diseño se trabajó en tres líneas: formación a nivel de organización, revisión de buena práctica y selección del método de implantación. Se establecieron líneas estratégicas para el período 2000-2002 (promover actividades de mejora de la calidad en atención primaria, facilitar su divulgación y crear una estructura estable, o "red de equipos de mejora") y el sistema organizativo para su consecución (equipos de mejora constituidos voluntariamente, aplicación de ciclos de mejora, apoyo, financiación y asesoramiento externos a los equipos de mejora). En cuanto a la forma de implantación, se establecieron para el período comentado, tres fases (inicio, revisión-afianzamiento y generalización-mantenimiento). Operativamente en el Programa de Apoyo se incluyen proyectos de mejora seleccionados mediante una convocatoria anual que se publica en el Boletín Oficial de Aragón.

Resultados: Se han realizado dos convocatorias. Para la fase de inicio fueron seleccionados 10 proyectos de 34 que se presentaron. Todos se están desarrollando conforme a las propuestas realizadas y han recibido la financiación aprobada, la mayoría ya han puesto en marcha acciones de mejora que deben evaluarse. En la segunda convocatoria se han seleccionado 19 proyectos de 30 presentados, 9 "repiten" con nuevas iniciativas tras haber sido escogidos en la anterior. Estos proyectos están iniciándose.

Conclusiones: El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria de Aragón, establecido por el Servi-

cio Aragonés de Salud, está sirviendo para potenciar la realización por parte de los profesionales de ese tipo de actividades. Parece que el conjunto de formación, incentivación y apoyo externo constituye un estímulo adecuado. En cualquier caso hay que seguir profundizando en aspectos tan importantes como la evaluación del impacto de los proyectos en la calidad de la atención que reciben los usuarios.

Fuente de Financiación: Servicio Aragonés de Salud.

C025. Elaboración de una guía de metodología 5s y formación/acción para su implantación en centros sanitarios

Aramburu I., Vázquez-Gil S., Letona J., González-Llinares R., Sánchez-González E.

Subdirección de Calidad Asistencial. Osakidetza, Servicio vasco de salud.

Introducción: La filosofía 5S es una metodología de calidad que persigue el trabajo efectivo, la organización del lugar y procesos estandarizados de trabajo, y ha estado enfocada preferentemente hacia el ámbito industrial. Osakidetza, cuyo sistema de calidad se basa en la "calidad total", ha optado por aplicar esta metodología como una herramienta más en la mejora continua.

Objetivos: Elaborar una guía de la metodología 5S adaptada al ámbito sanitario. Formar a profesionales sanitarios y no sanitarios en la metodología 5S para su implantación.

Metodología: Búsqueda bibliográfica, lectura y selección del material. Benchmarking: visitas y experiencias compartidas con empresas del ámbito industrial. Redacción de una guía de autoimplantación. Elección de participantes asegurando la representatividad de las áreas geográficas y de los diversos ámbitos profesionales. Incorporación a la formación de un metodólogo por cada organización. La formación teórico práctica se desarrolla en tres fases: formación en el aula, implantación de la metodología con tutorías de apoyo, y seguimiento, evaluando su aplicación y mantenimiento.

Resultados: Elaborada una guía de 80 páginas adaptada al ámbito sanitario (1S: separar, 2S: situar, 3S: suprimir, 4S: señalar, 5S: seguir mejorando) constituida por dos apartados: marco conceptual y metodología de autoimplantación basada en el ciclo PDCA. Formación de 30 profesionales de 10 organizaciones (6 hospitales, 3 centros de atención primaria y una área de servicios centrales) (5 médicos, 2 titulados superiores, 9 enfermeras, 1 trabajadora social, 3 auxiliares de enfermería, 5 auxiliares administrativos, 3 técnicos especialistas de administración y 2 celadores). Entrenamiento de diez metodólogos, uno por cada organización, para asegurar el despliegue de esta herramienta. Actualmente implantadas las tres primeras S's en 10 áreas, 5 administrativas y 5 clínicas.

Conclusiones: Hemos obtenido una herramienta de desarrollo propio para la implantación de una metodología de mejora, de utilidad demostrada tanto en el sector industrial como en empresas de servicios. Esta herramienta facilita la incorporación en programas de mejora continua de personal tanto sanitario como no sanitario. La metodología diseñada facilita el despliegue posterior de este método de mejora en las organizaciones.

Sala 1. Mesa 6:
Variabilidad y Adecuación de la Práctica Clínica

C026. Utilización apropiada de resonancia magnética. Variabilidad interobservador en la aplicación de una guía práctica

Sierra E., Gracia N., Oquillas D., Guerrero P., Guiral J.
Complejo Hospitalario de Segovia (Segovia).

Objetivos: 1. Conocer el grado de uso apropiado de Resonancia Magnética (RM) en nuestro hospital, comparando los motivos de solicitud en nuestro medio con los criterios de la Guía de uso apropiado de RM de la Agencia Vasca de Tecnología Sanitaria / OSTEBa (Guía RM- Osteba). 2. Conocer el grado de fiabilidad de la Guía RM- Osteba mediante el análisis de concordancia interobservador.

Metodología: Se han evaluado 113 solicitudes de RM, muestra representativa de las solicitudes del año 2000. La clasificación se llevó a cabo de forma independiente y ciega por dos equipos, uno clínico formado por cuatro especialistas y otro radiológico. La clasificación de las solicitudes se hizo, en base a la sospecha diagnóstica o el motivo de petición, en 3 categorías como propone la Guía RM-Osteba: 1. Cuando la sospecha diagnóstica o situación clínica la RM es técnica de elección.

2. Cuando la RM podría estar indicada en base a hallazgos de otra técnica de imagen previa.

3. Cuando la RM nunca está indicada.

Se han utilizado como medidas estadísticas del análisis de concordancia el Índice de acuerdo Observado (IO) en las tres categorías, el índice de acuerdo Específico (IE) que se refiere exclusivamente en la categoría C, y el Índice Kappa de Cohen que mide el grado de acuerdo eliminando el debido al azar.

Resultados: El 50% de las solicitudes se debían a enfermedades neurológicas y el 38% a traumatológicas.

Entre un 74% y un 81% de las solicitudes se consideraron, dependiendo del equipo radiológico o clínico, del grupo A, y por tanto apropiadas. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Entre un 10% y un 12% de las solicitudes se consideraron del grupo B, y por tanto apropiadas ya que la RM se solicitó como técnica complementaria. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Entre un 6% y un 15% de las solicitudes se consideraron del grupo C, y por tanto inapropiadas. Las diferencias son estadísticamente significativas. ($p=0,03$).

El Índice de acuerdo Observado para la suma de las tres categorías fue del 76%. El Índice de acuerdo Específico para la categoría C fue del 24%. El Índice Kappa fue de 0,36.

Conclusiones: El grado de acuerdo entre clínicos y radiólogos es moderado globalmente, y malo en los casos que la Guía RM-Osteba considera no indicada la exploración.

La Guía RM-Osteba, a la vista de estos resultados, la consideramos de fiabilidad moderada.

C027. Medida del uso apropiado de revascularización coronaria en el ámbito asegurador privado

Orive JI., Quecedo L., Aguilar MD., Lázaro P., Fitch K., Montserrat D.
Sanitas, S.A. de Seguros. Madrid (Madrid).

Objetivos: Identificar la proporción de uso apropiado en los procedimientos de revascularización coronaria (RC), angioplastia translu-

minal percutánea (ACTP) y cirugía de by-pass (CRC), en el ámbito de una aseguradora sanitaria: Sanitas, S.A. de Seguros.

Metodología: El grado de uso apropiado se determinó usando los estándares españoles de uso apropiado, basados en "RAND/UCLA Appropriateness Method". El estudio consistió en una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes pertenecientes a Sanitas, S.A. de Seguros revascularizados durante 1996 y 1997 y provenientes de tres hospitales privados de Madrid. Los criterios de grado de uso apropiado se han hecho conforme a un análisis de sensibilidad con dos aproximaciones: menos favorable y más favorable al uso apropiado.

Resultados: Según el análisis de sensibilidad, la proporción de uso inapropiado para ACTP osciló entre el 29% en la aproximación menos favorable y 13% en la más favorable. La proporción de uso inapropiado de CRC varió desde el 16% en la menos favorable al 10% en la más favorable. Los factores asociados con el uso inapropiado fueron: enfermedad vascular de un solo vaso distinto a la descendente anterior proximal y estar siguiendo un tratamiento médico subóptimo sin agotar todas las alternativas farmacológicas.

Conclusiones: Una parte sustancial de las revascularizaciones realizadas en Sanitas durante 1996 y 1997 lo fue por razones inapropiadas. La estrategia diseñada en este estudio ha servido para estimular el uso apropiado de los procedimientos de RC en el ámbito privado, a disminuir el uso inapropiado, a evitar decisiones dirigidas a reducir indiscriminadamente el número de procedimientos y a ayudar al médico a tomar decisiones con un menor grado de incertidumbre.

Fuente de financiación: Trabajo realizado con el patrocinio de la Fundación Sanitas dentro del Acuerdo Marco de Colaboración entre la Unidad de Investigación en Servicios de Salud (Instituto de Salud Carlos III) y la Dirección de Calidad Asistencial de Sanitas, S.A. de Seguros.

Con el patrocinio de la Fundación Sanitas.

C028. Mejora de la calidad en diabetes: cumplimiento de indicadores y fuerza de la evidencia

Rodríguez-Pappalardo V., Aguilera A., Olivencia Y., Torrecilla A., Iglesias JA., Fernández-Fernández I.
Distrito sanitario Camas-Sierra Norte. Camas (Sevilla).

Objetivos: Analizar la variabilidad en el cumplimiento de los criterios de calidad y valorar la asociación de la fuerza de la evidencia con el grado de cumplimiento de los indicadores en la atención a las personas con diabetes.

Métodos: *Diseño:* Estudio transversal. *Ámbito:* Centro de Salud, Atención Primaria. *Sujetos:* 1182 pacientes con diabetes mellitus. *Fuente de datos:* Registro en Historia electrónica TASS, base de datos de prescripciones en el sistema sanitario público andaluz SIFAR. *Mediciones:* Frecuencia de cumplimiento de indicadores de proceso relacionados con la organización (visitas en consulta de enfermería, visitas con contenido educativo), exploración (fondo de ojo, pies, tensión arterial), laboratorio (determinación de HbA1c, microalbuminuria) y autocuidados (autoanálisis de glucemia, consejo antitabaco). DDD biguanidas/DDD otros antidiabéticos orales, DDD inhibidores alfa-glucosidasas/DDD otros antidiabéticos orales. Fuerza de evidencia según Guía del grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina familiar y Comunitaria.

Resultados: El cumplimiento de la medición de la tensión arterial oscila entre 56 y 93%, de la exploración de los pies oscila entre 0 y 43%, de la exploración del fondo de ojo entre 0 y 40%, de la determinación de HbA1c entre 0 y 81%, de la determinación de microal-

buminuria entre 0 y 69%, de las visitas con contenido educativo entre 24 y 78%. Existe asimismo variabilidad individual en la prescripción de metformina e inhibidores de alfa-glucosidasa. No observamos relación entre el grado de cumplimiento de los criterios y la variabilidad existente con la fuerza de la evidencia (*fuerte* para la exploración de los pies y fondo de ojo, determinación de HbA1c, medición de la tensión arterial, prescripción de metformina, moderada para las visitas con contenido educativo, determinación de microalbuminuria, e insuficiente para el autoanálisis de glucemia, visitas en consulta de enfermería, prescripción de inhibidores de alfa-glucosidasas).

Conclusiones: Observamos que en un mismo centro de atención primaria existe una amplia variabilidad en cuanto al cumplimiento de los criterios de calidad. No observamos asociación del grado de cumplimiento y la variabilidad con la fuerza de la evidencia de los criterios de calidad.

C029. Estancia media y variabilidad en la utilización TC-RM en patología neurológica: datos preliminares

Lema C., Castro-Villares M., Díaz-Terrón J., Pipenbacher P., Villar S., Escudero J.
Hospital Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: Valorar la variabilidad en la utilización de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) en la atención a pacientes ingresados en los hospitales públicos con patología neurológica y su relación con la estancia media.

Metodología: Hemos utilizado los datos proporcionados por el Sistema de Información de Hospitalización de Agudos (SIAC-HA) del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) para los hospitales de las áreas sanitarias de A Coruña y Vigo. Empleamos la clasificación internacional de enfermedades (CIE 9ªMC) para agrupar la codificación de patologías en las siguientes categorías: vasculares, tumorales, degenerativas, desmielinizantes y epilepsias. Para el análisis estadístico usamos las tasas de utilización y la razón de variación entre ellos.

Resultados: Las tasas de duplicación TC-RM en patología vascular oscilan entre el 10,5 y el 23%, con estancias medias entre 7 y 32 días. En patología tumoral la duplicación media es 29% con estancias entre 7 y 32 días. En patología desmielinizante, epiléptica y degenerativa las tasa de variabilidad de utilización de RM fueron 74,8%, 54,2% y 63% para los datos de globales de ambas áreas sanitarias, las respectivas tasas de duplicación TC-RM son 7%, 27,3% y 58% y las estancias medias oscilan entre 5 y 13 días para la desmielinizante, entre 3 y 19 días para la epiléptica y entre 9 y 24 días para la degenerativa. En todas las patologías la estancia media es más prolongada cuando existe duplicación de técnicas de neuroimagen, siendo el nivel de significación más elevado el de la patología vascular.

Conclusiones: En hospitales con disponibilidad de recursos comparables existe amplia variabilidad en la utilización de recursos en función de patología, evidenciándose una prolongación de la estancia media si existe duplicación de técnicas de imagen, no pudiendo establecerse una relación causal entre ambos.

C030. Cumplimiento de indicadores en diabetes: yo creo, yo hago

Aguilera A., Olivencia Y., Rodríguez-Pappalardo V., González-Suárez M., Villafuerte I., Fernández-Fernández I.
Distrito sanitario de Camas-Sierra Norte. Camas (Sevilla).

Objetivos: Comparar los resultados de una auditoría sobre el cumplimiento de indicadores en diabetes con la percepción de los profesionales sanitarios sobre su nivel de cumplimiento.

Métodos: *Diseño:* Estudio transversal. *Ámbito:* Centro de Salud, Atención Primaria. *Sujetos:* 1182 pacientes con diabetes. Fuente de datos: Registro en Historia electrónica TASS. *Mediciones:* Frecuencia de cumplimiento de indicadores de proceso relacionados con la organización (visitas en consulta de enfermería, visitas con contenido educativo), exploración (Fondo de ojo, Pies, Tensión arterial), laboratorio (determinación de HbA1c, microalbuminuria) y autocuidados (autoanálisis de glucemia, consejo antitabaco).

Resultados: En la tabla presentamos nº total de pacientes e indicadores de proceso (control tensión arterial, realización de fondo de ojo, exploración pie, determinación de HbA1c, intervención educativa) en función de lo que el profesional percibe ("yo pienso"), y lo que se encuentra en la auditoría ("yo hago")

	Nº total pacientes con diabetes		Control TA		FO	
	Yo pienso	Yo hago	Yo pienso	Yo hago	Yo pienso	Yo hago
1	60	94	95	93	75	40
2	?	113	65	70	50	3
3	130	93	85	76	85	17
4	120	112	80	92	20	17
5	170	127	80	89	50	24
6	160	133	85	88	75	29
7	140	118	90	81	50	6
8	135	107	70	84	54	23

	Pie		HbA1c		EPS	
	Yo pienso	Yo hago	Yo pienso	Yo hago	Yo pienso	Yo hago
1	25	19	75	69	95	35
2	30	6	30	24	10	24
3	50	26	80	42	85	78
4	10	4	50	63	40	71
5	60	24	70	57	80	65
6	60	43	80	81	85	80
7	40	7	70	40	90	48
8	50	41	88	68	70	72

Conclusiones: La percepción del cumplimiento de indicadores de diabetes por parte de los profesionales es muy superior a los resultados encontrados en una auditoría. Pensamos que hay un problema subyacente bien en el registro y/o en el conocimiento/recuerdo del total de personas con diabetes asignadas, para lo que planteamos posibles soluciones (mejoras en el registro, sistemas de recaptación).

C031. Adecuación de la realización de la radiografía de cráneo en niños con traumatismo craneoencefálico

Mercader MA., González-Sánchez E., Cáceres MJ., Mondéjar F., Díez P.
Hospital los Arcos. Santiago de la Ribera (Murcia).

Objetivos: La utilidad de la realización de la radiografía craneal en niños es ampliamente discutida, ya que ésta únicamente nos informa sobre la presencia de lesión ósea y no de lesión intracraneal, por lo que no contribuye a la orientación diagnóstica o a la decisión de las

medidas a tomar con el paciente. Por tanto, hemos efectuado el estudio de la adecuación de la realización de dicho examen complementario en niños menores de 14 años con traumatismo craneoencefálico (TCE), atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos y hemos considerado una posible mejora ajustar dicha solicitud a las indicaciones previstas en el protocolo actual.

Metodología: Hemos evaluado un período de tres meses (96 casos) y comparado los resultados obtenidos tras la aplicación de medidas correctoras (realización según indicación del protocolo actual de TCE) en el siguiente período trimestral (103 casos).

Resultados: Se objetiva un grado de cumplimiento de protocolo de un 30,5%. Confiabilidad 95%. Precisión de $\pm 10\%$. Se hace un análisis de las causas que motivan dicho resultado y tras la aplicación de las medidas correctoras se observa un grado de cumplimiento de un 60,1%.

Conclusiones: 1. La radiografía cráneo en los TCE en niños se efectúa en un 69,5% de los casos de forma inapropiada, llevando consigo un perjuicio para la salud y un coste económico y de recursos innecesario. 2. Tras la aplicación de un criterio corrector (la realización según protocolo) esta exploración se reduce en un 100%. 3. Somos conscientes de que aún tenemos posibilidades de seguir mejorando.

C032. Calidad de los estudios de las tumoraciones de la mama (I): estudio de la precisión de la mamografía y de la citología para predecir la naturaleza de los nódulos mamarios

Sánchez-Fuentes D., Martín-Azcárate M., Cermeño de Giles F., Revestido R., Herranz M.

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila (Ávila).

Objetivos: Determinar la precisión de la mamografía y de la citología mediante PAAF para determinar la naturaleza benigna o maligna de los nódulos mamarios.

Método: Se compararon los resultados de los informes de las mamografías y de las citologías efectuadas mediante PAAF con los obtenidos posteriormente en las biopsias de 96 pacientes consecutivas y no seleccionadas que presentaban algún nódulo mamario.

Para ambas pruebas se calcularon la odds pre-prueba, la eficacia global, su sensibilidad y su especificidad para definir la malignidad, así como las razones de verosimilitud y la odds post-prueba según el resultado obtenido.

Resultados: Edad de las pacientes: media = 56 años; rango = 16-89 años. Prevalencia de malignidad: 0,66.

Para la mamografía: S: 0,92. E: 0,77. VPP: 0,89. VPN: 0,83. RV con mamografía +: 4,06. RV con mamografía -: 0,11. Eficacia global: 0,87. ODDS con mamografía +: 8.

Para la citología: S: 0,87. E: 0,84. VPP: 0,90. VPN: 0,79. RV con citología +: 5,5. RV con citología -: 0,16. Eficacia global: 0,75. Odds con citología +: 9.

Conclusiones: Aún combinando la mamografía y la citología mediante PAAF y aplicando el método Bayesiano de cálculo de probabilidades, estos estudios no aportan resultados concluyentes cuando se detectan nódulos mamarios y la detección de éstos obliga a su estudio histológico.

C033. Calidad de los estudios de las tumoraciones de la mama (II): estudio de la variabilidad interobservador en la interpretación de las biopsias de la mama

Sánchez-Fuentes D., Martín-Azcárate M., Cermeño de Giles F., Revestido R., Aramendi MT.

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila (Ávila).

Objetivo: Determinar la variabilidad interobservador en la interpretación de la biopsia de los nódulos mamarios.

Método: El estudio fue realizado con las biopsias de nódulos mamarios de 96 pacientes consecutivas y no seleccionadas. Cada una de las preparaciones fue valorada independientemente por cada uno de los 4 anatomopatólogos del servicio que en el momento del estudio ignoraban el resultado del informe original así como del emitido por el resto de sus colegas.

Se calcularon el acuerdo observado, el acuerdo esperable por el azar, el acuerdo alcanzado más allá del azar, el acuerdo potencial más allá del azar y el Índice Kappa.

Resultados: Los resultados para cada una de las 6 posibles comparaciones oscilaron entre:

	Mínimo	Máximo
Acuerdo observado:	0,95	1
Acuerdo esperable por el azar:	0,48	0,56
Acuerdo alcanzado más allá del azar:	0,47	0,44
Acuerdo potencial más allá del azar:	0,52	0,44
Índice Kappa:	0,91	1

Conclusiones: En nuestro estudio hubo una escasa variabilidad entre observadores en la interpretación de las biopsias de nódulos mamarios.

Sala 2. Mesa 7:

Aplicación del *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP)

C034. Experiencia de aplicación del protocolo AEP en la gestión de procesos

Navarro-Gracia JF., Haro AM., García-Abad I., Almela R., Pérez-Cascales C., Arenas CA.

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

Objetivos: Medir la inadecuación de la estancia hospitalaria de los pacientes según su asignación a diversos grupos relacionados de diagnóstico (GRD) con el fin de conocer la eficiencia en el manejo de procesos específicos y priorizar intervenciones sobre los procesos menos eficientes.

Metodología: Estudio mediante protocolo AEP, de varios cortes de prevalencia de enfermos ingresados, entre 1997 y agosto de 2000. Se revisa la historia clínica para el día de estancia evaluado. Se seleccionaron los procesos médicos y quirúrgicos más frecuentes: GRD 14, GRD 82, GRD 89, GRD 96, GRD 127, GRD 209, GRD 211 y GRD 219.

Resultados: Se estudiaron 2.165 días de estancia, con un total de inadecuación del 28,0%. La proporción de estancias inapropiadas para cada uno de los GRD variaba enormemente 6,7%, 16,4%, 20%, 23,5%, 32,6%, 34%, 43,4%, 53,3% para los GRD 89, 127, 96, 14, 219, 82, 211, 209 respectivamente. El principal factor de inadecuación fue que "el paciente no necesitaba continuar ingresado por causas médicas", destacando la "pauta excesivamente conservadora" en todos los casos, y "estar pendiente de pruebas cuyo resultado no afectaría la decisión de alta". En los procesos quirúrgicos destacan los "problemas en la programación de la intervención". En el tercer tercio de estancia se produce la mayor inadecuación, a

excepción de los GRD 82, 127 y 219. En general, a mayor tiempo de estancia, mayor probabilidad de inadecuación, pero esto no ocurre para los GRD 14, 82 y 209. Los lunes se produce la mayor inadecuación, pero no para los GRD 14, 96 y 211, que se acumula al final de la semana. Se advierten importantes oscilaciones en el manejo de estos procesos en estos 4 años.

Conclusiones: Paradójicamente, existe la posibilidad de aprovechar un protocolo de utilización de recursos diagnóstico-independiente, como el AEP, en la priorización de intervenciones sobre procesos específicos, ya que en éstos la utilización del recurso estancia no es óptima. A partir de estos GRD pueden identificarse procesos y vías clínicas que mejoren la gestión, siendo éste un criterio más en la selección de los primeros procesos a gestionar.

C035. Adecuación de estancias en los servicios de medicina interna de los hospitales públicos andaluces

Zambrana JL., Alba CM., Cruz G., Martín-Escalante MD., Díez F., Bravo JM., en representación del Grupo para el estudio de la actividad de Medicina Interna en Andalucía.

Servicios de Medicina Interna, Hospital Alto Guadalquivir-Hospitales Públicos Andaluces. Andújar (Jaén).

Objetivos: Conocer la adecuación o no de las estancias producidas en los Servicios de Medicina Interna (MI) de los Hospitales Públicos de Andalucía, así como valorar las posibles causas de dicha inadecuación.

Métodos: Se trata de un estudio de carácter retrospectivo en el que aplicando los criterios del AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) hemos analizado el porcentaje de estancias no adecuadas en los Servicios de MI de los Hospitales Públicos de Andalucía. Para ello seleccionamos una muestra aleatoria de 407 historias clínicas correspondientes a pacientes ingresados en dichos servicios durante 1998, analizando en cada una de ellas un día de estancia hospitalaria.

Resultados: Incluimos 227 varones y 180 mujeres, cuya edad media fue de 66 años. Un 48% de las estancias se consideraron adecuadas y un 52% inadecuadas. El criterio de adecuación más frecuente fue la necesidad de cuidados de enfermería (97%). Las causas principales de no adecuación fue el retraso en la recepción de resultados de pruebas o realización de éstas (58% de estancias no adecuadas) y el retraso en la planificación del alta o bien tratamiento médico conservador (52% de estancias inadecuadas). Un análisis de regresión logística reveló que las variables que determinan la inadecuación son: el nivel del hospital, el día de la semana, el perfil de estancia y la inadecuación del ingreso.

Conclusiones: El índice de inadecuación de estancias en los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales Públicos Andaluces se encuentra en torno al 52%. El retraso en disponer de las pruebas complementarias necesarias y una actitud conservadora por parte del médico son las dos motivos fundamentales de dicha inadecuación.

Financiado por Proyectos PAI 99/171 y FIS 00/913.

C036. Factores predictivos de ingresos inadecuados en los servicios de medicina interna de los hospitales públicos andaluces

Zambrana JL., Alba CM., Martín-Escalante MD., Díez F., Cruz G., Amat M., en representación del Grupo para el estudio de la actividad en Medicina Interna de Andalucía.

Hospital Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén). Hospitales Públicos Andalucía.

Objetivos: Conocer la adecuación o no de los ingresos producidos en los Servicios de Medicina Interna (MI) de los Hospitales del Sistema Público de Andalucía, así como los factores implicados en la inadecuación de éstos.

Métodos: Se trata de un estudio de carácter retrospectivo en el que aplicando los criterios del AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) hemos analizado la proporción de ingresos no adecuados en los Servicios de MI de los Hospitales Públicos de Andalucía. Para ello seleccionamos una muestra aleatoria de 407 historias clínicas correspondientes a pacientes ingresados en dichos servicios durante 1998.

Resultados: Incluimos 227 varones y 180 mujeres, cuya edad media fue de 66 años. Un 85% de los ingresos se consideraron adecuados y el resto inadecuados. El criterio de adecuación más frecuentes fue la necesidad de administrar medicación intravenosa y/o fluidos (76%) y la causa principal de no adecuación era que las necesidades diagnósticas o terapéuticas podían ser realizadas en pacientes externos (96 % de los casos). Las variables que influyen significativamente en la adecuación o no de los ingresos fueron el tipo de hospital (nivel I, nivel II, nivel III: 7,8, 22,2 y 14% de inadecuación, respectivamente), el día de la semana del ingreso (fin de semana frente resto de la semana, 5,4% frente a 18%, respectivamente), la edad del paciente (menores de 65 frente a mayores de 65 años, 22 frente a 11%), el diagnóstico clínico y el número de diagnósticos al alta (menos de 3 frente a más de 3, 10 frente a 20%, respectivamente).

Conclusiones: El índice de inadecuación de ingresos en los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales Públicos Andaluces se encuentra en torno al 15%. Detectamos una serie de factores clínicos y no clínicos que influyen en el porcentaje de dicha inadecuación.

Financiado por Proyectos PAI 99/171 y FIS 00/913.

C037. II AEP *on line* en Medicina Interna: Detección y resolución de estancias inadecuadas

Lamíquiz E., Hernando A., Vivanco J., Zavala E.

Unidad de Calidad Hospital Donostia Edificio Arantzazu. Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Objetivos: Conocer la proporción de estancias inadecuadas "al momento" y sus causas.

Plantear soluciones rápidas que contribuyan a disminuir la proporción de estancias inadecuadas.

Conocer el número de días de estancia transcurridos entre la estancia inadecuada y el alta hospitalaria.

Comparar la estancia media del servicio de Medicina Interna antes y después del estudio.

Comparar los resultados entre el estudio de 1999 y el presente.

Metodología: Revisión concurrente de Historias Clínicas de pacientes ingresados en Medicina Interna, durante mayo-junio de 2000, utilizando criterios AEP; revisión de casos inadecuados por médico responsable, que acepta o no la inadecuación y plantea soluciones. Estimación puntual y por intervalos de la proporción de estancias inadecuadas y cálculo de frecuencias de las causas de inadecuación. Cálculo de Kappa para medir el acuerdo revisor/médico responsable.

Resultados: De las 252 estancias revisadas, 43 resultaron inadecuadas (17,06%) casi cinco puntos superior a la tasa de inadecuación de 1999 (12,97%), aunque la diferencia no resultó significativa. La edad, el sexo, la Unidad de Hospitalización, el médico responsable, el día de la semana y el día de la estancia revisado, no

influyeron en la inadecuación de las estancias, a diferencia del estudio realizado en 1999 en el cual influyeron la edad y el sexo de los pacientes.

La tasa de inadecuación de la estancia fue variando a lo largo del estudio, siendo del 20% en la 1ª semana y del 0% en la última. La EM fue variando significativamente a lo largo del período de estudio, ($F = 723,63$ y $p = 0,00$). Las causas de inadecuación más frecuentes estaban incluidas en el grupo "Problemas en la organización del hospital". El segundo grupo de causas de inadecuación (10 estancias) corresponde a "Responsabilidad del médico o del servicio", y las estancias inadecuadas "Atribuibles al entorno" fueron 3; resultados similares a los encontrados en el estudio de 1999.

Las acciones sugeridas por los médicos para agilizar las altas y/o reducir las estancias inadecuadas fueron: agilizar consultas o crear consultas de diagnóstico y resolución rápida; dar el alta en 24-48 horas; agilizar los traslados a centros de media-larga estancia y en 3 casos no se sugirió ninguna acción.

Conclusiones: Se confirma la hipótesis de que la medición concurrente conocida por los profesionales influye en la evolución de la inadecuación a lo largo del estudio.

La otra hipótesis que se ha podido confirmar ha sido la influencia de la medición en la evolución de la estancia media del servicio. La EM ha ido disminuyendo a lo largo del período de estudio, para volver a sus valores iniciales una vez finalizado éste, al igual que ocurrió el pasado año, aunque en 1999 la diferencia no resultó estadísticamente significativa.

Las causas de inadecuación más frecuentes siguen siendo las relacionadas con la estructura y organización del hospital. Sólo una de cada cuatro están directamente relacionadas con la actuación médica.

C038. Adecuación de la estancia. Un modelo de mejora del agrupador GRD

Borrachero JM., Martínez-Fresneda M., Ródenas J., Cortés G.
Hospital U. Virgen Arrixaca. Servicio UCI. El Palmar (Murcia).

Introducción: El sistema que actualmente se utiliza en entorno Insalud para asignar las puntuaciones de eficiencia en el uso del recurso cama, se basa en la comparación de los GRDs con un "gold estándar" constituido por la media de estancias depuradas para cada GRD realizado por el conjunto de hospitales de un grupo. Además de los inconvenientes que la literatura asigna al modelo agrupador GRD, este sistema no ayuda al gestor a medir la eficiencia real del servicio. El agrupador es retrospectivo, sólo se disponen de los estándares cada final de año, y no establece ninguna medida de la calidad de la desviación respecto al mismo. En nuestra propuesta estimamos que medir la adecuación del recurso estancia con un protocolo estándar es más útil al gestor, diferencia mejor los servicios por su eficiencia, corrige los valores del GRD y es de inmediata disponibilidad.

Material y métodos: Se han analizado mediante cortes de un día de forma concurrente los servicios de nuestro hospital general durante los años 1999, 2000 y 2001. La herramienta de análisis ha sido el modelo AEP ampliamente probado y el estándar elegido ha sido la media de todo el hospital. Simultáneamente se han recogido los datos de los GRD generados por los servicios y los del estándar Insalud publicados. Los valores se han representado porcentualmente y las comparaciones se han establecido mediante la prueba χ^2 y representado los Odds ratio de las mismas. Los resultados se cifan a dos de los servicios médicos en los que mayor inadecuación se ha encontrado.

Resultados: El estudio del año 1999 arrojó los siguientes datos: *Estancia Media de los Servicios Seguidos vs. Estancia Media del GRD estándar:* 7,88 Servicio 1 (Estándar GRD 6,91) $p < 0,05$ (OR:

0,88, CI al 95% 0,81 a 0,91); 11,18 Servicio 2 (Estándar GRD 8,7) $p < 0,05$ (OR: 0,77, CI al 95% 0,73 a 0,82).

% de Inadecuación de los Servicios Seguidos vs. % Inadecuación del estándar: 45,45% Servicio 1 (Estándar AEP 24,18) $p < 0,05$ (OR: 2,94, CI al 95% 1,2 a 7,2); 42,11% Servicio 2 (Estándar AEP 24,18) $p = 0,08$ (OR: 2,48, CI al 95% 0,94 a 6,5).

El estudio del año 2000 arrojó los siguientes datos:

Estancia Media de los Servicios Seguidos vs. Estancia Media del GRD estándar: 5,87 Servicio 1 (Estándar GRD 6,86) $p < 0,05$ (OR: 1,17, CI al 95% 1,12 a 1,22); 12,19 Servicio 2 (Estándar GRD 9,5) $p < 0,05$ (OR: 0,78, CI al 95% 0,73 a 0,82).

% de Inadecuación de los Servicios Seguidos vs. % Inadecuación del estándar: 40,0% Servicio 1 (Estándar AEP 29,95) $p = \text{N.S.}$ (OR: 1,76, CI al 95% 0,85 a 3,6); 38,5% Servicio 2 (Estándar AEP 29,95) $p = \text{N.S.}$ (OR: 1,55, CI al 95% 0,66 a 3,6)

Conclusiones:

1. El agrupador estándar utilizado (GRD-Insalud) mantiene un perfil de diferencias con los servicios medidos similar al AEP analizado localmente.
2. El análisis de adecuación con AEP corrige el GRD al estimar las diferencias en % de inadecuación frente a las diferencias en estancia media.
3. Se propone que los datos de GRD se refieran a porcentajes de AEP más que a diferencias de estancia media, ya que este sistema estima mejor las probables diferencias en la gestión y uso eficiente del recurso estancia.

C039. P-AEP: Detección de admisiones y estancias inadecuadas en Pediatría

Zavala E., Hernando A., Lamíquiz E.
Unidad de Calidad Hospital Donostia Edificio Arantzazu.
Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Objetivos:

1. Conocer la proporción de estancias y admisiones inadecuadas en los pacientes pediátricos de nuestro hospital.
2. Conocer las causas de inadecuación de las admisiones, así como el nivel de cuidados que hubieran requerido.
3. Conocer las causas de inadecuación de las estancias.
4. Conocer el número de días de estancia transcurridos entre la estancia inadecuada y el alta hospitalaria.

Metodología: Revisión retrospectiva de Historias Clínicas de pacientes ingresados en Pediatría, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2000, utilizando criterios del *Pediatrics Appropriateness Evaluation Protocol* (P-AEP). Estimación puntual y por intervalos de la proporción de admisiones y estancias inadecuadas y cálculo de frecuencias de las causas de inadecuación. Se utilizó una base de datos (SPSS) para la codificación automática de los datos y el mismo programa para el tratamiento estadístico.

Resultados: Del total de historias revisadas, resultaron inadecuados el 9,73% de los ingresos y el 23,03% de las estancias.

La edad, el sexo, la unidad de hospitalización y el día de la semana no influyeron en la inadecuación de los ingresos.

En el 72,2% de los casos ($n = 13$) la causa de inadecuación de los ingresos fue que las necesidades diagnósticas y terapéuticas podrían haberse realizado ambulatoriamente.

Al igual que en la evaluación de los ingresos, ninguna de las variables estudiadas influyó en la inadecuación de las estancias, a excepción del médico responsable en una de las unidades de hospitalización. Tampoco se ha encontrado diferencia en la inadecuación dependiendo del día de la estancia revisado. Sin embargo, en más de la mitad de los pacientes con estancia inadecuada el día que se revisó

era la víspera del alta hospitalaria, lo que demuestra que las estancias inadecuadas lo son, sobre todo, por prolongación.

La mayoría de las causas de inadecuación (82,93%) están dentro del grupo "Responsabilidad del médico o del hospital", a juicio de los evaluadores y dentro de este grupo al manejo médico excesivamente conservador o al retraso en la planificación del alta y a los ingresos inadecuados. Las siguientes causas de inadecuación son atribuibles al entorno, y se refieren, en todos los casos, a la necesidad de medicación parenteral cada 12 horas. Esta necesidad está cubierta por la Atención Primaria para los pacientes adultos, pero no parece ser así cuando se trata de niños, por lo que deben permanecer ingresados hasta que se les pueda administrar toda la medicación por vía oral.

Conclusiones: Los porcentajes de inadecuación son similares a los encontrados en la literatura revisada. Se ha observado que el ingreso inadecuado, en ocasiones, se realiza por la presión que ejercen los padres sobre los profesionales del Servicio de Urgencias. Respecto a las estancias observamos que el porcentaje de inadecuación es mayor del que se podría considerarse como aceptable, teniendo en cuenta las causas de inadecuación encontradas. Gran número de estancias inadecuadas coinciden con las vísperas del alta, por lo que un área de mejora podría ser la de rediseñar esos procesos y definir claramente los criterios de alta.

C040. Intervenciones sobre facultativos de cirugía en hospitales universitarios: un paso más en la adecuación hospitalaria

Antón P., Aranaz JM., Peiró S., Calpena R., Compañ A., Lorenzo S. y Grupo de trabajo de autoevaluación y adecuación de la hospitalización*
Elche (Alicante).

Objetivos: Conocer el impacto en la proporción de estancias inadecuadas tras una intervención mixta sobre los facultativos de Cirugía General en hospitales universitarios de la provincia de Alicante.

Métodos: Estudio cuasi-experimental pretest-posttest, con grupo control no equivalente, realizado en los servicios de cirugía de 3 hospitales universitarios. Previamente se realizó un estudio de fiabilidad. Las estancias fueron revisadas por tres revisores independientes. Se evaluaron 4 semanas (1-2-1) de forma concurrente, con charla previa a los Jefes de Servicio en ambos grupos; el grupo de intervención (GI) recibió charla estructurada a los facultativos al inicio del período de intervención, información (*Feedback*) del período pretest, a mitad del período de intervención y pegatina (*sticker*) de autoevaluación, durante las dos semanas que duró el período de intervención. Se calcularon las proporciones de inadecuación y se estimaron las diferencias entre períodos (con IC 95%).

Resultados: En el estudio de fiabilidad previo, el Índice de acuerdo observado entre parejas de revisores osciló entre el 95% y el 100%, El Índice de acuerdo específico osciló entre el 80% y 100% y el estadístico kappa (entre 0,87 y 1), siendo en todos los casos significativos.

En el grupo de comparación (GC) los resultados por períodos fueron de 21,29% (17-26,7%), 23,6% (20,5-27,1%) y 27,03% (22,5-32,1%). Para el GI de 14,24% (10,71-18,64%), de 8,28% (6,48-10,5%) y 11,2% (8,23-15,1%). No se encontraron diferencias significativas entre períodos en el GC, pero sí las hubo en el GI entre el período basal y el de intervención, no así entre el pre y postintervención. A pesar de que en el GI partíamos de porcentajes relativamente bajos de inadecuación se redujo en un 42% y un 21% la inadecuación de estancias, en los períodos de intervención y postintervención respectivamente.

Conclusiones:

1. Este tipo de intervención ha resultado moderadamente efectivo en la mejora de los resultados.
2. La autoevaluación y el *feedback* son un complemento excelente en la aplicación del protocolo de adecuación de la hospitalización.
3. Dado que tras la intervención tiende a disminuir el efecto logrado en el curso de la misma se sugiere la combinación de *feedback* y autoevaluación, en olas, para mantener el efecto.

Fuente de Financiación: Fundación Mapfre Medicina 1999/2000.

(*) Grupo de trabajo (orden alfabético): Arroyo A, García I, Leutscher E, Navarro J, Pérez C, Ruiz V.

C041. I AEP on line en Digestivo: Detección de estancias inadecuadas

Hernando A., Zavala E., Arriola A., Lamíquiz E.

Unidad de Calidad Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Objetivos: Determinar la proporción de estancias inadecuadas en el Servicio de Digestivo "al momento".

Identificar las causas del uso hospitalario inapropiado que posibiliten intervenciones dirigidas a disminuirlo.

Identificar el nivel de cuidados requerido para las estancias inadecuadas.

Establecer propuestas de mejora.

Comparar la estancia media del Servicio de Digestivo antes y después del estudio.

Metodología: Revisión concurrente de Historias Clínicas de pacientes ingresados en Digestivo, entre el 22 de Junio y el 22 de Julio de 2000, utilizando criterios del *European Appropriateness Evaluation Protocol* (EU-AEP); revisión de casos inadecuados por médico responsable, que acepta o no la inadecuación y plantea soluciones. Estimación puntual y por intervalos de la proporción de estancias inadecuadas y cálculo de frecuencias de las causas de inadecuación. Se utilizó una base de datos (SPSS) para la codificación automática de los datos y el mismo programa para el tratamiento estadístico.

Resultados: De las 149 estancias revisadas, 12 resultaron inadecuadas, por lo que la tasa de estancias inadecuadas fue del 8,1%. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de inadecuación entre hombres y mujeres. Tampoco se detectaron diferencias significativas en las tasas de inadecuación según la edad de los pacientes ni el día de la semana revisado, ni el día de estancia revisado. Sólo se encontró diferencia significativa en las tasas de inadecuación entre los diferentes médicos responsables ($p=0,049$). La tasa de inadecuación de la estancia fue fluctuando a lo largo del período de estudio, resultando que la 3ª semana de revisión no se encontró ninguna estancia inadecuada y la 4ª semana la tasa de inadecuación llegó al 14,3%.

La EM fue variando a lo largo del período de estudio, en este caso disminuyendo y superando los valores iniciales una vez finalizado, aunque al realizar un análisis de la varianza de la estancia media, se observó que las diferencias encontradas no eran estadísticamente significativas ($F= 1,22$ y $p=0,31$). Para 7 pacientes las estancias fueron inadecuadas porque estaban pendientes de pruebas diagnósticas para su posterior evaluación y tratamiento. Para los otros cinco pacientes cuya estancia resultó inadecuada las causas de inadecuación fueron en dos casos el manejo excesivamente conservador del médico responsable del paciente; en otros dos casos el ingreso inadecuado y en un caso la familia no estaba dispuesta para el alta.

Las acciones sugeridas por los médicos para agilizar las altas y/o reducir las estancias inadecuadas fueron agilizar o priorizar la programación de pruebas diagnósticas para los pacientes ingresados.

Conclusiones: La tasa de estancias inadecuadas es sensiblemente inferior ($p < 0,05$) a la encontrada en los estudios realizados también en la modalidad concurrente del AEP, en otros servicios del hospital. Un dato que diferencia este estudio de los realizados anteriormente, es que se ha encontrado diferencia significativa entre los médicos responsables y la inadecuación de la estancia ($p = 0,049$). No se confirma el hecho de que la medición concurrente, conocida por los profesionales, influya en la evolución de la tasa de inadecuación a lo largo del estudio ya que las tasas fluctúan sin motivo aparente alguno. La hipótesis que sí se ha podido confirmar ha sido la influencia de la medición en la evolución de la estancia media del servicio.

**Sala 3. Mesa 8:
Certificación y Acreditación de Dispositivos Sanitarios**

C042. El proceso de certificación según ISO 9002, en un servicio de admisión y archivo

Segura P., Aduriz T., Urrutia K., Elozegi M., Ladrón JM., Zulueta C.
Hospital Comarcal del Bidasoa. Hondarribia (Gipuzkoa).

Introducción: La Dirección del Hospital Comarcal del Bidasoa optó por orientar su política de Calidad hacia el modelo de Calidad Total. Fruto de este planteamiento, la Unidad de Cirugía Sin Ingreso obtuvo la certificación en 1997 y los Servicios Clínicos Centrales (Laboratorios de A. Clínicos y Anatomía Patológica y Servicio de Radiología), en 1999. Siguiendo esta misma línea, hemos abordado el proceso de implantación de un Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9002 en el Servicio de Admisión y Archivo.

Objetivos: 1. Aplicar el modelo de Calidad basado en la norma ISO 9002. 2. Normalizar los procedimientos del servicio. 3. Crear una guía útil para los profesionales. 4. Lograr el reconocimiento oficial por el organismo certificador AENOR.

Metodología: La dirección, como líder del proyecto, facilita la asesoría de un consultor externo así como la dedicación al proyecto del metodólogo de calidad del hospital. Formación de grupo de trabajo con los responsables del servicio y reuniones semanales. Planificación del proceso de implantación con responsabilidades designadas. Determinación de procesos y procedimientos a incluir en el alcance del sistema. Desarrollo de la documentación del Sistema de Calidad basándonos en la normativa externa aplicable y los métodos de trabajo implantados en el servicio.

Resultados: Implantar un sistema de calidad y lograr la certificación. Definir procesos y procedimientos. Determinar funciones y responsabilidades. Sistematizar la detección de fallos así como su gestión y tratamiento. Implantar un sistema de inspección. Sistematizar la gestión de quejas y reclamaciones. Cumplir con lo especificado tal y como lo corroboran las auditorías interna y externa.

Conclusiones: La implantación de este Sistema de Calidad es una herramienta muy útil para abordar el camino hacia la gestión de la Calidad Total, ya que engloba a todo el Servicio implicando a clientes y profesionales:

1. Realizando una gestión más eficaz de todos nuestros procesos.
2. Mejorando la información a profesionales del hospital y de Atención Primaria.
3. Fortaleciendo la imagen de calidad del servicio y de la organización.
4. Reforzando el compromiso adquirido por los profesionales.
5. Simplificando la formación de nuevo personal.

C043. Auditoría interna de las comisiones clínicas del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos siguiendo el esquema ISO 9000-10000

Facio A., Molina P., López-Boullón R., Rodeño A., Arantón L., García-Dacosta P.
Ferrol (A Coruña).

Introducción: En el año 1999 dentro del Plan de Gestión de la Calidad Total del centro se renovaron todas las comisiones clínicas del mismo. En esa renovación se siguieron los criterios establecidos en el Real Decreto 521/87 del Insalud. La publicación de una normativa autonómica (Decreto 97/20001 del 22 de marzo) y el cumplimiento del período de funcionamiento (2 años) determinan una renovación de las mismas este año 2001.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es conocer el grado de cumplimiento de objetivos y normas de funcionamiento de las comisiones clínicas del complejo.

Metodología: La Unidad de Calidad realizó auditoría de las comisiones clínicas empleando un *check list* de 60 indicadores elaborado en base a los manuales de funcionamiento específicos de cada comisión (basado en uno común de todo el complejo adaptado a la norma ISO 9000) y los contratos de objetivos de cada comisión con la dirección del centro.

Resultados: Se analizan los resultados obtenidos en la auditoría de las 9 comisiones en el período 1999-2001. Entre los indicadores analizados reseñamos el de número de reuniones, la asistencia de los miembros a las reuniones, la realización de actividades formativas destinadas a los miembros de las comisiones, la satisfacción de los miembros de las comisiones, número de proyectos financiados y el grado de consecución de objetivos (evaluado para la percepción de la productividad variable). El 100% de las comisiones cumple el número de reuniones/año definidas en la normativa, el número de proyectos financiados se duplicó respecto al período anterior, todas las comisiones disponen de normativa propia y asignación individual de responsabilidades y un aceptable grado de cumplimiento de la normativa (plazos, firma de registros...)

Conclusiones: 1. La aplicación del plan de calidad en las comisiones clínicas ha permitido establecer unos indicadores para la evaluación periódica de las mismas. 2. La elaboración de un manual general de funcionamiento de las comisiones y el sistema de auditorías facilitan el control de la documentación y la difusión de la información en ellas recogida. 3. Este sistema de auditorías facilita la comparación en distintos períodos de la actividad de las comisiones en base a un *check list* validado.

C044. Mejora de la calidad del programa de cirugía menor en Atención Primaria. Propuesta de acreditación

Esteban M., Modrego A. (en representación de la Comisión de Calidad del Área)*
Gerencia de Atención Primaria de Toledo (Toledo).

Objetivos: 1. Evaluar la calidad asistencial en las actividades de cirugía menor en atención primaria en el área de Toledo. 2. Realizar una propuesta de acreditación del servicio de cirugía menor.

Metodología: La Comisión de Calidad del área inicia en el año 2000 un ciclo de mejora en los Equipos de Atención Primaria con actividad de Cirugía Menor y una propuesta de acreditación del servicio. Se realizó un diseño, siguiendo la metodología propuesta por Palmer, en el que la dimensión estudiada fue la calidad científico-técnica, las

unidades de estudio fueron los pacientes con intervención de cirugía menor en el período 1/1/99 a 31/12/00, el muestreo fue aleatorio sistemático, el tipo de revisión interna con criterios explícitos y normativos, utilizando datos de proceso y estructura (recursos humanos, materiales y flujogramas de organización).

Tras la evaluación se identificaron los pocos vitales mediante un Diagrama de Pareto, que permitiera diseñar una intervención de mejora en los centros con Cirugía Menor.

Resultados: En los centros estudiados se cumplieron el 88,8% de las condiciones estructurales. Fueron evaluadas un total de 247 historias, constando en el 77,7% el resultado anatomopatológico; en el 58,3% existía consentimiento informado; el 19,8% de las historias tenían registrado cuidados de enfermería; constaba entrega de hoja informativa en el 16,2% y un 7,3% cumplía los ítems de anamnesis.

Se presenta una propuesta de acreditación del Servicio de Cirugía Menor en Atención Primaria, mediante la elaboración de un manual de acreditación y estandarización de los criterios evaluados.

Conclusiones: Los resultados obtenidos, susceptibles de mejora, precisan de mecanismos de sinergia entre los profesionales clínicos y los gestores, que garanticen la calidad de los servicios sanitarios ofertados a la población. Creemos que la acreditación de servicios en Atención Primaria conseguiría:

1. Desarrollar los estándares que permitan llegar a un consenso en los aspectos estructurales y organizativos del servicio.
2. Crear el proceso que permita revisar e identificar deficiencias.
3. Una valoración externa sobre el servicio y posibles vías de mejora.
4. Facilitar el *benchmarking* con otros centros acreditados, aumentando la competitividad.

*De la Iglesia Huete P., Segovia Jiménez M., Ruiz Gervas P., Muñoz Bodas F., Barba Gálvez P.A., Díaz Aguado J., López Moreno P.J., Hernández Moreno J., Benito Moreno C., Alonso Alía A.

C045. Certificación de los cuidados enfermeros según la norma ISO 9002

García-Suárez MB., Fernández-Ramos AI., Fernández-Tamargo E., Fernández-León A., Berros M., Morgalo MV.
Hospital Monte Naranco. Oviedo (Asturias).

Objetivos: Obtener la Certificación de los Cuidados Enfermeros según las normas ISO 9002

Material: 1. Normas ISO 9002. 2. Manual de Procedimientos de Enfermería. 3. Comisión de Procedimientos (Grupo de Expertos). 4. Registros enfermeros. 5. Formación en ISO 9002. 6. Calibraciones y no conformidades. 7. Auditoría interna y ext.

Método: 1. La metodología seguida se ajusta a la Norma UNE en ISO 9002. 2. Creación en 1999 de la Comisión de Procedimientos de Enfermería (Grupo de Expertos). 3. Análisis, actualización y confección del Manual de Procedimientos de Enfermería. 4. Desarrollo de un Programa de Formación en ISO 9002 para Enfermería. 5. Actualización del Manual de Calidad del Hospital Monte Naranco. 6. Implantación del nuevo Manual de Procedimientos. 7. Auditorías internas por los Coordinadores de Calidad. 8. Auditoría Externa realizada por AENOR. 9. Resolución de las no conformidades. 10. Certificado de Calidad según normas ISO 9002 para los cuidados de enfermería.

Resultados:

1. Manual de procedimientos en funcionamiento desde 1999.
2. Manual de procedimientos enfermeros implantado desde el año 2000.

3. Estandarización y homogeneización de las actuaciones de Enfermería (2000).

4. Confección y aplicación de un Programa de Formación específico en Calidad (1999-2000-2001).

5. Obtención del Certificado de Calidad según las Normas ISO 9002 para los Cuidados de Enfermería que se prestan en el Hospital Monte Naranco en Febrero de 2001.

Conclusiones: 1. La Certificación de los Cuidados de Enfermería según las Normas ISO 9002 sirve si el personal participa, está formado y se implica, al mismo tiempo que es un estímulo profesional y disminuye la variabilidad en la ejecución. 2. El Manual de Procedimientos es dinámico y tiene continuidad en su evaluación y actualización. 3. Los procedimientos enfermeros son, en cuanto a actividad, la base de los cuidados que se prestan, organizando los mismos sobre los planes de cuidados estandarizados y teniendo como soporte unos buenos y adecuados registros de enfermería. 4. La revisión y calibración de los aparatos utilizados en enfermería, en base a parámetros de desviación, obligó a cambiar algunos y mejorar el funcionamiento de todos ellos, según las evaluaciones periódicas que se realizaron y realizan. 5. Como consecuencia de este trabajo se formó y está en funcionamiento la Comisión de Planes de Cuidados y la Comisión de Registros Enfermeros (Grupos de Expertos).

C046. Desarrollo e impacto en el hospital de una auditoría externa del programa de calidad

Mata F., Sáinz-Rojo A., Fernández-Martín J., Bertrán S.
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Islas Baleares).

Introducción: El Plan de Calidad de Atención Especializada del Insalud contempla la realización de una auditoría anual en una muestra de hospitales como mecanismo de garantía de la fiabilidad de los datos. El resultado de la auditoría y la estrategia para su desarrollo puede convertirse en una opción de mejora para los centros.

Objetivos: Se presenta el resultado de la auditoría, solicitada con carácter voluntario por el hospital, y llevada a cabo en el año 2000 por evaluadores externos, expertos en calidad.

Métodos: La agenda se planificó para alcanzar la mayoría de las actividades realizadas en el programa de calidad: comisiones clínicas, objetivos de calidad del contrato de gestión, planes de calidad de los servicios, formación, sistemas de información, comunicación, etc. Como elementos nuevos de la agenda se planificaron reuniones de los auditores con los responsables de servicios y las conclusiones preliminares fueron presentadas por los auditores en el Comité de Dirección. Durante el proceso, el equipo auditor evaluó la concordancia de los resultados de los objetivos de calidad y el nivel alcanzado.

Resultados: La auditoría cubrió el 72,7% de los objetivos institucionales, el 100% de las comisiones clínicas y los planes de calidad de 6 servicios asistenciales (14%) y 3 de no asistenciales (14,2%). El nivel de concordancia de los datos resultó ser del 95,8%. El equipo auditor propuso 9 acciones de mejora y 6 para las comisiones clínicas. La implantación de las mismas a los 6 meses de finalizar la auditoría resultó ser del 66,6% y 50% respectivamente.

Conclusiones: La auditoría permitió consolidar el rigor de la evaluación del Programa de Calidad, aumentar la participación de los profesionales y fomentar la autoevaluación en el hospital como herramienta de mejora. Asimismo, ha sido de utilidad para la formación de equipos auditores, que posteriormente repitieron la experiencia en otros hospitales de Insalud.

C047. Diseño de calidad del dispositivo sanitario de riesgo previsible Virgen de la Cabeza de Andújar

De Castro S., Romero-Morales F., Sánchez-Fernández C., Maíz V., López-Jimeno W.
Baillén (Jaén).

Objetivos: *Objetivo general:* Aplicar el control del diseño que establece la norma internacional ISO 9001 "Aseguramiento de la Calidad", en el Dispositivo Sanitario de Riesgo Previsible, para la cobertura sanitaria de tal evento. *Objetivos específicos:* 1. Sistematizar el diseño del Dispositivo Sanitario de Riesgo Previsible (DSRP) dentro del marco de Calidad: Sistema de Calidad de EPES (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias). 2. Destacar la relevancia de la aplicación del diseño en estos eventos (Romerías) como garantía de calidad para los usuarios de los servicios sanitarios.

Metodología: Tipo de estudio: Cualitativo, basado en grupos de expertos integrados por médicos y enfermeros. Ámbito: Provincia de Jaén. Población a la que va dirigido: 700.000 personas venidas desde cualquier punto de España para participar en el evento religioso durante tres días. Período de estudio: 01/02/01 a 31/05/01.

Resultados: Se ha realizado una estructuración de diseño que predice las necesidades y los flujos de recursos sometidos a control utilizados en la prestación del servicio.

Fase I. Análisis previo. Estudio de la zona y riesgos previsible. Se especifican los objetivos de la prestación del Servicio, planificando las tareas de las siguientes áreas de trabajo: Coordinación, Administración e Informática, Infraestructura, Transporte, Equipamiento y Farmacia, Recursos Humanos, Transmisiones y Plan de Emergencias. Fase II. Especificaciones de la prestación del servicio. Cada área de trabajo determina sus necesidades para la prestación del servicio. Fase III. Documento 0, en el que se reflejan las necesidades de todas las áreas de trabajo.

Fase IV. Desarrollo. Establecimiento de los protocolos de funcionamiento de cada área, que afectan a todo el personal que interviene en el dispositivo.

Fase V. Validación del diseño. Antes de la implantación definitiva del servicio. Permite detectar posibles desviaciones controlando los cambios en tiempo real.

Conclusión: EPES, a través de su Sistema de Calidad, implantado y acreditado por la Norma ISO 9001, establece la importancia de procedimentar todos aquellos servicios que presta a través de sus propios recursos. En este marco, se encuentra la prestación del servicio en un evento (Romería), garantizando así la calidad y adecuación de recursos a las demandas que se producen en el mismo.

C048. Calibración de termómetros y tensiómetros clínicos

Fernández-Tamargo E., Cobo A., Fernández-León A., Berros MA., García-Suárez MB.
Hospital Monte Naranco. Oviedo (Asturias).

Objetivos: El objetivo es comprobar que las medidas tomadas con los distintos termómetros y esfigmomanómetros del hospital son fiables mediante calibración y intercomparación de estos instrumentos de medida. A la vez se usa esta verificación como uno de los procesos que se estimó necesario para superar la certificación ISO 9000 de los cuidados de enfermería del Hospital Monte Naranco.

Metodología: Para la calibración de dichos instrumentos se utilizó la intercomparación de éstos con otro instrumento calibrado externamente en un laboratorio acreditado por la ENAC.

Para la intercomparación de los tensiómetros se realizó un ingenioso montaje situando en los dos extremos de una "T" de goma construida con adaptadores, los dos manómetros de los tensiómetros a intercomparar. Uno de ellos es el calibrado en el laboratorio externo y el otro corresponde a un tensiómetro de uso habitual. En la base de la "T" se sitúa el elemento insuflador (manguito y pera de goma) que inyecta aire al equipo y somete a presión el brazo de una persona. Para la intercomparación de los termómetros se utilizó un baño María de turbulencia y un pipetero.

Resultados:

– En la primera calibración realizada (Feb/01), de 170 termómetros intercomparados se desecharon 3.

De 20 esfigmomanómetros se desecharon 2.

– En la segunda calibración realizada (May/01), de 181 termómetros se retiraron 2. De 22 esfigmomanómetros se desecharon 0.

Conclusiones: La calibración de los aparatos de medida se realiza mediante la intercomparación. El instrumento calibrado externamente debe ser realizado por un laboratorio acreditado por ENAC en las medidas de temperatura y presión.

La incertidumbre del instrumento calibrado es el principal parámetro a tener en cuenta para fijar el intervalo de aceptación y rechazo de los instrumentos. El intervalo de aceptación se fija usando la incertidumbre y la probabilidad de obtener esa incertidumbre.

Los termómetros estudiados están dentro del criterio de aceptación. Los esfigmomanómetros o tensiómetros objeto del estudio no se puede asegurar que están dentro del criterio de aceptación. Para asegurar que dichos instrumentos estén dentro del criterio de aceptación la incertidumbre del esfigmomanómetro patrón debe ser menor que la obtenida 4,5% F.E.

C049. Las oportunidades de mejora como estrategia para el cambio

Martínez-Gras I., Lejarraga JL., Hernán-Fernández I., Mozotta B., Casado MA., Vallejo P.

Complejo Asistencial Benito Menni. Ciempozuelos (Madrid).

Objetivos: El Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos ha visto culminado a finales del año 2000, el proceso de certificación, conforme a las Normas ISO de su sistema de calidad. Hemos pretendido implementar un sistema adaptado a nuestra organización, adoptando la gestión de las oportunidades de mejora como estrategia para la mejora continua del sistema. Entendemos como oportunidad de mejora las acciones destinadas a la mejora continua del sistema, habiendo sido uno de los primeros procedimientos implantados en el plan de implantación, fue el de tratamiento de las oportunidades de mejora.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo que muestra la evolución seguida por las oportunidades de mejora formuladas, desde los diferentes dispositivos asistenciales del Complejo Asistencial en el período comprendido entre junio de 1999 y junio de 2001.

Resultados: El número de oportunidades de mejora realizada en el período de junio de 1999 a diciembre de 1999 fue de 39. Del total, un 53,84% afectaron a servicios generales y 46,15% a aspectos relacionados con servicios médicos y de enfermería.

En el período de enero-diciembre de 2000 se formularon un total de 61, de las que un 4,9% afectaron a servicios generales, 21,3% a servicios médicos y de enfermería, 14,75% a servicios administrativos, 34,42% a aspectos organizativos, 21,3% a aspectos relacionados con la gestión del sistema de calidad y 3,27% a aspectos relacionados con formación.

Durante el período enero-junio 2001 el nº de oportunidades de mejora fue de 62, 19,35% de las cuales afectaron a servicios generales,

51,6% a servicios médicos y de enfermería, 9,67% a gerencia y 19,35% a la gestión del sistema de calidad.

Conclusiones:

1. El número de oportunidades de mejora detectadas desde su implantación ha aumentado progresivamente a lo largo del tiempo, sufriendo un aumento exponencial en el último período evaluado.
2. La diversificación de las áreas afectadas en la detección de oportunidades de mejora es indicativa del grado de implantación dentro del sistema de gestión.
3. Consideramos que constituyen una potente herramienta, válida para la detección de las desviaciones producidas en el sistema, así como para la introducción de acciones de mejora.

Sala 4. Mesa 9: Mejora de la Calidad en Atención Hospitalaria

C050. Unidad pediátrica del corazón. Gestión clínica desde un triple enfoque: efectividad, eficiencia y calidad percibida

Comas J., Ruiz-López P., Galletti L., López-Gude MJ., Pérez-Martínez A., Gutiérrez-Larraya F.

Unidad Pediátrica del Corazón. Unidad de Calidad.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La Unidad Pediátrica del Corazón (UPC) integra inicialmente Cirugía Cardíaca y Cardiología, creándose con la misión de realizar un tratamiento integral y de calidad de las cardiopatías congénitas. A partir de 1998 se desarrolla un Plan de Calidad (PdC) con un enfoque hacia la Calidad Total.

Objetivos: Se especifican los más relevantes: incremento progresivo del número, complejidad y precocidad (<6 meses de edad) de las intervenciones, realización de exploraciones no invasivas rutinariamente, incremento del cateterismo intervencionista, gestión adecuada de la lista de espera e incorporación progresiva de otras especialidades (UCI y Anestesia).

Metodología: El PdC ha incluido: análisis DAFO, monitorización de indicadores, análisis de la calidad percibida (Servqhos) y satisfacción de los profesionales, sistematización de procesos (protocolos y vías clínicas), plan de información a padres, IEMA, estancias y utilización de recursos. En la actualidad se está realizando autoevaluación según modelo de Calidad Total.

Resultados: Se ha logrado un aumento progresivo del número y complejidad de intervenciones (nº de 112 a 157, complejidad alta: del 9,7% al 42,3%), de precocidad de las intervenciones (del 34% al 56,1%), del número de eco-transesofágicas (de 31 a 130) y cateterismos intervencionistas (del 41,7% al 59%), con una mortalidad nula en cateterismo y operatoria del 6,3%. Otros indicadores clave presentaron los siguientes resultados: reintervenciones: 5,9%, reingresos en UCI: 12%, mediastinitis: 0,7%, tiempo de ventilación mecánica: media 41h, mediana 5h, concordancia clínico-quirúrgica: 96,4%, mortalidad en lista de espera: 2,1%. El 100% de los padres estuvieron satisfechos/muy satisfechos globalmente. El IEMA fue 0,78, las medias y medianas de estancias fueron: preoperatoria: 4,9 y 1d, postoperatoria: 9,7 y 6 d, global: 13,1 y 8d, UCI: 5 y 2d, respectivamente.

Se ha conseguido la integración de los intensivistas y parcialmente de los anestesiólogos. Asimismo se ha logrado una mejor coordinación de los profesionales que intervienen en el cateterismo.

Conclusiones: La UPC se ha consolidado como una Unidad de Gestión Clínica. Los resultados han sido satisfactorios. La integración de

las diferentes especialidades se ha logrado en gran medida. El desarrollo del PdC se ha seguido, consolidándose un grupo multidisciplinar que realiza la autoevaluación sistemática de sus procesos.

C051. Impacto de la puesta en marcha de una unidad de corta estancia hospitalaria

García-Rodríguez R., García-Pérez B., Pérez-Lujan R., Rivera MD., Guerrero M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).

Objetivos: La búsqueda de sistemas alternativos a la hospitalización permite atender a los pacientes con menos camas. Nos proponemos evaluar la actividad de la UCE de nuestro hospital, en su primer año de funcionamiento.

Método: Estudiamos las altas de la UCE durante el año 2000. Comparamos las estancias medias por GRD de la UCE y las comparamos con otros servicios del hospital.

Resultados: Los primeros 16 GRD constituyen el 59% de las altas y representan el 7,6% del global del hospital, predominando: infección urinaria (GRD 321), EPOC (GRD 88) y trastornos digestivos (GRD 183). El porcentaje de codificación fue del 97%. La estancia media de cada GRD en la UCE, respecto a otros servicios, fue 2-3 veces más baja, lo que aplicado a la estancia media global del hospital supone un ahorro de 27 camas.

Conclusiones: El rediseño de procesos y la gestión clínica ha resultado una de las alternativas más innovadoras y eficaces del hospital, confirmando el nuevo paradigma que propugna abandonar la valoración de un hospital por el número de camas sustituyéndolo por la variedad y calidad de los servicios que presenta, muchos de ellos en régimen ambulatorio.

C052. ¿Sabemos realmente lo que esperan nuestros pacientes? Análisis de fases del proceso diagnóstico-terapéutico

Rodrigo I., Gabilondo L.

Servicio Navarro de Salud. Pamplona (Navarra).

En estos momentos en nuestro país se conocen datos de lista de espera de algunas comunidades pero se ignora por completo el tiempo global que emplea el sistema sanitario en proporcionar una cita al paciente, diagnosticarlo, tratarle e informarle sobre su proceso. El objetivo de nuestro trabajo ha sido aproximarnos a la realidad en el cálculo de los diferentes períodos de tiempo que constituye el proceso diagnóstico-terapéutico y para su realización hemos recibido una beca de investigación del Departamento de Salud de Navarra.

Metodología: Revisión de 1200 historias clínicas de pacientes pertenecientes a 12 especialidades diferentes y que han sido citados para ser atendidos en primera consulta en el ámbito de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud. El marco temporal ha sido el primer semestre del año 1999. Los períodos de tiempo analizados han sido los siguientes:

- Demora en lista de espera: tiempo desde derivación del paciente por el médico de atención primaria hasta que es atendido en primera consulta.
- Período blanco: tiempo entre primera consulta y la realización de primera prueba.
- Período de túnel de pruebas: tiempo entre la primera prueba y la última prueba.

- Período demora de la información: tiempo desde realización de la última prueba hasta información sobre su proceso.
- Tiempo total: desde que se anota en lista de espera hasta que recibe información de su proceso.

Resultados: Se observa que los tiempos varían, entre otros aspectos, en función de las siguientes variables: la especialidad, la realización de pruebas complementarias y el procedimiento de informar al paciente (envío de informe o consulta de revisión de resultados).

Por citar algunos resultados hemos observado que el tiempo medio de demora en lista de espera es de 40 días. Para los pacientes con pruebas, el tiempo medio de período blanco es de 22 días y el de túnel de pruebas de 19 días. La demora en proporcionar información es de unos 7 días de media para los pacientes sin pruebas complementarias y de 22 días si le realizan pruebas. El tiempo completo tiene una duración media de 34 días para pacientes sin pruebas complementarias y de casi 112 días para pacientes con pruebas.

Conclusiones: El conocimiento de los diferentes períodos de tiempos del proceso diagnóstico-terapéutico puede ayudar a las organizaciones sanitarias a diagnosticar áreas en las que es factible un importante ahorro de tiempo mejorando la organización de nuestros procesos.

C053. Asistencia hospitalaria a mujeres con lesiones no palpables de mama remitidas desde el cribado radiológico

Aguilar J., Martínez-Gálvez M., Andrés B., Carrasco L., Chaves A., Pérez-Riquelme F.
La Alberca (Murcia).

Objetivos: El programa de prevención del cáncer de mama incluye una fase de cribado mamográfico poblacional (extrahospitalaria) y una fase de derivación de mujeres con lesiones sospechosas a unidades de referencia (intrahospitalaria) que permite el diagnóstico definitivo. El circuito de atención hospitalario a estas pacientes es multidisciplinario y, por tanto, complejo en su organización. Se presenta la evaluación del circuito existente en nuestro centro desde 1996 hasta la actualidad, el efecto de las diversas intervenciones realizadas en el mismo y su monitorización mediante gráficos de control.

Metodología: Unidad de estudio: mujeres remitidas desde la campaña de cribado radiológico de la región de Murcia con lesiones no palpables de mama con diagnóstico final de cáncer de mama; se excluyen las mujeres que retrasaron su atención por motivos personales. Fuente de la información: historia clínica individual y base de datos de la Unidad de Patología Mamaria. Períodos de estudio: Etapa I: colocación de localizador radiológico ajena al HMM (1996-1997), Etapa II: atención integral en el HMM con 1ª consulta radiológica (1999-2001) subdividida en IIA (punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada no disponible) y IIB (PAAF ecoguiada disponible). Indicadores: Tiempo total (TT; desde la 1ª consulta al tratamiento quirúrgico definitivo), tiempo diagnóstico (TD; desde la 1ª visita hasta la prueba diagnóstica definitiva) y tiempo hasta tratamiento quirúrgico (TQ; desde el diagnóstico de cáncer hasta la realización de la cirugía definitiva). Se calcula media, desviación típica, percentil 75 y gráficos de control.

Resultados: Tiempos expresados en días como medias (desviación típica): Etapa I: TT: 49,6 (13,2); TD: 17,0 (6,0); TQ: 32,7 (10,0). Etapa IIA: TT: 38,1 (15,0); TD: 11,5 (14,3); TQ: 26,7 (14,3). Etapa IIB: TT: 25,3 (11,6); TD: 6,1(4,5), TQ: 19,2 (11,4). Para los gráficos de control, los límites de control superiores obtenidos fueron (en días): Etapa I: TT: 89,1, TD: 35,0, TQ: 62,8; Etapa IIA: 83,5, TD: 29,3, TQ: 68,7; Etapa IIB: TT: 59,6, TD: 19,1, TQ: 52,2.

Conclusiones: La monitorización del circuito y las diversas intervenciones realizadas han supuesto una disminución de los tiempos de espera y de la variabilidad en la atención a estas pacientes.

C054. Control asistencial de la profilaxis hospitalaria de enfermedad tromboembólica en pacientes médicos

Alcaraz J., Ferrer B., Fernández-Pérez C., Ruiz-Puche MJ., Martínez-Larrull E., Egea I., y la Comisión de Trombosis y Anticoagulación del Hospital Morales Meseguer
Programa EMCA. Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar la calidad de la profilaxis hospitalaria frente a enfermedad tromboembólica en pacientes no quirúrgicos, mejorar la atención hasta niveles óptimos y poner en marcha un sistema de control una vez fijados los niveles óptimos de cumplimiento.

Metodología: Se ha utilizado la metodología del programa EMCA. En octubre de 1999 se puso en marcha el protocolo de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica, propuesto por la comisión de trombosis y anticoagulación de este hospital. Se realizó una evaluación previa de 50 casos y otra posterior de 48, basándonos en 4 criterios del citado protocolo. En mayo de este año se volvió a evaluar, tomando una muestra de 69 casos y se establecieron los niveles estándar y umbral de cumplimiento, con el fin de comenzar, una vez alcanzados los niveles deseados, con el control asistencial, usando el método LQAS. Los resultados de esta nueva evaluación se remitieron a los respectivos jefes de servicio y sección.

Resultados: Los resultados globales de cumplimiento fueron del 40 ($\pm 13,5$) y el 56,25% (± 14 %) respectivamente, antes y después de la puesta en marcha del protocolo. En la nueva evaluación de este año encontramos un 82,6% de pacientes con criterios para profilaxis, de los cuales el 45,6% no la llevaban, y un 17,4% de pacientes sin criterios, de los cuales sólo 1 (8,3%) la llevaba. El cumplimiento global del protocolo es del 52,2% (intervalo de confianza=40,4-64%) que, si no tenemos en cuenta la dosis de profilaxis, sube al 60,9% (i.c.= 49,4-72,4%), no encontrando diferencias significativas respecto a los previos. Queda pendiente la puesta en marcha del sistema de control asistencial tras una nueva evaluación tras las actividades de mejora.

Conclusiones: No ha habido variaciones en el cumplimiento del protocolo de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica. Se debe continuar con actividades de mejora antes de iniciar el control asistencial.

C055. Calidad en el uso de las analíticas: gestión de la demanda en el laboratorio de alergias

Martínez-Bugallo A., Mata P., Remón C., Carretero MI., Díez M., Bosch C.
Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: El uso excesivo de las pruebas complementarias por parte de los clínicos es cada vez más frecuente en los laboratorios. Es preciso conseguir un uso racional de las solicitudes basada en la evidencia científica, sin prohibir la realización de un test necesario, ya que someter a una persona sana a tests no indicados tiene un riesgo alto de falsos positivos. El elevado número de solicitudes de Ig E específicas al laboratorio planteó esta necesidad de gestionar la demanda y se constituyó un grupo de mejora.

Metodología: Analizamos y actuamos sobre las causas que favorecen el uso inadecuado de las solicitudes:

- Catálogo de productos: En 1997: 160 alérgenos. Se redujeron a 98.
- Hoja de petición: Constan 108 alérgenos, quedando 39 con apartado "Otros" abierto.
- Proveedores: Se hizo concurso público.
- Identificación de peticionarios, perfil de petición, gasto/peticionario y gasto/actividad asistencial. En aquel momento los datos no estaban en el sistema informático del laboratorio, ahora se obtienen y analizan periódicamente.

Se realizaron reuniones periódicas entre clínicos, laboratorio y equipo directivo con el fin de presentar y analizar los datos obtenidos, que se centraron en el área de Pediatría por la gran disparidad existente entre los perfiles de petición para patologías similares. Esto supuso un punto de inflexión y cambió la actitud del clínico respecto del tema.

Resultados: De 1997 a 1999 se redujeron las determinaciones en un 55% y de 7,4 a 3,7 parámetros por solicitud. En el área pediátrica la reducción fue del 71% y de 12,8 a 5,9. El gasto en el área bajó de 88 millones en 1997 a 39 millones en 1999. Con el fin de mantenerla en el tiempo, la dirección envía periódicamente información comparativa a los clínicos implicados agradeciéndoles su colaboración. Las reducciones se mantienen en la actualidad.

Conclusiones: La información a los clínicos sobre su utilización de los recursos sanitarios y los costes que generan consigue racionalizar la demanda, introduciéndolos en la "cultura de gestión". La comparación no punitiva con sus compañeros incentiva la eficiencia, la cual nos pone en el camino de la calidad total.

C056. Programa de mejora asistencial en el enfermo con dolor isquémico arterial

Martín-Gómez F., Font A.

Hospital General de Manresa. Manresa (Barcelona).

Los objetivos generales del programa fueron garantizar la gestión del dolor del enfermo durante el ingreso y conseguir el máximo confort y bienestar.

Los objetivos específicos del programa fueron: sensibilizar y motivar a los profesionales, adquirir conocimientos, fomentar pautas fijas de analgesia, satisfacer las expectativas del usuario y utilizar medidas objetivas por parte del enfermo.

Estudio comparativo. Analizamos un grupo de enfermos sin programa de mejora y otro con programa a partir de la H. Clínica y del registro especializado respectivamente.

El programa consistía en un entrevista al ingreso, explicación de la hoja de autoevaluación y de las diferentes escalas analógicas, autoevaluación del dolor pre y post analgesia.

Se excluyeron del programa los enfermos con incapacidad intelectual y mental.

Se diseñaron 5 indicadores de calidad para evaluar la efectividad del programa.

Se analizaron un total de 32 enfermos, 16 casos anteriores a la implantación del programa y 16 casos a partir de su implantación. A nivel global destacamos la alta participación del enfermo en la autoevaluación de su dolor en un 65,6%; el registro de la valoración del dolor como mínimo 2 veces por turno fue de un 75% en los enfermos con programa, en los enfermos sin él no encontramos este dato registrado; en un 100% de los enfermos con programa y con EVA igual o superior a la hora de la administración de la analgesia se realizó como mínimo 1 medida correctora, y de un 50% en los enfermos sin programa; en el 100% de los enfermos con programa había registro del EVA una hora después de la administración de la analgesia y sólo 2 de los enfermos sin programa tenían el registro correcto.

Conclusiones: Este proyecto ha llevado cambios radicales respecto al tema. El equipo asistencial, tanto médicos, anestelistas y enfermeras, comparten con el enfermo sus inquietudes y se establecen unos vínculos bidireccionales.

Ha mejorado significativamente el registro del control del dolor y la gestión compartida por parte del propio enfermo y del equipo asistencial.

Los equipos modifican sus actitudes recibiendo el estímulo y la sensibilización al poder "evaluar" el cuidado integral en toda la dimensión del control del dolor.

C057. Mortalidad intrahospitalaria en un hospital de tercer nivel

Ordóñez MV., Martín-Reyes G.

Hospital Carlos Haya (Málaga).

Objetivos: Describir el perfil demográfico y clínico de los fallecidos en un hospital regional; la mortalidad asociada a cada GRD y la evolución de la mortalidad en el período estudiado.

Metodología: Estudio descriptivo de 2.799 altas por fallecimiento en el Hospital Carlos Haya (Málaga) entre 1997 y 1999, a partir de las variables del CMBDH: edad, género, año de fallecimiento, servicio de alta, diagnósticos, procedimientos y estancias. Se calcularon tasas brutas de mortalidad, tasas específicas de mortalidad por GRD y tasa de letalidad de cada GRD. Se realizó estudio de frecuencias y medidas de tendencia central de las variables y un análisis bivariante en el que se aplicaron, dependiendo del tipo de variable, test T de Student, Análisis de la Varianza y Chi-cuadrado (nivel de significación $p < 0,05$).

Resultados: La edad media fue $61 \pm 24,6$ años. El 58% eran hombres, más jóvenes en promedio ($59 \pm 23,8$ años) que las mujeres ($65 \pm 25,3$ años) ($p < 0,001$). Entre los servicios de alta, destacaron, en porcentaje de casos, Cuidados Intensivos (27%) y Medicina Interna (23%). La estancia media fue 14 días (DS 20,7). El 76% correspondían a GRD de tipo médico, siendo los más frecuentes: infarto agudo miocárdico, defunción (GRD 123), trastornos respiratorios excepto infección, bronquitis y asma c/CCM (GRD 541) y trastornos hepatobiliares/páncreas c/CCM (GRD 557), con tasas de mortalidad de 13‰, 10‰ y 9‰, respectivamente. Entre los GRD con mayor letalidad, destacó el GRD 457-Quemaduras extensas s/PQ (83% fallecimientos) seguido de GRD de la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) 25-politraumatismos, CDM 5-aparato circulatorio y CDM 24-HIV. La tasa global de mortalidad fue en aumento (2,25% en 1997, 2,71% en 1998 y 2,82% en 1999), al igual que la de GRD frecuentes como el 541 (de 25% en 1997 a 36% en 1999). Para los GRD de la categoría diagnóstica mayor 24 (HIV) disminuyó tanto la mortalidad (de 0,9‰ a 1997 y 0,3‰ en 1999), como la letalidad (de 9,57% en 1997 a 6,59% en 1999).

Conclusiones: El 50% de los pacientes fallece en Cuidados Intensivos y Medicina Interna. El 76% son de tipo médico, sobre todo, cardíacos y respiratorios. La mayor letalidad corresponde a los casos de quemaduras extensas, politraumatismos, enfermedades del aparato circulatorio y HIV. El número de altas de enfermos HIV ha disminuido, y la mortalidad por esta causa va en descenso.

C058. Distribución de grupos relacionados con el diagnóstico en la neumonía adquirida en la comunidad ingresada

Celdrán J., Ruiz de Oña JM., Gómez-Fernández M.

Unidad de Neumología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Los recursos sanitarios empleados en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) están en relación con la gravedad de la enfermedad.

Objetivos: Comprobar la distribución de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) en los pacientes ingresados por NAC en una unidad hospitalaria de Neumología, según las diferentes clases de riesgo y el peso específico de dichos pacientes.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo con pacientes adultos ingresados y diagnosticados de NAC durante el año 2001, que no hubieran sido hospitalizados en el mes anterior.

Resultados: Se estudiaron 129 pacientes con una edad media de 71 años (DE 17), 81 hombres y 48 mujeres. Fallecieron 17 pacientes (13,2%).

Los GRD más frecuentes fueron: 89 (46 pacientes-35,7%), 90 (44 pacientes-34%) y 541 (23 pacientes-17,8%). Los GRD 89 y 90 fueron los más frecuentes en las diferentes clases de riesgo (I a V).

El peso específico del total de pacientes fue de 1,69 (DE 2,07). No se observaron diferencias significativas entre el peso específico de las diferentes clases de riesgo. Tampoco se observaron diferencias significativas en el peso específico entre los pacientes que fallecieron (1,81-DE 0,66) y los supervivientes (1,67-DE 2,1).

Conclusiones: 1. En nuestros pacientes ingresados por NAC la mayoría (70%) fueron codificados con GRD directamente relacionados con la NAC (89 y 90). Estos GRD eran los más frecuentes en cada una de las clases de riesgo.

2. En nuestros pacientes, el peso específico no varía significativamente según las clases de riesgo clínico. Igualmente, el peso específico tampoco presenta diferencias significativas entre los pacientes supervivientes y los que no sobrevivieron. Esto sugiere que el peso específico no parece reflejar la gravedad del proceso clínico.

Sala de Cámara. Mesa 10: Monotorización de la Calidad Asistencial

C059. Aplicación de los indicadores del "Healthcare Cost and utilization Project Quality Indicators" (HCUP qis) en un hospital de agudos de Osakidetza

Sáiz-Hernando C., Barriola M.
Hospital Txagorritxu. Vitoria (Álava).

Introducción: Disponer de sistemas de información automatizados que nos permitan monitorizar la calidad de los cuidados que reciben los pacientes, es una necesidad no siempre bien resuelta en nuestros hospitales. Si además pretendemos que la obtención de los indicadores sea ágil, continuada y aprovechando las bases de datos rutinarias, la situación se complica aún más.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha desarrollado un set de 33 indicadores (HCUP QIs) que se calculan automáticamente a partir de las bases de datos de altas de los hospitales de EE.UU. Los HCUP QIs exploran tres dimensiones de la calidad de los cuidados: los efectos adversos hospitalarios potencialmente evitables (16 indicadores), la utilización potencialmente inapropiada de ciertos procedimientos quirúrgicos (9 indicadores) y la utilización/accesibilidad inadecuada de la Atención Primaria a través de las admisiones hospitalarias potencialmente evitables (8 indicadores). Los programas informáticos necesarios y sus manuales de uso están a disposición de los hospitales y personas interesadas, en la página web de la AHRQ.

Objetivos: Aplicar los programas del HCUP QIs a nuestra base de datos de altas de hospitalización (CMBD-GRDs) y obtener los 33 indicadores. Validar los resultados obtenidos.

Metodología: Los programas de los HCUP QIs están desarrollados para SPSS, versión 4.1 o superior. Para el cálculo de los indicadores utilizan fundamentalmente las variables sexo, edad, los códigos ICD-9-MC de diagnósticos y procedimientos principal y secundarios (hasta un máximo de 5), códigos GDR y MDC (categoría diagnóstica mayor) y la fecha de la intervención quirúrgica, si procede. La nomenclatura utilizada se corresponde con las convenciones de codificación y tipo de variables propias de las bases de datos del país de origen. Se ha adaptado nuestra base de datos a dichas especificaciones, hasta conseguir un correcto funcionamiento de los programas originales sin necesidad de manipularlos. Para la explotación se ha utilizado el CMBD-GDR de las altas de hospitalización del año 2000 (20.500 altas). Con los datos de actividad del hospital de ese año se han validado los resultados obtenidos (fundamentalmente de la población a riesgo -denominador- utilizada para el cálculo de los indicadores) y se han revisado historias clínicas para validar los casos identificados -numerador-. Cuando ha sido posible se han comparado los resultados con valores de referencia existentes.

Resultados: Algunos ejemplos de los indicadores y resultados que se obtienen son: Mortalidad hospitalaria tras sustitución de cadera (por osteoartritis) electiva (0,7%). Complicaciones obstétricas (1%). Trombosis venosas/TEP tras cirugía mayor (0,3%). Efectos adversos/yatrogenia durante la hospitalización (1,1%). Apendicectomía incidental en mayores de 65 años (3,1%). Utilización de colecistectomía laparoscópica (60%). Parto vaginal con éxito tras cesárea anterior (VBAC), 35%. RN de bajo peso (<2500 gr.) 6,8%. Hospitalización por asma en Pediatría (4,7%). Ingresos por accidente cerebrovascular agudo en adultos <65 años (1,2%). Ingresos por complicaciones agudas de la diabetes en adultos (3,6%). Apendicectomías complicadas (ap. perforada) 51%.

Conclusiones: Los programas del HCUP QIs se pueden aplicar sin grandes dificultades a nuestras bases de datos de altas hospitalarias y permiten monitorizar fácilmente una amplia serie de indicadores que, en principio y a falta de un análisis más exhaustivo de su validez y fiabilidad, pueden ser útiles para identificar posibles áreas de mejora de la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria.

C060. Gráficos de control en la detección precoz del aumento de incidencia de flebitis

González R., Jorge S., Candia B., Grupo de trabajo de Flebitis
Hospital Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: Definir la metodología para facilitar la detección precoz de las variaciones de flebitis en las unidades del complejo hospitalario.

Metodología: Se realiza un estudio prospectivo para determinar la incidencia de flebitis en las diferentes unidades del complejo hospitalario. Se realiza un muestreo por centro en relación con los datos de incidencia mensuales y se procede a un seguimiento durante el período de exposición a riesgo. Con los datos de este estudio y con los resultados de incidencia mensual de flebitis por unidad se procede a realizar un gráfico de control para cada Unidad de Enfermería, de forma que se identifiquen los límites de control para cada unidad.

Los Gráficos de Control son representaciones gráficas lineales que tienen como finalidad estudiar, gestionar y evaluar la estabilidad de un proceso a lo largo del tiempo, en función de la evolución del valor de una o varias variables determinadas, en este caso la sintomatología, que rige el proceso de prevención y detección de flebitis. La aplicación de esta herramienta de la calidad a la detección precoz de flebitis nos permite que éste se efectúe desde la propia unidad y que se detecten medidas preventivas y correctivas por los profesionales implicados en el proceso de atención.

Se incluyen las flebitis infecciosas e inflamatorias, pues si bien entre ellas existe diferente gravedad respecto a las consecuencias, en ocasiones resulta difícil diferenciarlas y como el propósito de la organización consiste en mejorar los cuidados del paciente, consideramos importante el control de la sintomatología, y el diseño de un sistema de mejora para la reducción de las flebitis.

La participación es multidisciplinar y se incluyen las consideraciones de la Comisión de Infecciones, de Medicina Preventiva y de Farmacia (sobre dilución de medicamentos potencialmente irritantes).

Resultados y Conclusiones: La implantación de los Gráficos de Control en las Unidades de Enfermería permite a éstas disponer de información en un tiempo real, con acumulación de datos mensuales, lo que provoca un mayor compromiso en la prevención de las flebitis y en la aplicación de medidas correctivas. A nivel del global de la organización ayuda a mejorar la cultura de la calidad y el compromiso de los profesionales.

C061. Sistema de información para gestión de un plan de choque de lista de espera quirúrgica (LEQ)

Tomàs R., Díez-Caballero R., Chico, Ros O., Ferré J., Galbany J.

Epidemiología, Información y Evaluación Asistencial. Grup SAGESA.

Introducción: Las listas de espera quirúrgicas (LEQ) constituyen un foco de atención creciente para la opinión pública en general y el sector sanitario público en particular. Nuestros dos hospitales de agudos participaron en el plan de choque emprendido por el Servei Català de la Salut (SCS) para el 2º semestre de 2000, dedicado a 15 tipos de intervención (15P), con objetivos concertados de actividad y de volumen de casos. Se requería adecuar nuestro SI de LEQ existente a las necesidades del plan de choque.

Objetivos: Diseñar, desarrollar e implantar un sistema de información (SI) periódico, homogéneo y ágil para monitorización de la LEQ, de acuerdo a los objetivos y consensado por todos los usuarios internos implicados, dentro de un plan de choque de LEQ.

Material y métodos: Ficheros de casos y de salidas de lista del sistema operacional. Definición de indicadores y diseño de listados homogéneos para todos los usuarios de ambos hospitales. Desarrollo rápido en MS-Access y publicación de listados en Intranet. Difusión/formación de retorno a todos los usuarios, coordinación e incorporación de cambios (mantenimiento adaptativo).

Resultados: En junio de 2000 se diseñaron y acordaron inicialmente 4 listados, producidos cada 10 días naturales (se presentarán). Entre otros, incluían indicadores de movimientos, saldos y previsión a final de año por tipos de intervención prevista. En el 4º trimestre la periodicidad pasó a ser semanal y se añadieron nuevos indicadores. Se producían también listados de casos pendientes de revisión/programación, no incluidos en Intranet. Esta información se manejaba y revisaba semanalmente con Admisiones Dirección Médica.

A final de año se había incluso superado el objetivo de reducción de lista para las 15P. La LEQ del resto de patologías no sólo no aumentó, sino que también disminuyó.

Conclusiones: El desarrollo e implantación de un sistema de monitorización homogéneo, consensado y a medida permitió compartir información, facilitó la coordinación y las respectivas tareas de los agentes implicados, y con ello contribuyó a conseguir los objetivos del plan de choque. La flexibilidad del sistema, que permite la ágil adaptación a las necesidades cambiantes, se ha mostrado fundamental en el manejo de una situación asistencial excepcional.

C062. Complicaciones evitadas como indicador de eficiencia para monitorizar la calidad

Carrasco G., Polo C., De Tord I.*, Galí J., Borrás J., Fornaguera J.

Comisión de Calidad. *Departamento de Documentación Clínica. SCIAS-Hospital de Barcelona (Barcelona).

Aunque la gestión del riesgo es una de las dimensiones de la calidad socialmente más valorada, para su evaluación únicamente se dispone de datos descriptivos.

Objetivos: Definir una metodología propia de medición y análisis de los costes de la calidad de las complicaciones hospitalarias y analizar el impacto clínico-económico de un programa diseñado para disminuirlas

Metodología: Diseño: prospectivo y comparativo con aleatorización de los períodos a comparar. La asignación aleatoria correspondió a cuatro trimestres de 1999 (basal, antes del diseño del programa) y a cuatro trimestres de 2000 (postprograma). Variables: Se compararon los resultados referentes a las diez complicaciones principales de la *Healthcare Cost & Utilization Project* (HCUP) recogidas en el programa Qual. Criterios de evaluación clínica y cálculo de costes: La causalidad y repercusión clínica fueron valoradas por expertos mediante *peer review* atendiendo a los criterios de la *American Medical Informatics Association*.

Para el cálculo de los costes se empleó el método caso a caso registrando todos los costes reales de cada paciente a partir del programa de contabilidad analítica (estancias, fármacos, exploraciones, honorarios profesionales...) calculándose posteriormente el coste de la complicación como el coste incremental generado por el evento (coste de la no-calidad) según la metodología de la *American Society for Quality Control*.

El tamaño de la muestra, de cada una de las poblaciones, se predefinió a partir del nomograma de cálculo de Altman. El análisis estadístico para las variables categóricas se realizó mediante el test de la χ^2 de hipótesis o significación. Para la comparación de medias entre dos grupos cuando la distribución era normal se usó la prueba de la *t* de Student. En el caso de medias de distribución no normal, se empleó el test de Mann-Whitney. Los resultados se expresaron como media aritmética \pm desviación estándar. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Las variables de actividad hospitalaria (ingresos, altas, estancias) así como el *case-mix* según el peso medio de GRD (0,937 *versus* 0,973) fueron comparables durante los dos períodos estudiados. La implantación del programa consiguió una reducción significativa de las complicaciones de 836 en 24.320 episodios de hospitalización (3,4%) hasta 628 en 24.090 (2,6%) ($p = 0,035$).

Las principales disminuciones se observaron en las hemorragias postprocedimiento (0,50% *versus* 0,28%; $p = 0,01$) y las infecciones urinarias (1,16% *versus* 0,87%; $p = 0,009$). El coste medio por complicación fue similar en ambos períodos (1.173 \pm 745 €, rango 74-3.060 € *versus* 1.205 \pm 813 €, rango 85-3.0213 €; $p = 0,10$). La aplicación del programa produjo un significativo ahorro de estancias por complicación de 2.413 a 1.714 € ($p = 0,01$) con un ahorro en costes de la no-calidad de 249.612. El coste de la calidad en prevención fue de 11.322, lo que comportó un ahorro neto de 238.278 € tras implantación del programa.

Conclusiones: Las complicaciones evitadas constituyen un indicador de eficiencia de los programas de la calidad válido y fiable. Los programas de calidad han demostrado su capacidad para reducir un 30% la incidencia de complicaciones, optimizando los costes de la calidad y consiguiendo un ahorro neto anual cercano al cuarto de millón de €.

C063. Reingresos evitables como nuevo indicador de calidad

Puig C., Galí J., Carrasco G.*

Equipo de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Urgencias.

*Comisión de Calidad. SCIAS Hospital de Barcelona (Barcelona).

La estandarización de procedimientos ha demostrado su utilidad para mejorar los cuidados de los pacientes y reducir los costes, pero se desconoce su repercusión sobre la continuidad asistencial. Uno de los nuevos indicadores propuestos para monitorizar su impacto clínico-económico son los reingresos que podrían haberse evitado con una asistencia inicial óptima.

Objetivos: Demostrar que un programa de cuidados estandarizados mediante protocolos y vías clínicas disminuye la incidencia y el coste de los reingresos respecto a la asistencia traumatológica tradicional.

Metodología: Diseño: prospectivo, comparativo con aleatorización de pacientes que fueron asignados al grupo de estudio (cuidados estandarizados; n=1.597) o control (tratamiento tradicional no estandarizado; n=1.876) durante el período comprendido entre enero de 1994 y marzo de 2001. Variables: Clasificación de los pacientes reingresados mediante *peer review* como reingresos evitables (RE) o reingresos imprevistos (RI). Ajuste de características de comparabilidad de los grupos mediante el *Charlton Index Comorbidity Score*. Fuentes de información: Programas Clínicos y Qual, historia clínica electrónica y hoja de datos específica. Criterios de evaluación clínica y cálculo de los costes: Relación entre reingreso y tratamiento previo así como la evolución de los pacientes evaluada según criterios de la *American Medical Informatics Association*. Cálculo de los costes mediante el método caso a caso registrando todos los costes reales de cada paciente a partir del programa de contabilidad analítica (estancias, fármacos, exploraciones, honorarios profesionales...) calculándose posteriormente los costes de la calidad según la metodología de la *American Society for Quality Control*. Análisis estadístico: Tamaño de la muestra, de cada una de las poblaciones, predeterminado a partir del nomograma de cálculo de Altman. El análisis estadístico para las variables categóricas se realizó mediante el test de la χ^2 de hipótesis o significación. Para la comparación de medias entre dos grupos cuando la distribución era normal se usó la prueba de la t de Student. En el caso de medias de distribución no normal, se usó el test de Mann-Whitney. Los resultados se expresaron como media aritmética \pm desviación estándar. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Los pacientes reingresados fueron comparables respecto a características demográficas, diagnósticos y comorbilidad. Se observaron diferencias favorables a la aplicación del tratamiento estandarizado que disminuyó la incidencia de reingresos de 81 en 1.876 intervenciones realizadas según tratamiento tradicional (4,3%) a 29 en 1.597 procedimientos realizados de forma estandarizada (1,8%) ($p < 0,001$). El grupo control presentó mayor número de RE (25/81, 30,0%) que el grupo de estudio (4/29, 13,7%) ($p = 0,04$). El coste medio por proceso de los reingresos fue similar (1.297 \pm 574 € versus 1.255 \pm 521 €, $p = 0,36$) pero su menor incidencia en el grupo de tratamiento estandarizado comportó una reducción de 256 estancias y un ahorro de 67.444 € por disminución de costes de la no-calidad.

Conclusiones: La estandarización de los cuidados asistenciales en Traumatología produce como valor añadido una reducción a una quinta parte del total de reingresos, disminuye la proporción de reingresos evitables y consigue un ahorro anual adicional de más de 11.000 €.

C064. Monitorización de la calidad en cirugía mayor ambulatoria mediante el análisis del índice de ingreso

Carrasco-González L., Flores B., Vicente JP., Cartagena J., Soria V., Aguayo JL.

Servicio de Cirugía. Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar la calidad del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Servicio de Cirugía General mediante el análisis del índice de ingreso (I.I.) en los últimos 6 años.

Metodología: Se denomina índice de ingreso en CMA al porcentaje de pacientes intervenidos que requieren ingreso hospitalario, considerando a éste como fracaso del procedimiento. Entre enero de 1995 y diciembre de 2000 se han intervenido, en el programa de CMA, 161 pacientes por hernia umbilical, 629 por hernia inguinocrural, 117 por hemorroides, 125 por fisura anal, 82 por fístula anal y 350 por sinus pilonidal. Se empleó la anestesia raquídea. Se analizó el I.I. anual para cada patología.

Resultados: El I.I. anual disminuyó progresivamente desde un 17% en 1995 hasta un 4% en el año 2000 en la patología herniaria, desde un 14,5% hasta un 10,3% en las hemorroides, de un 10% a un 3,7% en la fístula anal y de un 12% a un 6% en la cirugía del sinus pilonidal. Ningún paciente intervenido por fisura anal requirió ingreso hospitalario. Las causas de ingreso fueron dolor excesivo, complicaciones en relación con el procedimiento anestésico como la hipotensión ortostática y la retención urinaria, y en relación con la técnica quirúrgica como la hemorragia o hematoma de la herida quirúrgica. La disminución en el I.I. se relacionó con una mejor selección del paciente, mejor información del procedimiento al mismo, mayor confianza en el método por parte del cirujano, mejora en la técnica de anestesia raquídea empleando fármacos de menor duración y potencia (raquianalgésia), y a la ampliación del horario del Hospital de Día con un turno de noche de enfermería, lo que permite mayor margen de tiempo para la normalización del paciente antes de decidir ingreso.

Conclusiones: El I.I. es un buen indicador de calidad en todo programa de CMA. La mejor selección e información de los pacientes, el empleo de técnicas de raquianalgésia y la ampliación del horario del Hospital de Día quirúrgico contribuyen a disminuirlo.

C065. Cuadro de mando sociosanitario y social de Grup Sagessa

García-Navarro JA., Colomé L., Simón R.

Hospital de la Sta. Creu de Tortosa (Tarragona).

El Grup Sagessa gestiona diferentes centros hospitalarios, sociosanitarios, de atención primaria y sociales ubicados en el sur de la provincia de Tarragona. Estos centros están dispersos geográficamente y presentan tipología diferente. Las unidades sociosanitarias engloban unidades de convalecencia, cuidados paliativos, larga estancia, hospital de día, equipos de atención domiciliarios y equipos de valoración hospitalarios. Las unidades sociales engloban residencias asistidas y centros de día. La dispersión geográfica y la diferente tipología de enfermos hace difícil la visión global de la atención prestada.

Objetivos: 1. Unificar indicadores de actividad y asistenciales en centros sociosanitarios y sociales del Grup Sagessa. 2. Disponer de un sistema de valoración continuo de la asistencia dispensada.

Métodos: Se ha realizado propuesta de indicadores mediante reuniones con los responsables asistenciales de cada unidad sociosanitaria.

taria y social del grupo. Tras las reuniones de consenso se comienzan a recoger los indicadores en enero de 2001. Los indicadores se agrupan en cinco grandes grupos: volumen, flujos, recursos, complejidad y tratamientos empleados.

Resultados: Los indicadores de volumen incluyen ingresos, altas, estancias, ocupación e ingresos inferiores a 7 días y superiores a 90 días. Los indicadores de flujo reflejan las derivaciones desde atención primaria y hospitales y el destino de las altas. El uso de recursos se mide monitorizando las pruebas complementarias usadas y los costes unitarios en fármacos, material sanitario, pruebas complementarias y personal. La complejidad se monitoriza mediante el peso medio atribuible a la clasificación RUG (*Resource Utilization Groups*) y los usuarios con úlceras por presión, sonda nasogástrica,

diabetes, hipertensión, accidente cerebrovascular y demencia. Por último, se monitoriza el uso de fisioterapia, terapias recreativas, neurolépticos, benzodiacepinas y anticoagulantes. El cuadro permite distinguir claramente diferencias entre unidades sociosanitarias según su ubicación en hospitales de agudos o en centros sociosanitarios aislados (estancia media 44,3 vs 52,5 días, derivaciones a agudos 12,2 % vs 3,5%, úlceras al ingreso 22,4% vs 17,5%) y entre centros sociosanitarios y centros sociales.

Conclusiones: 1. El cuadro de mando sociosanitario y social permite de forma integrada detectar las diferentes tipologías de los centros del Grup Sagessa. 2. Supone una base de indicadores útil para el análisis histórico de cada unidad y la comparación con otras unidades del territorio.

**Sala 1. Mesa 11:
Calidad de los Cuidados de Enfermería**

C066. Planes de cuidados: instrumento para la calidad

**Rejano M., Macarro MD., Aguilera F., Romero-Bravo AM.,
Muñoz-Matas E., Notario MJ.**
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

Introducción: Los planes de cuidados estandarizados (PCE) según la definición de Alfaro: "son un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados".

Los PCE:

- Determinan el área de competencia enfermera.
- Clarifican el área de responsabilidad y decisión enfermera.
- Guían la enseñanza e investigación.
- Orientan la gestión y administración de cuidados.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos tras el proceso de difusión metodológica, elaboración de PCE e informatización de las unidades.

Material y método: La elaboración de PCE en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) es un proceso dinámico. En un primer momento se realizaron seminarios de formación a las enfermeras asistenciales representantes de las distintas unidades de hospitalización coordinadas por la Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. A continuación las enfermeras asistenciales elaboran un PCE para cada una de las situaciones de salud más prevalentes, basándose en un modelo conceptual y haciendo uso del Manual de Protocolos y Procedimientos del Centro.

En julio de 2000 y ante la demanda de mayor apoyo, se crea la figura del asesor metodológico. De forma paralela comienza la informatización en varias unidades de los planes elaborados hasta la fecha a través del programa informático FLOR +.

Finalmente en noviembre de 2000 y continuando con la dinámica de mejora en el diseño y elaboración de PCE se reajusta el marco conceptual tomando como elementos centrales el modelo de Virginia Henderson para la definición de los cuidados, la taxonomía NANDA para nombrar los problemas identificados y el catálogo de actividades de enfermería del H.U.R.S. para determinar y cuantificar los cuidados realizados.

Resultados: Actualmente se dispone de 45 planes elaborados, de ellos 25 están implementados mediante soporte informático. La difusión metodológica de los PCE en este momento y en el HURS alcanza a un total de 470 profesionales.

Conclusiones: Tras un primer análisis del efecto que ha tenido en el hospital el trabajo con PCE, consideramos que se han conseguido dos objetivos concretos:

1. Obtención de un registro exhaustivo de cuidados proporcionados a los pacientes.
2. Aplicación del método científico a la labor de cuidar.

C067. Gestión de calidad en enfermería: papel de los grupos de mejora

**Arantón L., Rodeño A., Facio A., Darriba P., De Pablo M.,
Carballal C.**
Unidad Calidad. C.H. Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña).

Introducción: En febrero del año 2000, se reestructura y pone en marcha el nuevo programa de calidad de enfermería del C.H. Arqui-

tecto Marcide de Ferrol, basado en 4 aspectos fundamentales: planificar, desarrollar, evaluar y mejorar (se elaboran, difunden e implantan los procedimientos de enfermería al mismo tiempo que se establecen los criterios de evaluación y la estrategia de mejora). Con ello se instaura la estructura necesaria para la mejora continua de los cuidados de enfermería.

Objetivos: Analizar en función de la evolución de los indicadores de calidad desarrollados en el programa de calidad, qué medidas de mejora se han articulado y su posterior repercusión.

Metodología: Se establecen dos grupos de mejora constituidos por profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario. Se asume para su regulación, objetivo y participación la normativa de funcionamiento de las comisiones clínicas.

Un primer grupo se encarga de la revisión y actualización de los procedimientos de enfermería ya existentes, así como de la elaboración de otros propuestos por el propio grupo.

El segundo grupo tiene como finalidad la elaboración de una hoja de valoración de enfermería al ingreso, basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Resultados: El primer grupo ha actualizado todos procedimientos existentes hasta la fecha. Se han desarrollado 10 nuevos procedimientos (ya aprobados por la comisión de planes de cuidados), continuando otros 12 en fase de elaboración (se expondrá durante el congreso la tabla de resultados con los distintos procedimientos).

El segundo grupo ha confeccionado la hoja de valoración al ingreso, así como la guía de cumplimentación del mismo, estando en este momento en fase de validación para su posterior implantación.

Conclusiones: El programa de calidad en enfermería permite además de la valoración de la atención de enfermería, el establecimiento de los mecanismos necesarios para la mejora continua de los cuidados dispensados. En este aspecto los grupos de mejora se han revelado como herramientas de calidad muy importantes en la consecución de los objetivos propuestos, por su dinamismo y capacidad de integración y participación de los propios profesionales implicados.

C068. El sentido del cambio: la responsabilidad de los cuidados

**Berenguer MJ., Gimena JC., Giménez de la Torre R., Rich M.,
Notario MJ., Toro J.**

Unidad de Docencia Calidad e Investigación de Enfermería.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

Introducción: Desde 1998 con la puesta en práctica del Plan de Calidad de los Cuidados, la Dirección de Enfermería del hospital ha tenido, entre otros, como objetivo el valorar el grado de impacto de los cambios tanto metodológicos como organizativos que la Calidad ha propiciado, para ello y aprovechando un foro tradicional en nuestro centro, se pulsó la opinión de una muestra de profesionales implicados en dichos cambios, concretamente en la Jornada conmemorativa del Día Internacional de la Enfermería.

Objetivos: Describir factores de impacto del cambio y la asunción del mismo por los profesionales de enfermería de nuestro hospital.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo considerando categorías profesionales, edad, años de ejercicio profesional y tipo de relación laboral. Se diseñó una encuesta de opinión anónima constituida por ocho ítems: cambio, utilidad, lenguaje enfermero, actuación técnica, calidad, recursos, control y responsabilidad. Debido al estudio de múltiples variables, consideradas dependientes, se ha calculado la muestra (74 profesionales) para una proporción del 50%, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 10%. Para la asociación de variables se ha definido una $p < 0,05$.

Resultados: A un 85,1% no les causa nada/algo de inseguridad el cambio.

Un 85,1% están bastante/muy de acuerdo con los Planes de cuidados como método útil de trabajo.

Un 9,1% no cree en la necesidad de un lenguaje enfermero.

Un 83,8% no están nada de acuerdo con la asociación de calidad y técnica.

El 67,4% están algo/nada de acuerdo con que de forma inevitable la calidad supone más recursos.

Un 83,8% están algo/nada de acuerdo con que la calidad es un elemento que tiene poco/nada que ver con la gestión.

El 70,3% reconocen que la calidad no tiene nada/algo que ver con el control como meta fundamental.

El 70,3% está nada de acuerdo/algo con que la definición de su trabajo supone una responsabilidad añadida.

No se encuentran asociaciones significativas que dirijan estrategias asociadas según las variables identificativas.

Conclusiones: Reconociendo que la muestra no tiene como referencia la población total de profesionales encontramos una asunción positiva de los cambios y conceptos siempre asociados a la práctica de la calidad en los cuidados.

C069. La guía de cuidados para la definición del producto

Pérez-Delgado P., Hidalgo M., Navarro-Díaz C., De Gracia M., Rich M.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

Introducción: Desde que hace ya más de tres años comenzamos el Plan de Calidad de los Cuidados en nuestro hospital, han sido muchos los esfuerzos, y distintos los resultados, en la definición del producto enfermero. Se plantearon diversos formatos, según el nivel de estructuración y desarrollo, siendo llamativo el elevado número de guías editadas.

Objetivos: Observar las motivaciones que han llevado a la construcción de guías como opción frecuente en la definición del producto.

Material y métodos: Para conseguir el objetivo marcado se ha diseñado un acercamiento al tema desde un enfoque cualitativo mediante el desarrollo de grupos focales de profesionales y mandos intermedios de las unidades que durante el año 2000 trabajaron en la construcción de guías de cuidados. Se recogen todos aquellos aspectos en los que existía consenso generalizado, destacando que, en general, existía un alto grado de consenso en las opiniones emitidas, buscando la representatividad y generalización por la coherencia de los datos. La validez de los conocimientos se ha obtenido por repetición y crítica de las respuestas, ante la dificultad de complementarlas con otras técnicas.

Resultados: El análisis de la información recogida del desarrollo de los grupos focales apunta hacia: La disminución en la variabilidad de los cuidados; el aseguramiento de la continuidad interunidades-interniveles; la organización del trabajo y la información que debe ofrecer la enfermera; el refuerzo de la comunicación oral; la humanización, cuando hay falta de tiempo, y la posibilidad de consulta y obtención de información de forma permanente por nuestros clientes cuando la situación de salud supone un bloqueo a la comunicación, son las principales ideas que han llevado a la construcción de guías.

Conclusiones: La construcción de guías responde fundamentalmente a un reconocimiento de variabilidad en la práctica así como a requerimientos de información por nuestros clientes, suponiendo una uniformidad de criterio en el abordaje de los problemas de los clientes, mostrándose como un instrumento eficaz para el objetivo planteado.

C070. Valoración general enfermera informatizada según dominios y clases de la taxonomía II de la nanda

Fuentes L., García-Palacios R.

Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos: 1. Diseñar un modelo de valoración general enfermera informatizada siguiendo la estructura de dominios y clases de la Taxonomía II de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). 2. Generar consenso entre los profesionales respecto al diseño de la valoración. 3. Implementar dicha valoración.

Metodología: Presentamos un estudio básicamente cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal en el que distinguimos las siguientes fases secuenciales: 1. Revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada. 2. Creación de la Unidad de Enfermería Informática del Hospital. 3. Planificación de un panel de expertos con profesionales claves del Hospital. 4. Diseño y pilotaje de la valoración preliminar construida en formato papel. 5. Inserción de las modificaciones propuestas por dichos profesionales. 6. Segundo pilotaje en formato papel con el objetivo de generar consenso y conseguir la optimización y por tanto la operatividad de dicho formato de valoración. 7. Inserción en soporte informático de la valoración general enfermera. 8. Pilotaje definitivo del formato de valoración en una Unidad de Enfermería del Hospital.

Resultados:

1. Creación de un modelo de valoración general enfermera informatizada siguiendo la estructura de dominios y clases de la Taxonomía II de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).
2. Obtención de una valoración enfermera consensuada entre los profesionales enfermeros del Hospital.
3. Creación de una valoración operativa, actualizada y basada en la evidencia científica.

Conclusiones: Mayor calidad asistencial de los cuidados enfermeros del Hospital al disponer de una valoración enfermera mejor estructurada e informatizada.

Mayor satisfacción por parte de los usuarios (profesionales enfermeros del Hospital) al usar un modelo que satisface sus necesidades y en el que han participado en su elaboración.

Mejor posicionamiento para seguir investigando y avanzando en la informatización del proceso enfermero del Hospital. El siguiente paso será relacionar los diagnósticos de la Taxonomía NANDA con las intervenciones que propone el Proyecto de Intervenciones Iowa (NIC) y con los criterios de resultado que propone el *Iowa Outcomes Project* (NOC).

C071. Relación entre los resultados asistenciales de las unidades y el perfil de sus profesionales

Rodríguez-Bello J., Gómez-Fernández C., Sánchez-Ferragut I., Moreno-Álvarez MM., López-Sánchez A., Martínez-Mora M.

Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Introducción: Los resultados asistenciales de las Unidades de Enfermería son evaluados en nuestro hospital a partir del acuerdo de gestión que cada una de ellas firma anualmente, y donde se establecen los objetivos para dicho ejercicio. Hay claras diferencias entre los resultados alcanzados. El mayor capital de estas unidades está en sus profesionales, planteamos la hipótesis de que debe existir una relación entre éstos y sus logros.

Estudiaremos las características de los equipos a tres niveles: personal, profesional y grupal.

Objetivo: Establecer relación entre el perfil de los profesionales que trabajan en las diferentes unidades de hospitalización de enfermería

del Hospital Universitario de Puerto Real, y los resultados asistenciales de dichas unidades, de manera comparativa.

Metodología: El diseño es observacional, analítico y de seguimiento. La unidad de observación se acota a las once unidades de hospitalización del hospital. La Unidad de análisis se centra en los resultados asistenciales medidos en porcentaje, tomando como base los acuerdos de gestión de estas Unidades en los años 98, 99 y 2000 cruzados con una serie de ítems utilizados para definir el perfil personal/profesional/grupal, de los profesionales de estas unidades. Estos ítems se toman como variables independientes y los resultados como variables dependientes. No se muestrea, se ha trabajado con el universo de los profesionales. En cuanto a su temporalidad, hay que definir el trabajo como longitudinal. Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS.

Resultados: Se ha encontrado relación directa entre el 55% de los ítems utilizados para definir el perfil personal/profesional/grupal, de los profesionales de las unidades y los resultados asistenciales de las mismas. No se evidencia relación en el 30% de los ítems y es discutible en el 15%. Esta relación es desigual en cuanto a su impacto. De manera explicativa, las variables que más inciden pueden ser agrupadas: liderazgo del mando intermedio, grado de incentivación, juventud e inexperiencia, cohesión grupal, etc.

C072. Indicaciones de enfermería para la continuidad de cuidados interniveles

González-Llinares R., Aranburu I., Ruiz de Ocenda MJ., Causo C.
Subdirección de Calidad Asistencial. Organización Central de Osakidetza/Svs. Vitoria (Álava).

Objetivos: 1. Elaborar y consensuar listado de indicaciones para la Continuidad de Cuidados de Enfermería (C.C.E.), mediante grupos de expertos. 2. Evaluar la efectividad de estas indicaciones.

Metodología:

Cualitativa: grupos de discusión.

Búsqueda bibliográfica. Creación de 11 grupos (102 enfermeras). Elaboración de conclusiones. Validación. Listado de indicaciones. Población a estudio: enfermeras de hospitales (56,9%) y primaria (43,1%).

Cuantitativa: Análisis de varianza a través de la variable (C.C.E.). Población a estudio: pacientes con alta hospitalaria. Criterios de inclusión y exclusión. Ámbito de estudio: 16 hospitales y 7 comarcas de A.P. de Osakidetza. Trabajo de campo: mayo y junio 2000.

Resultados:

- Indicaciones de C.C.E. en base a 5 Grupos de variables con sus categorías: necesidades humanas (10), sistemas orgánicos (7), procesos (2), situaciones específicas (7), medicación (2).
- 1. Informes de C.C. emitidos: 3.669 (14% sobre las altas): 48,4% varones, \bar{x} edad 62, el 25% son mayores de 75 años.
- 2. Distribución de las indicaciones: 45% herida quirúrgica (retirar suturas). 25,3% Necesidad de movimiento-actividad (movilidad física e intolerancia a la actividad). 24,1% Necesidad piel-mucosas (úlceras por presión, déficit de autocuidados). 22% Necesidad seguridad física y psíquica (riesgo de caídas a domicilio, dolor y autoestima). Necesidades de eliminación (18,5%) y de nutrición (16,1%) (sondajes, estomas). 17,4% Necesidad de oxigenación (O₂, CIPAP...). 18,5% relacionados con la Medicación (inyectables). No significación estadística respecto a la necesidad de aprendizaje (conocimientos)

Conclusiones: Este trabajo va a permitir a las enfermeras homogeneizar la práctica clínica sustentada en la toma de decisiones basadas en la opinión, experiencia, revisión bibliográfica e investigación.

Proyecto FIS 99/ 0715.

C073. La mejora continua en el proceso continuidad de cuidados interniveles

González-Llinares R., Ruiz de Ocenda MJ., Aranburu I., Causo C.
Subdirección de Calidad Asistencial. Organización Central de Osakidetza/Svs. Vitoria (Álava).

Objetivos: Monitorizar y estabilizar este proceso entre el nivel asistencial especializado y primario de la Red (AH→AP)

Metodología: Aplicación del ciclo de mejora continua al proceso Continuidad de Cuidados de Enfermería (C.C.E.).

P: Definición, límites, propietarios y destinatarios del proceso. Identificar necesidades, características de calidad, flujograma e indicadores: grado de coordinación interniveles asistenciales (nº de informes C.C.E. recibidos en A.P. respecto al nº de informes emitidos por A. H.) Estándar 80%.

D: Puesta en marcha desde el año 1997 hasta la actualidad, en 3 áreas sanitarias (16 hospitales y 7 comarcas sanitarias con sus centros de salud correspondientes).

C: Verificación de los resultados comparándolos con los objetivos marcados.

A: ¿Qué hay que corregir y/o mantener?

Resultados:

1. Grado de Coordinación interniveles asistenciales

Área sanitaria I (3 Hosp. y 1 Com. AP)

Año 1997	92,23% (886 Recib. / 1087 Emit.)
Año 1998	72,23% (1225 Recib. / 1696 Emit.)
Año 1999	78,00% (1747 Recib. / 2239 Emit.)
Año 2000	79,56% (2378 Recib. / 2989 Emit.)

Área sanitaria II (6 Hosp. y 4 Com. AP)

Año 1997	7,50% (177 Recib. / 2355 Emit.)
Año 1998	37,72% (1341 Recib. / 3555 Emit.)
Año 1999	60,20% (3599 Recib. / 5979 Emit.)
Año 2000	59,56% (4907 Recib. / 8240 Emit.)

Área sanitaria III (7 Hosp. y 2 Com. AP)

Año 1997	65,67% (1650 Recib. / 2456 Emit.)
Año 1998	62,18% (3406 Recib. / 5478 Emit.)
Año 1999	81,93% (6525 Recib. / 7964 Emit.)
Año 2000	74,92% (9021 Recib. / 12041 Emit.)

2. Comunicación de los resultados a los interesados.
3. Reuniones interniveles sistematizadas cada 2 meses.
4. Áreas de mejora: Proyecto FIS 99/0715 para conocer indicaciones para C.C.E. y expectativas de clientes.

Conclusiones: La C.C.E. es un proceso clave de la organización sanitaria, que permite aplicar metodologías de calidad total para su estabilización y mejora.

C074. Informe de enfermería al alta: soporte instrumental imprescindible para garantizar la continuidad asistencial

Márquez A., Vidal E.
Gerena (Sevilla).

Objetivos:

Objetivo General: Garantizar una continuidad de los cuidados enfermeros una vez que el usuario reciba el alta, promoviendo con ello la interrelación y coordinación interniveles y, por consiguiente, asegurando la calidad asistencial.

Objetivos Específicos: 1. Identificar las necesidades concretas del usuario para mantener satisfechas dichas necesidades en el domicilio después del alta. 2. Asesorar al usuario en su domicilio mediante unas recomendaciones higiénico-dietéticas estandarizadas por patologías y de fácil cumplimiento. 3. Favorecer la continuidad asistencial y la coordinación interniveles para alcanzar unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales.

Metodología: Basándonos en la bibliografía existente y en los GDR's más prevalentes en nuestra unidad, hemos elaborado nuestro Informe de Enfermería al alta, acompañado de unas recomendaciones higiénico-dietéticas estandarizadas según dichos GDR's para garantizar una continuidad de los cuidados. Para observar más fácilmente la evolución que ha seguido al usuario durante la hospitalización y sus necesidades alteradas al alta, hemos trabajado con niveles de dependencia, los cuales se identifican mediante el estudio de gestión analítica Signo II.

Resultados: A través de la exposición de nuestro modelo de Informe de Enfermería al alta, se da una visión clara de cual es nuestra línea de trabajo y su desarrollo. Se recogen los datos correspondientes a los años 2000 y 2001, en cuanto a niveles de cumplimentación e índices de cumplimiento de los criterios de Calidad.

Conclusiones: El Informe de Enfermería al alta es una herramienta imprescindible para proporcionar una continuidad de los cuidados Enfermeros y coordinar los distintos niveles asistenciales. Dicho informe contribuye a potenciar y clarificar la imagen de los cuidados Enfermeros dentro de la sociedad.

C075. Estudio sobre movilización precoz postoperatoria

Lozano J., Valdés B., Adán E., Jiménez-Benítez MT., Cervantes MJ., Paredes A.
Programa EMCA. Hospital Morales Meseguer.
Murcia (Murcia).

Objetivos: Unificar la actuación del equipo en la movilización precoz del paciente postquirúrgico, adaptando el entorno para dicha movilización y reducir la estancia hospitalaria.

Metodología: Estudio aleatorio prospectivo en el que se valora la movilidad postoperatoria en los pacientes intervenidos de Cirugía General Digestiva durante los períodos: 28 de junio de 1999 al 3 de julio de 1999 y del 25 de octubre de 1999 al 7 de noviembre de 1999, en la 4ª planta de Cirugía General del Hospital Morales Meseguer de Murcia. La muestra total fue de 30 pacientes, realizándose una evaluación antes y después de la intervención. Se realizó una encuesta mediante una entrevista personal, con 4 ítems y una respuesta cerrada (Sí/No) dirigida a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de las habitaciones pares (se incluyeron las habitaciones impares, siempre y cuando no se encontrara ningún paciente intervenido en la habitación par); tomándose como criterio de calidad la movilización del paciente quirúrgico de cirugía general y digestiva en las primeras 24 horas postoperatorio.

Resultados: En la primera evaluación se obtiene un cumplimiento del 40%. Como medida correctora se realizó una sesión de enfermería informando al personal sanitario sobre las ventajas de la movilización precoz en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Tras esta intervención se obtiene un cumplimiento del 60%.

Conclusiones: Se ha obtenido una mejora del 20% después de informar al personal sanitario sobre las ventajas de la movilización precoz en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Como futura mejora se está elaborando el Protocolo de Movilización Precoz en las primeras 24 horas postoperatorias.

C076. Monitorización de las úlceras por presión (UPP) en un hospital de agudos

González-Ruiz JM., Blanco JM., Ayuso E., Recuero E., Cantero M., Sainz E.
Getafe (Madrid).

Objetivos: El grupo de mejora de las UPP del Hospital Universitario de Getafe ha ido elaborando y modificando registros con el fin de conseguir: 1. Monitorizar la incidencia/prevalencia de UPP, así como proporción de pacientes de riesgo. 2. Establecer los indicadores más adecuados para medir la calidad de los cuidados enfermeros del hospital y unidades.

Material y métodos: Hemos creado unos registros para ser cumplimentados mensualmente (con un corte por semana) por la supervisión de enfermería de las unidades de riesgo (9) en las que se recogía: nº pacientes ingresados; nº pacientes de riesgo (Norton <14); nº pacientes con UPP y su nº de historia y origen de las UPP (intraunidad, traslado interno, extrahospitalaria).

Presentamos un estudio descriptivo prospectivo realizado entre enero-diciembre de 2000.

Resultados: Hemos obtenido una media de 44,7 (d.t. 5,77) cortes de prevalencia por año en las 9 unidades de riesgo. La media de cortes por mes ha sido de 4,02 (d.t. 0,23). La prevalencia media del hospital ha sido de 3,802% (d.t. 0,602). El porcentaje medio de pacientes de riesgo ha sido del 24,28% (d.t. 1,76) y la incidencia bruta ha sido de 285 pacientes con UPP (100 intraunidad, 45 de traslados internos y 140 extrahospitalarias). La proporción media de pacientes con UPP/ pacientes de riesgo ha sido 15,72% (d.t. 2,68). Por unidades destaca la incidencia de UPP intraunidad en UCI y UGQ (36 y 18) y extrahospitalarias en Geriátrica (57).

Conclusiones: La prevalencia media del hospital es similar a la encontrada en la bibliografía. La incidencia bruta nos parece un indicador más fino para conocer la calidad de los cuidados prestados al permitirnos separar las UPP intra y extrahospitalarias. Resulta más acertado contabilizar la proporción de pacientes con respecto al nº de pacientes de riesgo que frente al nº de pacientes ingresados.

La proporción de factores de riesgo, así como la prevalencia total, puede usarse más bien como un indicador de cargas de trabajo en enfermería. Nos parecería adecuado en un futuro conocer también el estadió de las UPP como indicador también de la calidad de los cuidados enfermeros.

C077. Pioneros, piedras e indecisos, 3 perfiles de práctica enfermera en atención domiciliaria

Prieto MA., Heierle C.*, Frías A.†, Aceijas H., Herencia A.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen de las Nieves" de Granada.
Escuela Universitaria de Enfermería de Jaén.

Objetivo: Identificar perfiles profesionales enfermeros distintos ante la atención domiciliaria (AD).

Material y métodos: Se ha utilizado un cuestionario elaborado para este proyecto, pilotado y validado. Se envió a una muestra representativa de enfermeras que realizaban AD. Muestreo polietápico con afijación proporcional al número de enfermeras en los centros de salud (CS) de Andalucía. Estratificación en dos direcciones: según provincia e internamente según ubicación del centro de salud en capital y no capital. Tamaño muestral: 348 enfermeras (p=60%) y nivel de confianza 95%. Error: 5%. Para obtener los perfiles se recurrió a la técnica de análisis de conglomerados de K-medias, para

observar si existen diferentes tipologías. Se analizaron las diferencias de los diferentes perfiles mediante contrastes multivariados. Se aplicaron contrastes post hoc (test de Tukey) para evaluar entre que conglomerados había diferencias significativas.

Resultados: Se configuran 3 conglomerados diferentes. Los profesionales del perfil 1 son los que menos dicen que la presión del trabajo en el CS le resta tiempo a la AD, y los más contrarios a considerar que a AD se deba destinar sólo a los pacientes que no pueden desplazarse. Estas diferencias son significativas respecto a los perfiles 2 y 3. Los profesionales del perfil 1 están más satisfechos que los del perfil 2 con el trabajo global que realizan en el CS y con la AD. Los profesionales del perfil 2 son los más insatisfechos, tanto con el trabajo en el CS como con la AD. La queja por la falta de tiempo es tan intensa como las del perfil 3 AD. Son los más insatisfechos con los desplazamientos y los que peor valoran la coordinación con el médico, con el resto del equipo y los más insatisfechos con la información que reciben sobre su trabajo.

En el perfil 3 encontramos enfermeras/os con niveles de satisfacción laboral altos, y más satisfechos que el 1 con la coordinación del equipo. Opinan como los del perfil 2, que la presión de la demanda en el CS le resta tiempo a la AD y que ésta debe estar destinada solo a aquellos enfermos que no puedan desplazarse al CS. Este perfil es el más numeroso entre los profesionales.

Financiado por el FIS y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Sala 2. Mesa 12:
Calidad en Consultas Externas.
Evaluación de la Atención al Paciente diabético

C078. Tasa de fallos en las citas de consultas externas médicas hospitalarias y razones para ello

Romero-Ruiz JA., Zambrana JL., Velasco MJ., Rosa F., Rodríguez-González FJ., Puente JJ.
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

Objetivos: Conocer la tasa de fallos a citas para Consultas Externas de un Área Médica de un Hospital Comarcal, así como analizar las características epidemiológicas de dichos pacientes y las razones que motivaron dicho fallo.

Métodos: Estudio observacional llevado a cabo durante el mes de mayo del presente año, incluyendo todos los pacientes con primera cita consecutivos que no acudieron a las consultas del Área Médica de nuestro hospital, recogiendo variables epidemiológicas de dichos pacientes y contactando telefónicamente con ellos para conocer la razón de no acudir.

Resultados: La tasa de fallo fue de 12,3% (88 de 715 pacientes). Se trataba de 36 varones y 52 mujeres, con una edad media de 56 años. El 50% de los pacientes que no acudieron habían sido remitidos desde las consultas de Urgencias o de otras consultas externas del Hospital. En cuanto a las razones de no acudir, fueron: 25% errores de citación por parte del hospital, 23% motivos personales del enfermo para no acudir (viajes, compromisos laborales, compromisos familiares, etc.), 17% debido a que la cita fue a través de correos y tardó en llegar la carta y 15% por encontrarse el enfermo hospitalizado.

Conclusiones: La tasa de pacientes que no acuden a las consultas externas de nuestro hospital no es elevada. Fallos de carácter administrativo del propio hospital, asuntos personales del enfermo y fallo en la correspondencia explican gran parte de dichos fallos en las citas.

C079. ¿Es posible una disminución del porcentaje de cancelaciones en consultas externas con un coste de cero pesetas?

Sánchez-Bernal R., Alonso A., Fernández-Peñalva G., Alcalde G., Gutiérrez-Mendiguren F., Murga M.

Coordinación de Programas de Atención Especializada.
Organización Central. Osakidetza/Svs. Vitoria (Álava).

Introducción: Las cancelaciones en Consultas Externas representan un aspecto evidentemente negativo de la asistencia, que se traduce en insatisfacción para los ciudadanos, conllevando además importantes aspectos de no-calidad o utilización no eficiente de los recursos.

Objetivos: Reducción en un 50% con medidas organizativas el tanto por ciento de cancelaciones de las Consultas Externas de Atención Especializada de la red de Osakidetza.

Metodología: Existe un conocimiento de las principales causas de cancelaciones de consultas Externas. Las áreas sobre las que se actuarán serán aquellas que comporten un coste nulo: 4. Asistencia a congresos y cursos, 5. Reorganización de la consulta, 6. Vacaciones, 7. Salida de guardia, 11. Asuntos propios, 24. Otras causas. Se ha utilizado una matriz de criterios o matriz de decisión. Las medidas se han puesto en marcha a partir del 27 de febrero de 2001, y entre otras cabe destacar que en el caso de cancelar una consulta por causas no urgentes o evitables se le debe ofrecer a los/os pacientes una fecha anterior a la fecha de cita.

Resultados: 1. En febrero de 2001 el % de cancelaciones era del 10,18%. 2. En marzo de 2001, el % de cancelaciones era del 5,23% (entre el 0,27% de Oncología y 11,05% de Endocrinología). 3. En abril de 2001, el % de cancelaciones era del 5,22 (entre el 0,0% de Cirugía Torácica y el 12,90% de Endocrinología).

Los datos de mayo a septiembre se presentarán en el Congreso, esperando una reducción de hasta el 5%, que es el objetivo propuesto.

Conclusiones:

1. Sí es posible, además de necesario e imprescindible.
2. Es imprescindible un cambio cultural en los profesionales, asumiendo que la cancelación es una cuestión que afecta al patrón de valores en relación al paciente, cuyo primer lugar lo ocupa el respeto.
3. El coste hasta ahora ha sido de 0 pesetas.

C080. Reducción de los tiempos de espera para consultas externas mediante la implantación de un sistema de consulta única

Ruiz-Romero JA., Zambrana JL., Jiménez-Ojeda B., Gómez-Barbadillo J., Marín-Patón M., Almazán S.
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

Objetivos: Nuestro estudio describe el efecto que sobre los tiempos de espera produce la implantación de un sistema de Consulta Única (CU) o de alta resolución en las consultas externas de nuestro hospital, comparándolo con un sistema tradicional de las consultas externas.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo en el que analizamos las consultas realizadas durante el año 2000 en las consultas externas del Hospital Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén). En éste hemos implantado un sistema de CU, de manera que el paciente se valora en una primera visita, se le realizan las posibles pruebas complementarias necesarias y se revisa ese mismo día. Analizamos el ahorro en días que se produce en la demora media de visitas sucesivas al compararlo con el modelo tradicional de consultas externas.

Resultados: Hemos atendido un total de 85.298 pacientes, de las que 39.480 fueron primeras visitas. De estas últimas, 25.391 se beneficiaron del régimen de CU y un 26,8% de las mismas (6.798) se beneficiaron de pruebas diagnósticas y revisión en el mismo día. Asimismo, en 6.175 episodios de consulta se les realizó una revisión en el día aunque no fuera en régimen de CU, restando de esta manera un día adicional de visita sucesiva al paciente. Al año, este sistema consigue una reducción en la demora media de visitas sucesivas de 44 días si lo comparamos con el modelo tradicional de consultas externas, en las que las pruebas complementarias y las visitas sucesivas se realizan en día distinto al de la primera visita. No todas las especialidades se benefician de igual manera de este sistema, de modo que la demora llega a reducirse en 53 días en el caso de los procesos maternoinfantiles, 36 días en las especialidades médicas, 42 días en los procesos quirúrgicos y 52 días en los traumatológicos.

Conclusiones: La implantación de un sistema de CU en las consultas externas hospitalarias redundó en una mayor calidad asistencial prestada, reduciendo los tiempos de demora para diagnóstico y tratamiento del proceso y evitando sucesivos desplazamientos al ciudadano.

C081. Reducción del tiempo de espera en la consulta de Otorrinolaringología del Centro de Especialidades del Carmen

Redondo ER., Ortuño CM., Piqueras FM., Fernández-Alconero FJ., Molina C., Andreo JA.

Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Introducción: El equipo de Otorrinolaringología del Hospital JM Morales Meseguer de Murcia presta la asistencia sanitaria a una población de 125.000 habitantes en el Centro de Especialidades de El Carmen. En ella se atienden a 27 pacientes de primera visita con un horario que empieza a las 9:30 horas el primero y con una cadencia de 5 minutos para cada paciente hasta completar el listado.

Objetivo: El problema detectado fue que un gran porcentaje de los pacientes de primera visita eran atendidos con gran retraso con respecto a la hora en que estaban citados.

Metodología: Para estudiar las causas del problema y ver las posibilidades de mejora se recurrió al diagrama de causa-efecto tipo *Ishikawa*, agrupando en cuatro categorías los mismos, unos atribuidos a defectos de organización, otros a los pacientes, los terceros a causas debidas al personal sanitario y por último a las infraestructuras. El siguiente paso fue identificar aquellos que fueran susceptibles de mejora de forma más rápida y factible y se formularon dos criterios, el primero es el porcentaje de días en que el médico llega puntual a la consulta y el segundo criterio es el porcentaje de pacientes de primera visita que esperan quince minutos o menos con respecto a la hora de cita.

La muestra de estudio fueron los pacientes citados por primera vez durante 2 períodos no consecutivos de 15 a 30 días.

Una vez conocida la situación inicial se introdujeron los cambios necesarios y tras un período de aplicación de tres semanas se realizó una nueva recogida de datos para comprobar la eficacia de las medidas correctoras introducidas.

Resultados: En la primera evaluación se apreció respecto al primer criterio que sólo un 20% de los días el facultativo empezaba la consulta a su hora y respecto al segundo criterio únicamente el 24,18% de los pacientes esperaban 15 minutos o menos. En la segunda evaluación, tras las medidas correctoras, respecto al criterio se comprobó que el 40% de días se empezaba la consulta a la

hora establecida y respecto al segundo criterio el resultado fue que el 100% de los pacientes eran vistos en 15 minutos o menos.

Tras un año de aplicación de las medidas correctoras se realizó una monitorización de su eficacia con un resultado siguiente el primer criterio se cumple en el 55% de los días de consulta y respecto al segundo éste se cumple en el 90% de los pacientes que esperan 15 minutos o menos antes de ser atendidos.

Conclusión: La reducción en la espera médica que con tanta frecuencia sufren los pacientes al acudir a las consultas médicas donde se citan con día y hora se pudo reducir drásticamente introduciendo unos cambios fáciles de aplicar, mejorando la asistencia sanitaria tanto para los usuarios que la reciben como para los profesionales que la dispensan.

C082. Normas técnicas y control metabólico en pacientes diabéticos de atención primaria de la región de Murcia

Cánovas A., Garijo Y., Gomis R., Martínez-Núñez V., Calle JE., Barragán A.

Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (Murcia).

Los actuales modelos de evaluación de las actividades realizadas en los Equipos de Atención Primaria (EAP) se basan en la evaluación periódica de las Normas Técnicas (NT) de la Cartera de Servicios.

Objetivos: Determinar los niveles de cumplimiento de las Normas Técnicas y su relación con el control metabólico de pacientes diabéticos.

Material y métodos: Diseño: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Ámbito: Atención Primaria de la Región de Murcia. Población a estudio: Pacientes incluidos en el Programa de Diabetes. Fuente de datos: Historias Clínicas. Criterios de inclusión: Nacidos antes del 1 de octubre de 1982, incluidos en programa hasta el 30 de septiembre de 1998. Tipo de muestreo: Estratificado, polietápico y representativo por Gerencias de AP (GAP). Tamaño de la muestra: 920. *Metodología del muestreo:* Sistemático, sustituyendo por la anterior o posterior cuando no se encontraba. Variables a registrar: HbA1c y cumplimentación de las 10 NT del Servicio de Diabetes. Metodología y Personal: Evaluación mediante auditoría externa de las HC, a través de dos investigadores (entrenados al efecto). La fiabilidad y la Concordancia interevaluador por prueba piloto y cálculo de Índice de Concordancia general e Índice de Kappa. Criterios: Como buen control metabólico HbA1c < 7,5% y mal control HbA1c ≥ 7,5%.

Resultados: El cumplimiento de las NT del Programa evaluado fue del 65,5 ± 3,1%. Los criterios administrativos son los que consiguen mayor cumplimiento (100%). Los criterios clínicos (36 ± 3,1% y 55 ± 3,2%) y exploraciones (36 ± 3% y 60 ± 3,2%) son los menos cumplimentados. Bajo % de cumplimiento de: repercusión visceral, exploración física y estudio analítico, junto a las pruebas complementarias de ECG y FO. De los pacientes con datos de HbA1c (40%), el 43% mal controlados. No hubo diferencias en el % de cumplimientos de NT entre los grupos de buen y mal control metabólico (79,7 ± 5,5% y 76,5 ± 6,7%, respectivamente).

Conclusiones: Las intervenciones sobre este programa de salud, respecto al cumplimiento de las NT, son claramente mejorables en los criterios de repercusión visceral (neuropatía, enfermedad macro-micro vascular) y de pruebas complementarias (ECG y Fondo de Ojo). Como indicador de resultado los registros de HbA1c deberían ser incrementados para mejorar la calidad asistencial. Finalmente hay que destacar la nula relación entre cumplimiento de NT y control metabólico.

C083. Evaluación de la atención al paciente diabético

Vidal J., Sansegundo M., Coll J., Gómez-Nadal A., Sánchez-Bueno V., Soberats M.
Sa Pobla (Illes Balears).

Objetivos: Evaluar y mejorar la atención al paciente diabético.

Metodología: Se realizó una auditoría de las historias clínicas de los pacientes diabéticos registrados en el fichero de riesgo cardiovascular del Centro de Salud del Coll d'en Rabassa. Se revisaron 210 historias clínicas evaluándose las siguientes variables: tensión arterial; sensibilidad, pulsos e inspección de pies; fondo de ojo; electrocardiograma; analítica básica; orina de 24h; hemoglobina glicosilada; protocolo de educación del diabético; factores de riesgo cardiovascular; tratamiento antiagregante. Se comunicaron los resultados al equipo y se creó un "Grupo de Mejora". Se realizó un análisis de las posibles causas de los déficits detectados y se propusieron las siguientes medidas correctoras: 1. Potenciación de la consulta programada. 2. Elaboración de una hoja de seguimiento del diabético. 3. Comunicación a cada microequipo de los pacientes sin tratamiento antiagregante. 4. Sesiones conjuntas médicos-enfermeras para consensuar objetivos.

Resultados: En 71,4% de las historias constaba la tensión arterial; la sensibilidad de pies en el 8,1% de los pacientes, los pulsos en el 10,9% y la inspección se realizó en el 9,5%; el fondo de ojo en el 24,7%; un electrocardiograma al 30%, una analítica básica al 57,1% y una de orina de 24h al 18%; el control anual de hemoglobina glicosilada al 44,5% de pacientes y el semestral al 4,8%; el protocolo de educación se había seguido en el 36,1%; en cuanto a los factores de riesgo, constaba el tabaco en el 14,3%, dislipemia en el 36,6%, cardiopatía isquémica en el 19%, hipertensión arterial en el 31,8% y obesidad en el 22,1%; 12,9% de pacientes recibían tratamiento antiagregante.

Conclusiones: Un buen control del paciente diabético ha demostrado una disminución del riesgo de complicaciones. Este estudio demuestra que la atención al paciente diabético es mejorable en muchos aspectos. Actualmente se está realizando una nueva evaluación para comprobar el impacto de las medidas correctoras. Hasta el momento sólo tenemos datos de los pacientes con tratamiento antiagregante, que ha pasado a ser del 30%.

C084. Atención al paciente diabético en una área de salud: ciclo de mejora

Martínez-Montoya JA., Fontcuberta J., García-González AL., Ballesteros AM., Santiago C.
Murcia (Murcia).

Objetivos: Mejorar la calidad de la asistencia que recibe el paciente diabético en un área de Salud.

Material y métodos: Unidad estudio: paciente diabético (DM)>14 años incluido en programa DM. Período observación: desde apertura H^a Clínica (HC)-30/09/1999 (criterios 1, 2, 3, 7 cartera servicios) y desde 1/10/1998-30/09/1999 (resto criterios). Dimensión: Calidad científico-Técnica. Tipo datos: Proceso. Criterios: explícitos-formativos; Normas Técnicas Mínimas (NTM); Cartera Servicios en Atención Primaria Salud (APS). Identificación muestreo datos: HC paciente incluidos en programa DM. Muestreo (n=691); IC:95%, e=10%. Muestreo sistemático-estratificado por cupos. Tipo revisión: interna por pares. Posterior análisis de resultados y propuesta medidas correctoras: transmitir los resultados a los Equipos de Atención Primaria (EAP); implantar hoja de seguimiento programa DM; reali-

zación sesiones en EAP para unificar actividades y realizar sesiones Formación continuada. 2ª Fase y comparación resultados.

Resultados: 1ª Fase: 95,8 (±1,5)% pacientes bien incluidos. 80,3 (±3)% con anamnesis HTA (Hipertensión arterial) y 59,9 (±3,7)% de Dislipemias (DLP). El 63 (±3,6)% tiene auscultación cardiopulmonar (ACP). El 45,9 (±3,7)% consta evaluados los reflejos osteo-tendinosos (ROT). El 52, (±3,7)% la sensibilidad. Al 73,1 (±3,3) se les realizó electrocardiograma (EKG). El 71,9 (±3,4)% tienen anamnesis síntomas hipoglucemia. 2ª Fase (al año de implantar medidas correctoras): 97 (±1,3)% bien incluidos (p=0,1). 86,4 (±2,5)% tienen anamnesis de HTA (p=0,001) y el 73 (±3,3)% de DLP (p=0,001). 66,2 (±3,5)% tienen ACP (p=0,09), 54,4 (±3,7)% tienen evaluados los ROT (p=0,0006), el 58,8 (±3,6)% la sensibilidad (p=0,005). Al 76,9 (±3,1)% se les realizó EKG (p=0,005) y el 76,1 (±3,1)% tienen anamnesis de síntomas hipoglucémicos (p=0,04).

Conclusiones: Las medidas correctoras implantadas son válidas para mejorar la calidad de la atención al paciente DM del área. Han mejorado los criterios que evalúan una correcta anamnesis y exploración.

C085. Evaluación de la calidad asistencial de la diabetes mellitus en atención primaria

Sanz J.*, Arrieta FJ.*, Saavedra P.†, Rodríguez E., Garrido J*.
*C.S Avda Guadalajara. HU Príncipe de Asturias.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por su elevada morbi-mortalidad. El control metabólico y seguimiento del paciente desde un punto de vista clínico es fundamental para prevenir sus complicaciones. El objetivo de nuestro trabajo ha sido valorar el seguimiento que se realiza desde primaria.

Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo, utilizando como material de trabajo las historias clínicas de paciente diagnosticados de diabetes en un centro de salud. Las historias (n=30) fueron elegidas aleatoriamente analizándose los siguientes parámetros incluidos en los protocolos de diabetes: antecedentes familiares, tiempo de evolución, parámetros antropométricos, bioquímicos, exploración física, complicaciones de la diabetes.

Resultados: El tipo de diabetes, edad y tiempo de evolución de la enfermedad aparece en el 100% de las historias; el índice de masa corporal (IMC) aparece en el 89,6%, el índice cintura/cadera en el 3,4% y el pliegue tricipital en el 0% de las historias. El fondo ojo había sido valorado en el 55,1%, la exploración neurológica en el 44,8%, la dermatológica en el 41,5% y la oral en el 0%. El ECG lo tenían el 68,9% de los pacientes. La orina elemental, glucosa, colesterol, triglicérido en el 100%, y la hemoglobina glicosilada A1c en el 96,5%. Por todo ello podemos concluir que no sólo es necesario elaborar protocolos sino valorarlos en centros concretos con el fin de mejorar la calidad asistencial prestada.

C086. Áreas de mejora de calidad del seguimiento de los diabéticos en un centro de salud

Sánchez-Martín PP., Mateo L., Velázquez del Olmo R., Sánchez-Antigüedad MI., De Arriba M., Velasco J.
Centro de Salud de Bejar (Salamanca)

Objetivos: Evaluar la calidad de seguimiento de los diabéticos controlados por las unidades básicas asistenciales (UBAS) de un centro de salud e identificar las áreas de mejora potenciales.

Metodología: *Diseño:* Estudio transversal. Auditoría de historias clínicas. *Ámbito:* EAP semiurbano. *Población de estudio:* 727 diabéticos tipo 2 de 17 UBAS del centro de salud de Bejar (Salamanca) incluidos en cartera de servicios, de los que seleccionamos una muestra aleatoria sistemática de 323 historias. *Criterios de exclusión:* pacientes inmovilizados, terminales, diagnosticados en el último año, y controlados por otros profesionales. *Mediciones:* Criterios utilizados: determinación de hemoglobina glicosilada (A1c), tensión arterial (TA), colesterol LDL, microalbuminuria, exploración del fondo de ojo y pies. $A1c < 7,5$, $TA < 140/90$ y colesterol $LDL < 130$. Se calculó el porcentaje de cumplimiento de cada criterio en cada UBA. Consideramos nivel de calidad deficiente un cumplimiento $< 50\%$, aceptable entre el $50-75\%$ y óptimo $> 75\%$.

Resultados: Determinación de A1c: nivel de calidad deficiente en 10 UBAS, aceptable en 5 y óptimo en 2. En estos dos últimos grupos el nivel de A1c fue aceptable en 5 UBAS, óptimo en 2 y en ninguno deficiente. Determinación de TA: deficiente en 2 UBAS, aceptable en 1 y óptima en 14. En estos dos últimos grupos el nivel de TA fue deficiente en 12 UBAS, aceptable en 1 y óptimo en 2. Determinación de colesterol LDL: deficiente en las 17 UBAS. Determinación de microalbuminuria: deficiente en 15 UBAS, aceptable en 1 y óptima en 1. Exploración del fondo de ojo: deficiente en 16 UBAS y óptimo en 1. Exploración de los pies: deficiente en 6 UBAS, aceptable en 4 y óptimo en 7.

Conclusiones: La determinación de A1c es deficiente en más de la mitad de las UBAS; sin embargo, se consigue un nivel aceptable. Por el contrario, la TA se mide adecuadamente en la mayoría de las UBAS pero no se consiguen niveles aceptables. En la mayoría de las UBAS no se realiza una determinación habitual de colesterol LDL, de microalbuminuria y exploración del fondo de ojo. En un tercio de las UBAS no se realiza habitualmente la exploración de los pies.

C087. Calidad de resultados de auditoría de reflectómetros de pacientes diabéticos en atención primaria de salud

Martín-Jiménez JM., Fernández-Bravo MP., Durán A., Sánchez-García A., Gallardo M., González-Gómez JJ. Mijas (Málaga).

Introducción: En el Congreso del año pasado expusimos la comunicación oral acerca de la auditoría realizada a nuestros reflectómetros para ver la fiabilidad de los resultados de las glucemias que le realizamos a nuestros pacientes. La conclusión de dicho estudio reflejaba la alta fiabilidad de estos resultados ofrecidos. En el presente año hemos querido ir un paso más allá realizando la auditoría de los reflectómetros de nuestros pacientes. Con ello tratamos de averiguar si los resultados de los autoanálisis realizados por nuestros pacientes tienen fiabilidad. En nuestro centro tenemos alrededor de 500 pacientes con reflectómetros de distintas casas comerciales. La bibliografía revisada recomienda la auditoría de estos aparatos una vez al año por lo menos.

Objetivos: 1. Comprobar la técnica de autoanálisis. 2. Comparar diferencias de los valores obtenidos entre nuestro reflectómetro (estándar oro) y el de los pacientes. 3. Calcular la fiabilidad de los resultados de los reflectómetros de los pacientes.

Material: Reflectómetro del "aula de diabetes" (ya auditado) y los de los pacientes.

Método: Estudio prospectivo a largo plazo simple desde noviembre de 2000 hasta junio de 2001 en APS. Realización de glucemia capilar con nuestro reflectómetro y el de los pacientes en el mismo instante. Anotación de valores obtenidos en tabla específica Nº de pacientes=100. Comparación de resultados hallando la media de las diferencias y el coeficiente de correlación intraclase.

Resultados: 1. Buena técnica de realización de autoanálisis de los pacientes. 2. La media de las diferencias obtenidas es de 1,05 %. Se realiza la sustitución de 4 reflectómetros por cifras muy dispares después de varias comprobaciones. La concordancia del coeficiente de correlación intraclase entre nuestro medidor y el de los pacientes es de 0,99 para una i.c. de 95%. Exposición de tablas obtenidas.

Discusión: Autoanálisis realizado correctamente por los pacientes. La media de las diferencias obtenidas (1,05%) marca unos resultados excelentes de fiabilidad. Nuestro objetivo estaba marcado en un 5% de diferencia. Igualmente estos buenos resultados vienen reflejados por la C.C.I de un 0,99 según escala de Fermanian. Estudio novedoso por la no realización anterior. Hemos encontrado poca bibliografía específica respecto al tema tratado.

Conclusión: Según los resultados obtenidos en este estudio podemos afirmar que los pacientes del Centro de Salud Las Lagunas realizan la técnica del autoanálisis correctamente y que los distintos medidores que poseen dan resultados muy fiables.

C088. La diabetes como proceso asistencial integrado

Fernández-Fernández I., Aguilar M., Amaya ML., Benito P., Cornejo M., Ortega-Millán JL., Grupo de trabajo del proceso de diabetes, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía Distrito sanitario Camas-Sierra Norte. Camas (Sevilla).

Introducción: La diabetes mellitus es un problema crónico que afecta la calidad y cantidad de vida de las personas que la padecen. Es un problema frecuente, con posibilidad de reducción de la variabilidad en la práctica clínica y repercusión en resultados en salud, dependiendo de la estructuración y sistematización de los cuidados. A finales del año 2000 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elabora un Plan de Calidad basado en el desarrollo de una estrategia de gestión por procesos integrados, formando parte la diabetes del mapa de procesos principales realizado para el año 2001.

Objetivos: Describir el proceso de atención a las personas con diabetes a través de las diferentes fases asistenciales, desde la perspectiva de la continuidad asistencial e integración de servicios.

Metodología:

1. Identificación de problemática planteada en el cuidado de las personas con diabetes a través de entrevistas con profesionales sanitarios clave.
2. Análisis de expectativas de pacientes, cuidadores (grupos focales) y profesionales sanitarios (cuestionarios, entrevistas).
3. Constitución del grupo de trabajo con representación de profesionales implicados en el desarrollo del proceso en distintos momentos.
4. Identificación de procesos claves, estratégicos y de soporte.
5. Utilización de metodología IDEF y construcción de flujogramas.
6. Priorización de criterios e indicadores
7. Propuesta de responsable del proceso
8. Identificación de necesidades

Resultados: Se identifican 4 situaciones con diferentes flujos de actividades: Diabetes tipo 1 (Niños, adolescentes y jóvenes), Diabetes tipo 2 (Adultos), Diabetes y Embarazo, Diabetes y discapacidad. *Identificación de procesos claves* (atención en consulta, urgencias y/o domicilio para la prevención, detección y diagnóstico precoz, control y tratamiento, cribado de complicaciones), *estratégicos* (Guías de práctica clínica, Programa de formación continuada, Investigación) y de soporte (laboratorio, gestión de usuarios, compras...). *Identificación de necesidades:* Mejoras en fuentes de información, acceso a nuevas tecnologías asistenciales (retinógrafos) y de comunicación (intranet), a herramientas (monofilamento, material educativo) e información científica (bibliotecas virtuales), estandarización

de técnicas de laboratorio (HbA1c), instrumentos para el cuidado compartido (historia única de salud, cartilla de la diabetes), sistemas de registro y de recaptación de pacientes perdidos, tiempos protegidos para revisiones regulares.

Conclusiones: Presentamos el mapa de procesos de la diabetes, que puede plantearse como modelo para el desarrollo de otros procesos crónicos. El desarrollo ha aportado información relevante en materia de selección de actividades que reflejan calidad, y ha permitido integrar a diferentes profesionales sanitarios con un objetivo único, centrado en la continuidad asistencial e integración de cuidados.

C089. Resultados preliminares de la vía clínica del pie diabético

Martínez-Gómez DA., Aliaga F., Najera MD., Soria V., Flores B., Aguayo JL

Servicio de Cirugía. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar el impacto de la vía clínica del pie diabético realizada en nuestro hospital.

Metodología: Hemos revisado la totalidad de los pacientes ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de pie diabético durante los años 1998, 1999 y 2000, en cuanto a estancia media, porcentaje de amputaciones mayores y menores, así como la mortalidad global. Estos pacientes no siguieron la vía clínica ya que ésta se desarrolló a lo largo del año 2000. Comparamos estos resultados con los obtenidos en el primer trimestre del 2001 tras la implantación de la vía clínica.

Resultados: Durante los años 1998-2000, ingresaron 205 pacientes con el diagnóstico de pie diabético, su estancia media fue de 11 días, siendo la tasa de amputación mayor del 15% y la de amputación menor del 40%, con una mortalidad del 9,7%. Durante el primer trimestre de 2001, siguieron la vía clínica 22 pacientes, teniendo una estancia media de 9,4 días, con una tasa de amputación mayor del 9% y de amputación menor del 36%, siendo la mortalidad nula.

Conclusiones: Aunque los resultados son preliminares y el tiempo de implantación de la vía clínica es todavía escaso, parece perfilarse una clara tendencia a disminuir la estancia media y reducirse el número de amputaciones mayores en este grupo de pacientes.

Sala 3. Mesa 13:
Evaluación de la Calidad en Atención Primaria

C090. ¿Qué características han de reunir los centros de salud según los profesionales? Un estudio cualicuantitativo

Palacio F.*, Pla M.†, Marquet R.†, Piñol JL.†, Oliver A.†, Bel M.†

*CS. Ondarreta (Osakidetza, Svs). †DAP Reus (ICS, Tarragona)

Objetivos: Identificar las características que los profesionales creen que han de reunir los centros de salud. Conocer la importancia relativa de cada una de las características identificadas.

Metodología: Ámbito: Las Direcciones de Atención Primaria de Reus y Tarragona.

Fase cualitativa: Se realizaron 4 grupos focales, directivos, sanitarios (Reus y Tarragona) y administrativos. Identificaron las caracte-

rísticas que ha de reunir el mejor centro de salud posible (expectativas realistas).

Fase cuantitativa: Con el listado de características identificadas se elaboró una encuesta que se pasó a profesionales de los tres grupos de estudio para que puntuaran cada uno de los aspectos en función de su importancia (Respuesta tipo Likert, 1 = nada importante, 10 = muy importante). Encuesta por correo, con dos rondas y recogida por correo interno.

Se obtuvieron los listados de características que debe reunir un centro de salud, ordenadas según su importancia, del conjunto de profesionales y para cada uno de los grupos de estudio.

Resultados: En los grupos participaron 33 personas, que identificaron 196 características que -por similitudes- quedaron reducidas a 133.

La encuesta se envió a 136 personas. Tasa de respuesta del 78,6%. Las 5 características más puntuadas fueron: las consultas permiten la intimidad del usuario; el equipo directivo del EAP está motivado y es capaz de motivar; los profesionales inspiran confianza; el equipo directivo facilita y da herramientas para resolver los problemas, y la unidad básica médico-enfermero trabaja en equipo.

De las 20 más valoradas 3 correspondían a estructura, 7 a organización, 9 a actuación de los profesionales y 1 a oferta de servicios. Entre las más valoradas por los directivos predominan las relacionadas con la organización; en los asistenciales las relacionadas con la actuación de los profesionales y las de organización.

Conclusiones: Distintos grupos profesionales presentan distintas expectativas, en función de sus intereses de grupo.

Parece que características de las que se disfruta se infravaloran, y que las expectativas se enfocarían hacia características de las que se carece.

C091. Rediseño de un plan de medicina gerenciada aplicando criterios y herramientas de calidad

Guitelman P., Narváez C.

Plan de Salud del Hospital Británico. Buenos Aires (Argentina).

Introducción: El trabajo se realizó en una Empresa de Medicina Prepaga de Buenos Aires que cuenta con 40.000 asociados. El 22,4% de esta población recibe prestaciones de salud bajo un Sistema Gerenciado, al que llamamos "Plan Médico de Cabecera" (PMC) cuyo eje es el médico de familia.

Identificamos un alto grado de insatisfacción en los usuarios, en los médicos prestadores y rentabilidad económica muy por debajo de la esperada. Decidimos estudiar el plan en sus distintos aspectos con el objeto de optimizar sus procesos, produciendo una mejora de calidad.

Métodos: El trabajo se llevó a cabo desde abril de 2000 hasta la fecha y se dividió en tres partes: diagnóstico, planificación e implementación.

Se trabajó con entrevistas y grupos focales de usuarios de donde se obtuvo insumo para diseñar encuestas telefónicas a los usuarios. Se efectuaron entrevistas en profundidad a un porcentaje representativo de los médicos. Se trabajó con informantes claves de las distintas áreas. Se identificaron y relevamos los procesos críticos, se construyeron flujogramas. Se evaluó el nivel del soporte informático. La existencia, adecuación y validez de indicadores y sistemas de registro y monitoreo. Identificamos los problemas de tipo global y los específicos, sus causas y efectos. Se jerarquizaron los problemas acorde a orden de importancia y criterios de decisión univalentes. Se definieron los objetivos y estrategias, se elaboraron los indicadores. Se utilizó un diagrama de Perth para establecer tiempos y prioridades

de las acciones implementadas. Se efectuaron las primeras mediciones al primer semestre evaluando la mejora de calidad evidenciadas en gráficos de Pareto.

Resultados: Detectamos un inadecuado sistema de gestión con escaso monitoreo y control. Falta de trabajo en equipo y coordinación de las acciones. Las primeras acciones redujeron el mayor problema de calidad dado por el alto grado de insatisfacción de los clientes con respecto a los tiempos de espera de los turnos y la complejidad de los trámites para derivaciones y autorizaciones de prácticas y estudios. Obtuvimos una mejora en los tiempos de 1° turno libre de 20 días promedio a 6 días. Se simplificó el mecanismo de autorizaciones. Sólo por estas causas, el nivel de quejas atendidas en el servicio de reclamaciones bajó del 13% al 4%. Los médicos estaban altamente desmotivados y generando importantes desvíos respecto de los estándares de uso. Se trabajó en la cultura de las personas. Se obtuvo en el 1° semestre una corrección de los desvíos, más significativa en dos de los indicadores: tasa de utilización de consulta al especialista de 4,5 a 3,3 y porcentual de la demanda espontánea atendida por guardia que bajó de un 13 a un 9%. El número de médicos incluidos en programas de prevención y promoción pasó del 23% al 38%. Se observó una tendencia descendente de los costos operativos con una mejora en los márgenes de rentabilidad de 1,2% comparada con igual período.

Conclusiones: Los factores claves del éxito están en la gestión permanente, la devolución de informes de performance médica, originando fluidos canales de comunicación que generen criterios de auto-comportamiento prestacional frente a los desvíos. Obtuvimos un alto grado de motivación y compromiso trabajando en la cultura de las personas. El rediseño de los procesos administrativos y de gestión permitió optimizar la relación costo/eficiencia de los servicios y prestaciones, aproximación a las expectativas de rentabilidad y mejora en la calidad asistencial y salud de la población.

C092. Grado de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria del Área de Lorca

Valero F., Manuel Al., Tudela RM., Campoy D., Quiñero CJ., Bravo G.

Centro de Salud Lorca Centro. Lorca (Murcia).

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria del Área de Lorca, en los 8 Centros de Salud.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, mediante encuesta autoadministrada y anónima. Encuesta validada con 30 preguntas de posibles respuestas en escala tipo Likert, añadimos un ítem referente a la media de pacientes/día. Se agrupan en 5 apartados: satisfacción general, valoración del trabajo, organización, influencia del trabajo en la persona y datos sociodemográficos.

Estudio estadístico descriptivo y análisis de independencia para variables cualitativas (χ^2), utilizando Epiinfo.

Resultados: Encuestas esperadas 212, recibidas 156, confianza del 95% y error de 5%.

El 54,97% mujeres; el 83,45% profesionales sanitarios; el 60% comprendidos entre 36 y 50 años; el 50,35% con más de 10 años de antigüedad; y el 54,42% es personal propietario.

En satisfacción general encontramos que el grado de satisfacción es bueno en la relación entre los profesionales del centro, la relación con los pacientes y grado de responsabilidad profesional. Poco satisfechos con la promoción profesional, el reconocimiento social y la remuneración económica. El conjunto de la actividad profesional obtiene una satisfacción "intermedia".

La valoración del trabajo resulta bastante satisfactorio y socialmente útil. El primer problema de los centros de salud es la presión asis-

tencial. La principal ventaja es la propia actividad y la mayoría desea permanecer trabajando en el Centro de Salud.

En la organización destaca que el trabajo en equipo es "a veces", con poca frecuencia se realizan actividades de perfeccionamiento profesional y la dirección facilita en "poca medida" la información adecuada para estar al día en su trabajo.

En la influencia del trabajo en la persona se aprecia que al final de la jornada la mayoría de los profesionales se encuentran cansados o muy cansados, influyendo en algunas ocasiones las preocupaciones del trabajo en la vida social o familiar, respuestas indicativas de alto grado de estrés.

Observamos relación significativa ($p < 0,05$) entre las variables: promoción profesional con antigüedad y sexo; remuneración económica y realización de actividades de perfeccionamiento profesional con antigüedad, sexo y media de pacientes; opción de poder elegir ocupación y sensación al finalizar la jornada con media de pacientes.

C093. ¿Qué hay que mejorar en nuestro centro?

Murciano MA., Muelas S., Rodríguez-Alonso JJ.

Alcorcón (Madrid).

Objetivos: Identificar problemas que preocupan a los miembros del Centro de Salud, clasificarlos y priorizarlos para organizar un grupo de mejora que los aborde.

Metodología:

1. Identificación de los problemas mediante técnica de grupo nominal: Cada estamento del equipo (administración, enfermería o medicina) escribe los problemas que detecte, por orden de prioridad.
2. Análisis y priorización de los problemas mediante las técnicas de: ordenación simple por frecuencias, selección ponderada, diagrama de causa-efecto (ISHIKAWA) y diagrama de Pareto.
3. Diseño de mejora mediante una encuesta de intervenciones.
4. Puesta en marcha de medidas correctoras: a. Cronograma Diciembre 2000-Junio 2001. b. Cartel Narrativo
5. Reevaluación mediante encuesta anónima.

Resultados: Los problemas ordenados por orden de frecuencia eran: Organización (25,51%), Exterior (22,44%), Limpieza (11,23%), Comunicación (10,2%), Responsabilidad (9,19%), Formación (9,18%), Orden (7,14%), Motivación (3,0%), Relaciones personales (2,11%). Para Enfermería y Administración los problemas prioritarios eran similares: Organización (27%) y (26%) seguido del Exterior (19%) y (13%) respectivamente; para el estamento Médico, las prioridades eran distintas: Exterior (30%), Organización (23%). La Organización se subdividía en: Trabajo en equipo (24,68%), Citas en agendas (23,37%), Interrupción de consultas (16,88%), Urgencias (9,09%), Coche (7,79%), Analíticas (7,79%), Sobrecarga de consultas (6,49%) y localización del personal (3,9%).

De todos los problemas antes citados, el trabajo en equipo y las citas de las agendas suponían el 48,05% de los problemas, por lo que se realizó un diagrama de causa-efecto (ISHIKAWA) para analizar las causas y errores en las citaciones de las agendas.

Se toma la determinación de actuar todo el personal con el mismo tipo de agenda unificando tiempos y actos para facilitar la tarea administrativa.

Reevaluación: 1. Continúan apareciendo como problemas prioritarios la falta de comunicación y el exceso de demanda. 2. Respecto a la modificación de las agendas, la opinión general es que han mejorado, facilitando el trabajo, aunque se deberían modificar de nuevo para transformarlas en "abiertas".

Conclusiones: 1. La organización es el problema prioritario, siendo el trabajo en equipo y las citas en agendas los problemas a abordar. 2. Las agendas han mejorado, aunque necesitamos una nueva reevaluación y monotorización.

C094. ¿Están satisfechos los usuarios de nuestro centro de salud con la atención médica recibida?. Servqual

Gómez-Jara P., Hernández-Benítez F., Egea JP.,
García-Seligrat MC., Martínez-Balaguer J.
Centro de Salud. St^a M^a de Gracia. Murcia (Murcia).

Objetivos: 1. Medir las expectativas que los usuarios de nuestro centro de salud tienen sobre la asistencia médica. 2. Medir las percepciones. 3. Valorar las diferencias existentes entre las expectativas y las percepciones de nuestros usuarios para conocer su satisfacción. 4. Detectar, si existen, aspectos problemáticos de la atención médica. 5. Mejorar la calidad de nuestra asistencia médica.

Metodología: Sujetos de estudio: población mayor de 15 años adscrita a los 9 cupos de medicina general del centro de salud de Santa María de Gracia.

Diseño: estudio descriptivo transversal realizado mediante la aplicación del cuestionario Servqual, con muestra de 377 participantes extraída de una población finita de 17.380 (confianza 95%, precisión 5%). Muestreo aleatorio, estratificado proporcionalmente al tamaño de los diferentes cupos y sistemático, con mecanismos de sustitución. Los casos se extrajeron del listado de usuarios adscritos a los distintos cupos médicos.

Las variables estudiadas son los 22 ítems del cuestionario Servqual agrupados en 5 criterios (apariciencia, fiabilidad, capacidad de respuesta, conocimientos y empatía), edad, sexo, nivel de estudios, cupo médico y 5 preguntas que evalúan experiencias e impresiones de los clientes sobre el servicio.

Los datos se recogieron del cuestionario Servqual autocontestado y anónimo, distribuido en domicilio por un encuestador entrenado que asesoraba en caso de duda y lo recogía posteriormente.

El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS.

Resultados: Expectativas: apariencia 19 (valores 4-28), fiabilidad 30,80 (5-35), capacidad de respuesta 24,45 (4-28), conocimientos 26,64 (4-28), empatía 30,80 (5-35).

Percepciones: apariencia 17,50, fiabilidad 26,18, capacidad de respuesta 21,54, conocimientos 23,20, empatía 26,66 con los mismos valores que las percepciones.

La puntuación servqual para los 5 criterios fue: apariencia -0,07, fiabilidad -0,19, capacidad de respuesta -0,25, conocimientos -0,17, empatía -0,18. Rango posible -1,2 a +1,2

La calificación servqual total ponderada fue de -0,75 (rango posible -1,2 a +1,2).

Conclusiones: En general nuestros usuarios tienen altas expectativas, sobre todo en cuanto a conocimientos y capacidad de respuesta del médico y unas percepciones también altas, menores que las expectativas. Los criterios peor valorados fueron fiabilidad y capacidad de respuesta. En conjunto existe un cierto grado de insatisfacción y por lo tanto, una oportunidad de mejora.

C095. La participación del usuario en el análisis de la no observancia del tratamiento antihipertensivo

Gascón JJ., Llor B., Sánchez-Ortuño M., Pérez-Fernández P.,
Albarrán M., Antón JJ.

U.D. de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina.
Campus de Espinardo. Murcia (Murcia).

Objetivos: Identificar los factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Metodología: Investigación cualitativa, mediante la técnica del grupo focal, en el ámbito de 2 centros de APS. Los sujetos de estudio

han sido los pacientes con tratamiento antihipertensivo superior a 3 meses e inferior a 2 años que presentan problemas de adherencia terapéutica. Para identificar a estos sujetos se han administrado, mediante una entrevista telefónica, los test de Morinsky-Green (4 preguntas) y de Batalla (3 preguntas), a una muestra de pacientes hipertensos (n=179); los que respondieron de forma afirmativa a alguna de las preguntas fueron invitados a participar en uno de los 5 grupos de discusión que se organizaron (n=165), utilizando como criterio de segmentación el género del paciente. Las entrevistas se centraron en las dificultades para seguir las indicaciones terapéuticas y en las características de la atención recibida. Los grupos focales se registraron en vídeo y se transcribieron posteriormente para identificar los ítems relacionados con el objetivo del estudio. A continuación se agrupó esta información para analizar cada una de las categorías identificadas (1. Información sobre el problema de salud. 2. Información sobre el tratamiento. 3. Comunicación médico-paciente. 4. Seguimiento y control del proceso clínico. 5. Apoyo social, y 6. Competencia profesional percibida por el paciente).

Resultados: En total participaron 32 sujetos en los 5 grupos de discusión. En general estos pacientes plantean numerosas dudas sobre las consecuencias y las características principales de su problema de salud. Asimismo, destacan que la información proporcionada por el profesional es francamente mejorable. De hecho, señalan que la comunicación establecida con su médico no es completamente satisfactoria como consecuencia de la sensación de celeridad en el desarrollo de la consulta, la empatía del profesional y las dificultades del paciente para expresar sus dudas y opiniones. Asimismo, señalan la necesidad de un seguimiento y control más estrecho de su hipertensión y en ocasiones expresan sus dudas acerca de la competencia del profesional para resolver su problema.

Conclusiones: Este estudio proporciona un marco de referencia para comprender y mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes con hipertensión arterial, revelando la gran importancia que tienen sobre este fenómeno las variables relacionadas con la comunicación y la interacción médico-paciente.

Estudio financiado por la Consejería de Sanidad y Consumo (orden 9 de marzo de 2000): código 000504.

C096. La demora en la consulta de Atención Primaria: una oportunidad de mejora

Ballesteros AM., García-González AL., Pérez-Crespo C., Alcázar F.,
Sánchez-Rodríguez F., Ros O.
Murcia (Murcia).

Objetivos: Detectar y mejorar factores que influyen en la demora de entrada del paciente a consulta médica (CM) en un centro de salud (CS).

Material y método: Dimensiones: Accesibilidad y satisfacción del paciente. Criterios: Criterio 1 (C1): retraso paciente en entrada consulta médica de Atención Primaria (AP) > 20 minutos; Criterio 2 (C2): nº citas forzadas/día no superior 5% total citas/día; Criterio 3 (C3): nº interrupciones/día < 5; Criterio 4 (C4): 85% pacientes atendidos en CS, consideren aceptable el tiempo-espera para entrar en consulta. Unidad estudio: Total pacientes en CM las 2 semanas del estudio (Septiembre 2000, Diciembre 2000). Tipo datos: Proceso (criterios 1-3), resultados (criterio 4). Tipo revisión: Interna (criterios 1-3), ajeno (criterio 4). Fuente datos: Listado cita previa CS (C1-C3); encuesta telefónica (C4). Muestreo casos: Para C4: pacientes que acudieron a CM en las semanas del estudio (n=60), mediante muestreo aleatorio-sistemático, estratificado por cupos. Resto criterios: totalidad pacientes.

Resultados: Han intervenido 63,6% de los profesionales CS (n=7). 1ª Fase: En el 48,3% de días hubo pacientes con retraso > 20 minutos al entrar en CM. Retraso-medio: 21,3 minutos/paciente. En 63,1% de consultas hubo más citas-forzadas del 5% total citas/día (urgencias: 61,3%). 72,6% de consultas tuvieron 5 o más interrupciones/día (llamadas telefónicas: 50,5%). El 46,7% pacientes consideran mucho/bastante el tiempo que esperan entrar en consulta. 2ª Fase: Tras aplicar criterios de mejora, en el 37,1% de consultas, el paciente espera >20 minutos ($p<0,05$), (espera-medio: 19,4 minutos/paciente). En el 35,7% de consultas, nº citas-forzadas más 5% del total citas/día ($p=0,001$). El 58,6% de consultas sufrieron más de 5 interrupciones/día ($p=0,001$). El 40,8% de pacientes llamados telefónicamente, encuentran insatisfechos con el tiempo que tardan en entrar a CM ($p<0,05$).

Conclusiones: Ha mejorado tiempo-espera del paciente en consulta. Se ha conseguido disminuir nº citas-forzadas e interrupciones. La satisfacción del paciente ha mejorado respecto al tiempo-espera en consulta. Las medidas correctoras aplicadas parecen adecuadas para mejorar la atención.

C097. Aplicación de una pauta terapéutica revisada de otitis media en una consulta pediátrica

Mallafré M., González-Hidalgo de Martín R., Abdouni A., Ríos L., Carbonell JM.

Área Básica de Salud Cambrils. Grup SAGESSA. Cambrils (Tarragona).

Objetivo: Evaluar la pauta terapéutica antes y después de la puesta en marcha de una Guía de Práctica Clínica (Programa de Atención Interniveles PAI) sobre Otitis Media Aguda (OMA) en una consulta pediátrica.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los episodios de OMA diagnosticados en las consultas de pediatría de un Centro de Atención Primaria, durante el primer trimestre del año 2000, y posteriormente a la implantación del PAI, de todos los episodios de OMA diagnosticados durante el mismo periodo del año 2001, en los niños en edades comprendidas entre los 2 y los 15 años.

Los datos han sido recogidos de la historia clínica. Las variables estudiadas han sido: edad, tratamiento farmacológico prescrito, recurrencias, existencia de cultivo, derivaciones al especialista y su justificación. Paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se han evaluado un total de 200 episodios de OMA, 102 durante el año 2000 y 98 durante el año 2001, siendo la media de edad de 5,7 años y la moda de 2 años. Amoxicilina-Clavulánico fue el antibiótico más prescrito antes de la aplicación del PAI (35,2%).

Amoxicilina sola es el antibiótico más prescrito después de la intervención (73,4%) en episodios aislados de OMA.

Azitromicina se ha prescrito un 8% en el año 2000 y un 6,3% en el año 2001.

Se han producido un total de 32 episodios de recurrencia (año 2000: 16%, año 2001: 7%) sin significación estadística.

Los cultivos realizados han sido 9 antes de la aplicación del PAI y 3 después de su implantación.

Se han derivado al especialista un total de 9 OMA (4,5%) y los motivos de las derivaciones han sido: 6 Otitis Serosas Crónicas, 2 perforaciones timpánicas y 2 OMA recidivantes.

Conclusiones: En episodios aislados de OMA, el tratamiento de elección es la Amoxicilina a dosis elevadas (80-100mg/Kg/día), sin presentar más complicaciones y abarata el coste económico del tratamiento.

Los Macrólidos siguen siendo una opción muy utilizada por su fácil cumplimiento.

La implantación de Programas de Atención Interniveles tiene una buena aceptación y aplicación en nuestra área.

C098. Calidad en el seguimiento de infección de cérvix uterino por papilomavirus en Atención Primaria

Delgado El., López del Castillo M., Hernández-Alonso A., Carnero MC., Rodríguez-Alcázar MA., Molina R.

Centro de Salud Las Albarizas. Marbella (Málaga).

Objetivos: Comparar la calidad en el seguimiento clínico de pacientes con infección asintomática de cérvix uterino por papilomavirus tras puesta en marcha de un protocolo específico (en abril de 1997) entre el Centro de Salud y el Hospital de referencia.

Metodología: Dimensión evaluada: calidad científico-técnica. Evaluación interna. Datos de proceso. Diseño: análisis observacional, descriptivo y retrospectivo. Sujetos: pacientes con citología compatible con infección asintomática por papilomavirus humano agrupados en dos periodos de estudio establecidos en relación a la puesta en marcha del protocolo de coordinación: desde 1-Julio-1994 a 31-Marzo-1997 y 1-Enero-1998 a 31-Diciembre-2000. Ámbito de estudio: Centro de Salud urbano. Fuentes de datos: historia clínica informatizada y en papel y libro de registro de citologías.

Criterios explícito-normativos: captación activa de pacientes con citología patológica, factores de riesgo de carcinoma de cérvix registrados en historia clínica, derivación a colposcopia, recepción de informe hospitalario, seguimiento citológico: óptimo cada 6-8 meses, bueno cada 8-10 meses, inadecuado > 10 meses, aparición de lesiones citológicas premalignas, derivación a biopsia.

Tratamiento estadístico: Programa Epilinfo 6.0, comparación de datos mediante Z de proporciones.

Resultados: Estudiamos 39 y 50 historias en cada periodo. Estándar óptimo prefijado 80%. Obtuvimos los siguientes datos:

Criterios	1º periodo	2º periodo	Significación estadística
Captación activa	87%	100%	$p<0,01$
Factores de riesgo			
Fumadora	84,6%	94%	$p<0,01$
Edad inicio RS	84,6%	86%	n.s.
Infecc. Genitales	15,3%	78%	$p<0,01$
Número parejas	5,1%	60%	$p<0,01$
Promiscuidad pareja	2,5%	46%	$p<0,01$
Informe hospitalario	82,1%	76%	n.s.
Seguimto óptimo-bueno	91,6%	8,3%	n.s.
Seguimto inadecuado	8,3%	16%	n.s.
Lesiones premalignas	0%	14%	-
Derivación biopsia	0%	57%	-

Conclusiones: Desde el inicio de la puesta en marcha del protocolo existe notable mejoría en el control clínico y captación de las pacientes de riesgo. Hay un buen funcionamiento del programa. A pesar de ello, la mayoría de criterios no alcanzan el estándar óptimo, por lo que proponemos para el futuro medidas correctoras adecuadas.

C099. Mejora de cobertura en diagnóstico precoz de cáncer de cérvix y mama. Atención Primaria Lorca

Lorenzo C., Anza I., Bravo G., Hormigo H., Soriano JF., Pérez-Periago R.

Gerencia de Atención Primaria Lorca (Murcia).

En la evaluación de Cartera de Servicios de 1998 encontramos un descenso de cobertura en cérvix respecto a 1997 (-8,89%); y un incremento en mama (+0,31%) muy por debajo de lo esperado. Pensamos que los resultados de muchas citologías y mamografías realizadas no se reflejan en la historia clínica, unido a la no disponibilidad abierta de realización de citología y mamografía de *screening* a Atención Primaria.

Los principales proveedores de dichas pruebas en nuestro Área son la Consejería de Sanidad de la C.A.R.M. (Servicios de Planificación Familiar), la Asociación Española Contra el Cáncer y la Atención Especializada.

Objetivos: 1. Incrementar el número de mujeres que reciben los servicios 206 (C. Cérvix) y 208 (C. Mama). 2. Clarificar el papel de los profesionales de A.P. en la prestación de los servicios 206 y 208. 3. Mejorar las herramientas de información clínica de los profesionales de A.P. para la prestación de los servicios 206 y 208.

Metodología: Realizamos un ciclo de mejora. Identificado el problema se efectúa un análisis mediante diagrama causa efecto. Periodo evaluado desde septiembre de 1998 hasta septiembre de 2000, para indicador cobertura, y 1999/2000 para el resto. Se consensúan las medidas correctoras con los proveedores de servicios diagnósticos y los responsables de los centros de salud del área.

Definimos los siguientes indicadores:

1. Cobertura: Porcentaje de mujeres incluidas en Programa en relación a la población diana.
2. Captación:
 - a. Captación 1: Pruebas citadas / Población diana.
 - b. Captación 2: Pruebas realizadas / Población diana.
3. Registro: Incremento de cobertura / Pruebas realizadas.

Resultados: En ambos servicios, estadísticamente existe un incremento significativo en todos los indicadores, a excepción del indicador registro que experimenta un descenso significativo.

Conclusiones: Las medidas adoptadas han supuesto mejora, aun teniendo en cuenta que el proceso de informatización de la gestión de consultas en el 50% de los centros ha supuesto una merma en los resultados (dificultades de evaluación) como demuestra un descenso del indicador registro en 2000 respecto a 1999.

Es necesario seguir avanzando en la coordinación con todas las Entidades proveedoras de las exploraciones diagnósticas necesarias para la prestación de ambos servicios.

C100. El primer paso en la continuidad de los cuidados: el volante de consulta

Rodrigo-Rincón I., Sexmilo J., Morras M., Galindez A., Montes Y., Muru A.

Servicio Navarro de Salud. Pamplona (Navarra).

Introducción y objetivos: El volante de solicitud de primera consulta es la puerta de entrada de la información clínica del paciente en el ámbito de atención especializada (ATE). La importancia para la continuidad de los cuidados estriba en que en función de lo allí registrado, se toman decisiones en cuanto a su prioridad por urgencia o gravedad y en algunos casos la necesidad de solicitar o no determinadas pruebas complementarias. Además, debe servir como un instrumento útil para orientar al especialista en la entrevista clínica con el paciente.

El objetivo de este trabajo es conocer el nivel de calidad de los volantes de petición de consulta, por especialidades, al ámbito de Atención Especializada del área de Pamplona.

Metodología: Estudio de prevalencia puntual. Fecha de la evaluación: 24 de abril de 2001.

Se diseñó un formulario de evaluación con 7 variables de control y 9 variables de evaluación. Fueron evaluados 258 volantes proceden-

tes de atención primaria (ATP) por el especialista que atendía al paciente.

Resultados: El porcentaje de concordancia de la valoración de la urgencia en el volante y una vez visto el paciente por el especialista es de 88% con un índice de kappa de 0,586. La discrepancia se origina porque hay más pacientes considerados urgentes por ATP que por ATE. En una escala de 0 al 10 el grado de legibilidad alcanzó una media de 7,55 (IC 7,27-7,82), la relevancia de la información 6,57 (6,26 a 6,87) y la calidad global de 6,71 (IC 6,43-6,99). El diagnóstico de presunción constaba en el 65% de los pacientes (IC 59-71%), la localización en el 73% (IC 67-78%), los signos y síntomas en el 66% (IC 60-72%) y la duración en el 34% (IC 28-40%).

Conclusiones: La comunicación a los centros de responsabilidad de la detección de áreas de mejora detectadas en los volantes de petición de consultas es un elemento muy importante para mejorar la calidad de la continuidad de cuidados. La re-evaluación de los volantes de citación nos permitirá calibrar la utilidad del proyecto realizado.

C101. Calidad de la derivación a laboratorio en un distrito sanitario de ámbito urbano

Granados JA., García-Moya S., Cauto P., Villalba F., Bernaldo de Quirós F., Besteiro ML.

Objetivo: Análisis de la calidad de la derivación al laboratorio para abordar la supuesta solicitud de un número excesivo de analíticas desde los centros de Atención Primaria (AP).

Metodología: Muestreo aleatorio no sistemático de personas atendidas dos días consecutivos en marzo de 2000 en los trece equipos de AP (EAP) del distrito de Carabanchel-Usera del Área 11, Insalud-Madrid. Se establece una muestra de 30 adultos y 5 niños por EAP para poder realizar análisis de datos intraequipo.

Los datos de cumplimentación del volante (identificación de médico y paciente, edad, teléfono y diagnóstico) se recogen en la sala de extracciones, preguntando también al paciente quién realizó la petición y anotándose su contenido.

Para establecer la pertinencia de la petición consensuamos los criterios en nuestra Comisión de calidad utilizando conceptos de necesidad, contenido y periodicidad. Se revisan las historias clínicas, clasificándolas en cuatro niveles de pertinencia.

Resultados: Se obtiene una muestra de 387 adultos y 62 niños del total de 1.720 derivaciones registradas.

Diagnóstico, edad y teléfono constan en 61%, 58,4% y 59,4% de volantes de adultos y en 40,3%, 85,5% y 74,2% de volantes de pediatría. En todos figura el nombre del paciente y la identificación del médico en más del 96%.

Sólo podemos clasificar el nivel de pertinencia de las peticiones en 74,6% de adultos y 46,7% de niños.

Resultan pertinentes el 68,9% de las peticiones en niños y 84% en adultos.

La pertinencia de la petición según el profesional que la realiza (médico de familia habitual o suplente, pediatra o enfermería) oscila entre 70,3% y 90%.

Según el motivo de la petición (actividad preventiva, patología aguda, patología protocolizada o no protocolizada) son pertinentes entre el 75% y el 100% de las peticiones.

Conclusiones: La valoración de la pertinencia de las derivaciones se ve dificultada por la ausencia de datos relevantes en los volantes de petición y por los defectos en la información recogida en las historias.

Ni el profesional que realiza la petición ni el motivo que la genera parecen relacionarse con distintos niveles de pertinencia. No podemos confirmar que estemos realizando un número excesivo o inadecuado de análisis.

C102. Identificar el perfil del usuario de incidencias en el Área Básica de Salud

Lecha M., Medina CH., Samaniego P., Doménech C., Manresa M., Doblado O.
ABS Cambrils. Grup SAGESSA (Tarragona).

Objetivos: Describir perfil del usuario de la consulta de incidencias. Identificar aspectos de mejora en circuitos de derivación a esta consulta. Evaluar adecuación del uso de esta consulta.

Metodología: Población diana: usuarios consulta de incidencias del centro. Muestra: 200 usuarios, seleccionados aleatoriamente. Periodo 11 a 30 mayo 2001. Encuesta diseñada y validada por prueba piloto con 80 usuarios. Encuesta estructurada en dos partes: la primera destinada al usuario: 19 preguntas, la segunda destinada al profesional: 7 preguntas, ambas de opción múltiple.

Variables estudiadas: datos demográficos y aspectos de motivación para el uso de la consulta.

Introducción de datos ACCES 97. Tratamiento estadístico: SPSS 10.

Resultados: Edad: media 36 años. Sexo: 45% Hombres, 54% mujeres. Las mujeres conocen a su médico de cabecera frente a los hombres significación estadística $p=0,000$

Situación laboral: 36% Activos, 22% Estudiantes, 15% Pensionistas. Empadronamiento: 82% misma población.

Motivo: 46% considera que precisan atención inmediata, 21% su médico no dispone de visita el mismo día, 13% comodidad horaria. No existe significación estadística entre situación laboral y motivo de utilización ($p=0,039$)

El 64% sabe que no le atenderá su médico. Acude: iniciativa propia 43%, indicación personal admisiones 12%.

En opinión del profesional que atiende al usuario el 45% no puede esperar a ser visitado por su médico. El 64% utilizan esta consulta por primera vez en el último año. 19% la utilizaron dos veces, y el 15% varias.

El 65% de usuarios que asisten por iniciativa propia consideran que precisan atención inmediata: significación estadística ($p=0,000$).

Conclusiones: La población joven, activa y sin patología crónica, demanda servicio de atención rápida y no percibe la necesidad de ser atendido por el mismo médico, primando inmediatez sobre continuidad.

El usuario principal de esta consulta está empadronado en la propia población, en contra de la hipótesis de trabajo que creía sería desplazada.

En un porcentaje elevado la utilización se puede considerar adecuada, motivo que reafirma la necesidad de mantener dicho servicio.

Sala 4. Mesa 14:
Mejora de los Procesos de Gestión No Asistenciales

C103. Entrevista en profundidad. Herramienta para conocer las demandas de los clientes del proceso de logística

Carrera R., Guiteras C., Cerdà I., Villegas J., Prat N., Castellano J.
Hospital General de Vic (Barcelona).

El instrumento utilizado, durante el año 2000 en nuestro Hospital, para aplicar el plan de calidad total, ha sido el trabajo por procesos. Uno de los procesos de apoyo finalizado (aceptado por la dirección a octubre de 2000) y que ha iniciado su implantación durante este año, es el de Logística. La misión del proceso de Logística es "proveer de material, equipos y servicios, para que los profesionales puedan dar cualquier tipo de atención, cumpliendo los requisitos pactados con anterioridad". Para definir el proceso, fue fundamental conocer primero, qué era lo que esperaban los clientes.

El **objetivo** era conocer la demanda de los clientes de Logística, para organizar el proceso según sus requerimientos.

La **metodología** utilizada fue mediante las entrevistas en profundidad (método de investigación científica que utiliza el proceso de comunicación verbal para recoger información en relación a una determinada finalidad (Grawitz 1975), ya que nos aportaba información cualitativa, no cuantitativa y disponía de las ventajas suficientes para su realización.

El propietario del proceso y el responsable operativo del mismo, determinaron quiénes eran los clientes, junto con la Unidad de Atención al cliente del Hospital, plasmándose que eran todos los Centros de Responsabilidad médicos, las Áreas de enfermería, todos los Administrativos y personal de Mantenimiento. Tras un procedimiento de aleatorización de los clientes, muestra resultante 7, se les solicitó formalmente su participación. Se realizó la semiestructuración de la entrevista, basándose en los circuitos que siguen las actividades que contempla el servicio de Logística (para esto fue necesario un análisis de todas las actividades que se realizaban) y se realizó la preparación necesaria del entrevistador. Para la explotación de los resultados se utilizaron los aspectos del tubo de satisfacción de Parasuraman (fiabilidad, adecuación del tiempo, profesionalidad transmisión de seguridad), empatía y elementos tangibles. Los **resultados** obtenidos fueron:

Fiabilidad: Conocimientos técnicos, Comprar lo que se solicita (confianza), Control y reposición automática de estocs, Control y gestión de los pedidos, Participación ante la posibilidad de nuevo material, Información (productos, reposiciones, cambios material). **Seguridad:** Profesionalidad, Consenso en la compra de productos que utilizan más de un cliente, Control de demandas (no permisibilidad), Pacto de estocs, Atención individualizada. **Tiempo de respuesta:** Gestión rápida de imprevistos, Disponibilidad material habitual, Períodos de suministro, Agilidad de compra (nuevos materiales).

Empatía: Trato correcto, no servilismo, Accesibilidad física al almacén. **Tangibles:** Orden y limpieza del entorno

Conclusiones:

- Grupo de mejora sorprendido ante las demandas que hacían los clientes (lo que querían del proceso de Logística).
- La herramienta es útil para detectar las necesidades de los clientes, aunque existan algunas dificultades para su clasificación.
- Existe una apreciación general, clientes e implicados en el proceso de Logística, de que las cosas se quieren hacer de forma correcta.
- Las necesidades de los clientes han servido de base para la elaboración del proceso y para realizar mejoras antes de su implantación.

C104. Proceso de Logística como herramienta de mejora de la satisfacción de los profesionales de atención directa

Escuin G., Castellano J., Álvarez-Pujol J., Tejera R., Carrera R., Cerdà I.
Hospital de Vic (Barcelona).

El instrumento utilizado, durante el año 2000 en nuestro hospital, para aplicar el plan de calidad total, ha sido el trabajo por procesos.

Uno de los procesos de apoyo finalizado (aceptado por la dirección a octubre de 2000) y que ha iniciado su implantación durante este año, es el de Logística. Éste gestionaba y dispensaba, entre otras, las compras, el almacén, la copistería, el correo externo (local y provincial), el correo interno y las recetas de la SS, al mismo tiempo que daba apoyo al archivo (distribución de las HC).

La misión del proceso actual es “proveer de material, equipos y servicios, para que los profesionales puedan dar cualquier tipo de atención, cumpliendo los requisitos pactados con anterioridad”.

El **objetivo** del proceso de Logística es ofrecer a los clientes asistenciales (su trabajo es el motivo de existencia del Hospital) un apoyo real, no teórico.

La **metodología** utilizada fue el análisis del proceso actual de Logística, realizado por el grupo de mejora, integrado por personal directamente implicado, que mediante los requisitos de los clientes del proceso elaboraron la propuesta de mejora (nivel 0, 1, 2 y procedimientos), en base a las necesidades de los clientes, la organización/optimización del personal y la adecuación de los medios técnicos disponibles. Para el análisis de las necesidades de los clientes, se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad, y la demanda se concretaba en: mejorar los circuitos, más control y reposición automática de estocs en las unidades de enfermería, información periódica, mayor participación de los clientes en las decisiones, gestión rápida en la tramitación de imprevistos y nuevos productos. Durante el año 2001 se ha iniciado la implantación del proceso de Logística, en especial los aspectos organizativos y de mejora del principal cliente, enfermería, con los siguientes resultados:

- La distribución del correo interno, se realiza mediante buzones personalizados (con anterioridad era 1 mensajero).
- Copistería y archivos: Se ha externalizado el servicio.
- Implantación de almacenes satélite, en cada unidad de enfermería: se pactó el estoc y el personal de Logística asume las actividades que realizaba enfermería 2 veces por semana (Control de necesidades/estoc, Pedidos de material, Reposición de material, Control de caducidad, Inventario (1 vez al año).

Conclusiones:

- No han existido problemas en la adaptación de los clientes a las reformas realizadas.
- El uso de almacenes satélite permite al personal de enfermería dedicarse a la atención directa de los pacientes.
- Existe la sensación, entre los clientes, que realmente Logística realiza el apoyo necesario para la actividad principal del Hospital, la atención directa a los pacientes.
- Apreciación, por parte del personal de logística, de tener el mismo volumen de trabajo, pero con la disminución de quejas, no hay sensación de presión.

C105. Mejora del proceso de recepción, distribución y pago del material inventariable sin instalación

Ros JC., Castaño JJ., Gerrero C., Matás A., Martínez-Martínez M., Nicolás MC.

Hospital José María Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Introducir un Ciclo de Mejora de Calidad en el Área de Gestión, sobre el Circuito del Material Inventariable en un entorno hospitalario.

Metodología: Dimensión estudiada: Calidad Científico técnica. Efectividad. Herramientas: 6 Criterios (Cr) sobre los puntos críticos en el flujograma del proceso Tipos de datos: de Proceso. Unidades de Estudio: Pedidos de suministros, albaranes, partes de entrega y documentos de pago, referidos al material inventariable sin instalación comprado durante un ejercicio. Fuentes de datos: Fichero Pedidos,

Archivo albaranes, Fichero Partes de Entrega y Archivo documentos presupuestarios. Identificación y muestreo de casos: Universo muestral, 67 casos, ejercicio 1999. Medidas de intervención: 1. Informar, explicar y convencer al Jefe de Suministros sobre la importancia de que Almacén tenga puntualmente los pedidos, y de que debe añadir, en la hoja de pedido, el GFH de destino y una nota para que las mercancías sean recepcionadas en Almacén. 2. Enviar nota a los servicios para que no reciban mercancías que no provengan del almacén. 3. Explicar a los trabajadores el proceso de recepción, entrega y conformidad y alentarles para que lo agilicen. 4. Los partes de entrega y albaranes se enviarán, en el mismo momento, a la firma del Jefe de Servicio. Reevaluación: No han cambiado los Criterios, Unidades de Estudio y Fuentes de Datos, aunque el universo muestral del ejercicio 2000 que es de 36 casos. Presentación y análisis de datos: 1. Gráfico de barras de cumplimientos, antes y después. Diagrama de Pareto, antes y después.

Resultados: Fase de análisis: 67 casos. Niveles de cumplimientos de criterios: Cr.6. 55 casos (82,1%), Cr.3. 35 casos (52,2%), Cr.4 y Cr.5. 24 casos (35,8%), Cr.2. 23 casos (34,3%), Cr.1. 19 casos (28,4%). Reevaluación: 36 casos. Grado de cumplimiento de todos los criterios entre 77,8% y 91,7%.- Cr3 y Cr.4. 33 casos (91,7%), Cr.2. 32 casos (88,9%), Cr1. 31 casos (86,1%), Cr6. 29 casos (80,6%), Cr5. 28 casos (77,8%). Mejora relativa en los cinco primeros criterios entre el 65,4% y el 87,1% con $p < 0,001$.

Conclusiones: Se han conseguido un incremento sustancial en el nivel de calidad, con mejoras relativas significativas en cinco de los seis criterios evaluados.

C106. Mejora de la calidad en el servicio de almacén de un hospital

Nicolás C., Hernández-Solano J., Castaño JJ., Gil-Gil G., Martínez-Martínez JM., Sanz-Illan JJ.

Hospital Morales Meseguer. Programa EMCA. Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar y mejorar el aprovisionamiento y distribución de material en el Servicio de Almacén de nuestro hospital.

Metodología: Se aplica un ciclo de mejora, con el método propuesto por el Programa EMCA. Se definen 2 criterios de calidad: C1. Cuadre (Las existencias reales por artículo coinciden con las existencias registradas) C2. No rotura de stock (El nº de artículos servidos coincide con el nº de artículos solicitados). Se realiza una primera evaluación, con muestras aleatorias de artículos inventariados para C1 y de artículos solicitados para C2. Tras la implantación de acciones de mejora, se lleva a cabo una segunda evaluación y se comparan resultados (con estadística descriptiva, estimación de intervalo de confianza y comparación de proporciones).

Resultados: En la 1ª evaluación (muestra de 334 art. Para C1 y 98,257 para C2), se aprecia cumplimiento de C1 en 64 (± 5)%, C2 en 97,7 ($\pm 0,09$)%. Como acciones de mejora, se asigna la preparación y servicio de pedidos a un mismo profesional, recuento semanal de artículos por grupos, control exhaustivo de artículos de mayor consumo, asignación de código previa a la ubicación de los artículos y reclamación periódica a proveedores de incumplimientos. En la 2ª evaluación (muestras de 334 art. s para C1 y 109.303 para C2), se aprecia cumplimiento de C1 en 97 (± 2)%, (mejora absoluta de 33 % y relativa de 39% con $p < 0,001$) y cumplimiento en C2 de 98,6 ($\pm 0,06$)% (mejora absoluta de 0,9 % y relativa de 39% con $p < 0,001$).

Conclusiones: 1. En la primera evaluación, se constata menor nivel de cumplimiento en el criterio C1 (Cuadre) de 64% y buen cumplimiento en el criterio C2 (No rotura de stock) de 97,7%. 2. Tras aplicar acciones de mejora, se aprecia aumento importante y signifi-

ficativo en el cumplimiento del criterio C1 (Cuadre) de 97% y en el criterio C2 (No rotura de stock), con cumplimiento de 98,6%, se aprecia mejora absoluta de 0,9% y relativa de 39% también significativa.

C107. Gestión del proceso de compra y aprovisionamiento del stock de material analítico en un hospital

Mata F, Palomino M., Sanz-Guijarro J., Erasmo C.
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Introducción: Los circuitos de petición, compras y aprovisionamiento de material para los laboratorios clínicos representa un importante volumen de actividad en los servicios implicados, llevan asociado un gasto importante y es un proceso en el que intervienen de forma relevante los aspectos de calidad en el aprovisionamiento y transporte por los proveedores.

Objetivo: Abordamos el análisis del proceso señalado con el fin de optimizar las actividades asociadas, incorporar los requerimientos del cliente (laboratorios) y hacer participar a los proveedores en la mejora. Tratamos de fijar los estándares del servicio incorporando los requisitos fijados por el cliente.

Métodos: Partimos de la constitución del equipo de proceso. El proceso incorpora dos fases: petición y pedido; y recepción en almacén, transporte y recepción en los laboratorios. Establecemos los indicadores críticos para el control interno del proceso: tiempo de respuesta entre la detección de la necesidad y comunicación al proveedor del pedido (TP), y tiempo de recepción del material y posicionamiento en laboratorios (TL). Otros indicadores son: mantenimiento de la cadena de frío (CF) y días de retraso en la planificación de la entrega (RE). La evaluación y análisis de los indicadores son discutidos conjuntamente con los proveedores.

Resultados: La revisión del procesos ha permitido eliminar algunas actividades sin valor, consiguiendo la reducción del valor medio para TP en más de un 30%, fijando el nivel de tolerancia en 2 h y 24 h para pedidos urgentes y ordinarios respectivamente. El 80% de los proveedores cumplen con el plazo de entrega (TL), cuyo estándar es fijado en 72 horas a partir de la recepción del pedido. Se identifican aquellos proveedores que no cumplen con los requerimientos de la cadena de frío.

Conclusiones: El análisis del proceso, partiendo del diagrama de flujo, nos ha permitido identificar los puntos críticos y el establecimiento de los indicadores para el seguimiento. Se ha conseguido eliminar las actividades sin valor y reducir los tiempos de respuesta. Se han fijado estándares para los indicadores, partiendo de los requisitos de los laboratorios. La implicación de los proveedores en el análisis del proceso nos permite establecer conjuntamente unos criterios de calidad concertada, reduciendo stocks y costes y asegurando la continuidad de la prestación clínico-asistencial. Dado nuestro carácter insular, el hecho de conseguir un tiempo total entre la comunicación del pedido al proveedor y la llegada del material no superior a 96 h, lo consideramos una mejora relevante.

C108. Mejora del sistema de información en el servicio de atención al paciente, el reto de la gestión

Montolío B., García-Gómez MD., Palomar J., Muñoz-Muñoz P., Aguilar A., Ybarra J.
Dirección General para la Atención al Paciente.
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Objetivos: Se plantea la necesidad de dotar a los Servicios de Atención al Paciente (SAP) de un Sistema de Información específico que permita la identificación de los motivos por los que los pacientes solicitan su ayuda. La gestión de la información resultante debe servir para el ciclo de mejora continua.

Metodología: Se recogió bibliografía, trabajando un proyecto inicial del Sistema de Información con un grupo de consenso compuesto por personal de los SAP de Atención Primaria y especializada, sometiéndolo a discusión, y modificándolo según las necesidades de cada SAP en, Hospitales, Direcciones de Atención Primaria de Área y Centros de Especialidades. Para su puesta en marcha se realizó un taller práctico de codificación dirigido a los profesionales/usuarios finales. Se recogen datos sobre el área de actividad donde ocurre la incidencia (urgencias, hospitalización, consultas externas...), motivos (organizados según esquema clásico de acceso, proceso, entorno y resultados), servicio clínico y otros parámetros de interés (edad, sexo, etc.), todo ello según el tipo de gestión realizada e impulsando a los SAP a la resolución de casos y registro.

Por nuestra parte se incorporaron datos compatibles con C.M.B.D. que posibilita el cruce de esta base de datos, con aquella de actividad hospitalaria, y en el caso de que la causa del registro se deba a causa clínica, comparar con los G.R.D. resultantes, ya que los costes de insatisfacción, deben ser tenidos en cuenta, aunque en este caso sean recogidos de forma sesgada.

Resultados: Este Sistema aporta información a los órganos directivos sobre dónde están las posibles áreas de mejora en su ámbito de actuación, al ofrecer una explotación estadística sencilla, que se hace de forma automática por área de actividad, por mes, por motivos, por servicio clínico y por tipo de gestión.

En A. Especializada el área de más actividad se centra en Consultas externas y en A. Primaria en Consultas a demanda, siendo los servicios clínicos más frecuentes: Traumatología, Oftalmología, Radiodiagnóstico y Cirugía. Respecto a los motivos de atención, las demoras en la asistencia y lista de espera son los más frecuentes.

En la actualidad se han incorporado a este S. de Información 63 centros de los 68 posibles declarantes y se está trabajando en el desarrollo de indicadores comparando cada uno de ellos con el total de la Comunidad Valenciana.

Conclusión: Este Sistema de Información posibilita a cada centro de gestión tratar sus datos e incorporarlos al ciclo de mejora continua, así como la toma de decisiones, que en su ámbito de actuación, mejoren la prestación sanitaria, si bien en algunos casos su utilidad es limitada, debido a que su solución afecta a diversos ámbitos de decisión. Asimismo, los Servicios de Atención al Paciente aportan datos y se sienten partícipes de la organización al percibir que tanto su actividad como la opinión del paciente sirven para modificar áreas con potencial de mejora.

C109. Acceso telefónico de la población con déficit auditivo al servicio de emergencias sanitarias 061. Propuesta y validación de un método adaptado mediante telemedicina

Raya JA., Castillo M., Gómez-Jiménez J., Martín-Castro C., González-Guzmán M., Olavarría L.
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud.
Junta de Andalucía.

Objetivo general: Desarrollar y validar un protocolo basado en comunicación gráfica y empleo del fax que permita a las personas sordas enviar al Servicio 061 información pertinente ante una urgencia sanitaria, con la que el Centro de Coordinación pueda valorar la

situación del paciente, movilizar el recurso sanitario pertinente y proveer de unos Consejos Sanitarios que puedan ser aplicados hasta tanto llega la asistencia, comunicando todo ello inmediatamente al usuario.

Objetivos específicos: 1. Diseño de un Protocolo Gráfico de Comunicación y Consejos Sanitarios para comunicación vía fax. 2. Validación de su comprensión por la población sorda. 3. Validación de su uso en un Centro de Coordinación de Urgencias. 4. Análisis y contraste de las hipótesis establecidas. 5. Implantación del proyecto en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía. 6. Planteamiento de posibles desarrollos posteriores.

Material y métodos: Tipo de estudio: Cualitativo y cuantitativo. Ámbito: Comunidad Autónoma Andaluza. Población de estudio: Pacientes de estudio con discapacidad auditiva de la población andaluza. Período de estudio: De julio 1999 a junio de 2001.

Se ha desarrollado un protocolo de Comunicación Gráfica, validado y optimizado en base a las opiniones de expertos mediante la técnica de investigación cualitativa de Grupo Nominal. Su eficacia de uso ha sido comprobada de manera experimental a través de un Período de Casos Simulados.

Se han contrastado las hipótesis planteadas a través del diseño y aplicación a la población sorda objeto de estudio de dos encuestas consecutivas.

Resultados: La población sorda estudiada percibe en este sistema una clara mejora en su accesibilidad a los Servicios de Emergencias 061. Estima que dicho Protocolo es comprensible tanto en el enunciado de sus preguntas como en los Consejos Sanitarios considerándolo fácil de usar y proporcionándoles mayor nivel de seguridad, siendo en definitiva de gran utilidad y ayuda para la práctica totalidad de los sujetos estudiados.

Conclusiones: En base a los desarrollos y resultados obtenidos se propone que un sistema como el descrito sea implantado a nivel regional o nacional para facilitar el acceso de dicha población al Sistema de Emergencias Sanitarias 061.

C110. Implementación de la gestión por procesos en una biblioteca hospitalaria

Valverde RM., Moracho O., Colina A., Ruiz-Álvarez E., Amondarain MA.

Hospital de Zumárraga (Gipuzkoa).

Objetivos: Aplicar la Gestión por Procesos como sistema de gestión de la mejora continua en la Biblioteca de un Hospital Comarcal.

Material y métodos: La gestión por procesos requiere identificar, organizar, nombrar los responsables y equipos de mejora, revisar y establecer acciones y objetivos de mejora para dichos procesos. Para ello se siguieron los pasos siguientes: 1. Arquitectura del proceso: descripción nivel 1 y 2. 2. Descripción del proceso: definición de la misión, reconocimiento de los elementos del entorno directamente afectados, establecimiento de las relaciones prioritarias clientes/proveedores, identificación de los principales indicadores y elaboración del diagrama IDEFO. 3. Nombramiento del gestor: su perfil viene definido por los conceptos de "querer", "saber", "poder" implicarse en el proyecto. No tiene por qué tener mando directo. 4. Establecimiento de las acciones de mejora a realizar con su correspondiente plazo de ejecución: encuestas de satisfacción, coordinación con los Jefes de Unidad de Atención Primaria, obtención del Certificado de Calidad según ISO 9002.

Resultados: Reorganización del proceso atendiendo a las necesidades identificadas. Realización del manual del Sistema de Calidad ISO. Identificación de datos de control del proceso a través del cuadro de mando. Evaluación anual del proceso.

Conclusiones: La planificación del proceso de Biblioteca permite el desarrollo de las acciones de mejora. La evaluación anual asegura el chequeo de las acciones planificadas. La evaluación anual permite ajustar el proceso con nuevas acciones de mejora. El gestor del proceso debe priorizar entre todas las acciones de mejora obtenidas planificando su fecha de desarrollo y de evaluación de resultados.

C111. Construir un sistema de gestión de calidad en los servicios hospitalarios no asistenciales

Ureña V., Martín-Moína E., Peláez R., Nieves J., Martínez-Hernández J.

Unidad de Calidad. Hospital Ramón y Cajal. Madrid (Madrid).

Los servicios hospitalarios no asistenciales desempeñan una labor que directa o indirectamente resulta imprescindible a la hora de prestar atención sanitaria y cuya calidad condiciona, a su vez, el nivel de calidad global del Centro. Por lo tanto, nuestro objetivo es construir un sistema de gestión de calidad para los servicios no asistenciales que permita a sus profesionales evaluar y mejorar la calidad de sus actuaciones. El trabajo de mejora de la calidad en los servicios se fundamenta en los siguientes principios: conocer lo que se hace y para quién se hace; medir cómo se hace; mejorar resultados de forma continua; compararnos con los mejores y sumar sus conocimientos a los nuestros.

Métodos: El Programa de Calidad se inició en 1999 y está previsto terminar su implantación en el año 2002. Participan 20 servicios que representan la totalidad de los Servicios no asistenciales del Hospital (Servicios de Apoyo a la Gerencia, Área de Gestión y Recursos Humanos). Se gestiona mediante un sistema de dirección participativa por objetivos, con ciclos anuales, por el que se van desarrollando, secuencialmente, las siguientes acciones:

1. Establecer las bases organizativas para iniciar el programa de calidad de cada Servicio (1999): 1.1. Constituir una Comisión de Objetivos y nombrar un responsable de calidad. 1.2. Elaborar el organigrama funcional del Servicio. 1.3. Identificar los procesos clave y asignar un propietario para cada uno de ellos.
2. Diseño de procesos (mediante diagramas de flujo) e identificación de clientes (1999-2001).
3. Definir criterios de calidad, estándares e indicadores de los procedimientos diseñados (2000-2002).
4. Monitorizar indicadores, comparar los resultados con sus estándares e implantar de acciones de mejora (a partir del 2000).
5. *Benchmarking* (2002).

Resultados: 1. Servicios que han establecido las bases organizativas del Programa de Calidad: 100% (20/20). 2. Diseño de procesos: 261 procedimientos diagramados / 374 procesos identificados (70%). 3. Indicadores, criterios y estándares: 76 indicadores monitorizados/ 82 identificados. 4. Implicación de las personas: han recibido formación en calidad 211 personas. Las resistencias a la implantación observadas son menores que en área asistencial. 5. *Benchmarking*: No iniciado.

Conclusiones: Existen distintas alternativas para promover actividades de mejora de la calidad en una organización. Sabemos que con la que hemos elegido no cabe esperar resultados de mejora a corto plazo. Tampoco es la más simple por cuanto los profesionales precisan una formación previa y, por lo menos en las etapas iniciales, un fuerte apoyo metodológico. Pero les conduce a construir su propio sistema de gestión de calidad, hecho a la medida de cada servicio, bajo un enfoque riguroso que como herramienta de futuro les ofrecerá una base sólida para evaluar y mejorar, de forma sistemática, la calidad de su trabajo durante años.

C112. Experiencia de una unidad administrativa de un centro de salud en un proyecto de mejora de la calidad

Baeza A.*, Ballarín M.†, Díaz-López Y.‡, Equipo de mejora de la Unidad Administrativa‡

*C.S. de Galapagar. Galapagar. (Madrid). †Gerencia de Atención Primaria Área 6. Majadahonda (Madrid). ‡ Equipo mejora de la Unidad administrativa: Albertos T., García-Díaz C., Hernández-Rodríguez A., Pascual S., Pinacho MJ.

Tras la identificación de oportunidades de mejora, la Unidad Administrativa (UA) decidió poner en marcha un proyecto utilizando las herramientas de calidad. Para ello, se constituyó un grupo de mejora en la UA con el apoyo metodológico de la Dirección Gerencia del Área.

Objetivos: 1. Disminuir la sobrecarga ineficiente de trabajo en la UA. 2. Evitar desplazamientos de los usuarios al centro para pedir cita, debidos a las dificultades de contacto telefónico. 3. Mejorar la satisfacción de los profesionales de la UA del centro.

Metodología: Para abordar el proyecto, se han seguido los siguientes pasos: 1. Constitución del grupo de mejora integrado por los miembros de la UA. 2. Identificación, mediante tormenta de ideas, de las actividades que realiza la UA. 3. Agrupación de las actividades, mediante diagrama de afinidades, para identificar los procesos claves de la UA. 4. Diseño del cronograma de intervención sobre los procesos identificados, priorizados según criterios. 5. Análisis y rediseño de los procesos, por medio de los diagramas de flujo, para identificar áreas de mejora, "cuellos de botella", etc. 6. Evaluación de la mejora que incluye, el número de procesos rediseñados, la realización de una encuesta de satisfacción pre y post intervención a los profesionales integrantes de la UA y desarrollo de un estudio de evaluación descriptivo de todas las citas dadas en el Centro de Salud durante las semanas del 15 al 19 de mayo de 2000 y del 24 al 27 de abril de 2001, para analizar el porcentaje de citas telefónicas respecto al total de citas y el incremento de citas telefónicas post intervención.

Resultados: Tras la puesta en marcha de las medidas correctoras se han obtenido los siguientes resultados: 1. El 78% de las citas se realizaron telefónicamente en el período de estudio del año 2001, frente al 75% en el 2000. El número absoluto de citas telefónicas fue de 3.025 en el período de estudio del año 2001 frente a 2.356 en el 2000, lo que supone un incremento de citas telefónicas del 32,5%. 2. En la encuesta de satisfacción, las cuestiones relacionadas con el clima laboral eran favorables en el 46% (al inicio del estudio) y actualmente son favorables en el 82%. El resultado obtenido en las cuestiones respecto a las relaciones con la comisión directiva del centro, se incrementa desde el 54% al 75%. No se aprecian modificaciones de opinión respecto a la estructura del centro y las relaciones con los pacientes (insatisfactorio en el 91% y 79% respectivamente).

Conclusiones: El análisis y redefinición de los procesos es una herramienta que se ha mostrado útil para abordar el proyecto de mejora de la calidad en la UA, con clara repercusión sobre los usuarios (incremento en la accesibilidad telefónica).

La creación de un grupo de mejora en una UA impulsada y apoyada por la Dirección ha propiciado la motivación de éstos hacia la calidad, con resultados satisfactorios sobre clima laboral y relaciones con otros profesionales del centro.

C113. Proyecto de evaluación y mejora de la calidad de celadores en los servicios de hospitalización

De las Heras C.J., Almu E., Cabot E., Pastor F.
Cartagena (Murcia).

Objetivos: Nos tomamos como principal objetivo que el celador de hospitalización permaneciera el mayor tiempo posible de su jornada en el área de hospitalización racionalizando sus salidas fuera de éstas (laboratorio) y aumentando su colaboración con el personal de enfermería e integrándose en dichas unidades, así como mejorar en la atención y los cuidados que se prestan a nuestros usuarios (clientes).

Metodología: Se crea el grupo de mejora y se establece una cartera de servicios del celador de hospitalización donde se detallan todas las actividades y a su vez se dividen en: programadas, demanda y urgentes o emergencias.

A continuación se crea la "hoja del celador" en la cual se contabiliza toda la actividad del turno, siendo esta hoja con los datos diarios nuestra fuente de información, el estudio se realizó en el hospital Stª Mª del Rosell desde el 1/10/2000 hasta el 1/05/2001 en la 3ªB (planta tipo) en horario de mañanas de 8.00h hasta 15.00h y de lunes a viernes excepto festivos, se recogen 30 hojas aleatoriamente y se procede a la evaluación y en el mes de mayo se procede a la reevaluación, comparándolas entre sí con un diagrama de barras.

Resultados: Una vez evaluados estos datos descubrimos que no sólo teníamos un problema (mejora) en laboratorio, también en farmacia, se establecen medidas correctoras para mejorar el proceso de envío y recogida de analíticas y posteriormente reevaluamos dándonos los datos una mejora en el proceso de laboratorio, pero observando que las salidas a farmacia se incrementaban (problema/mejora) respecto a la 1ª evaluación (mejora continua).

Conclusiones: Creemos que el proyecto está lo suficientemente asentado y documentado entre nuestro personal y enfermería, como para hacerlo extensivo en un breve plazo al resto de las unidades de hospitalización, siendo a su vez un elemento integrador del personal y mejorando nuestra eficiencia, eficacia y efectividad con nuestros clientes tanto internos como externos.

Sala de Cámara. Mesa 15:
Evaluación y Mejora de la Calidad en el Área Quirúrgica

C114. La tasa de suspensiones como indicador de calidad en cirugía urológica. Resultados del periodo 1996-2000

Romero P.

Servicio de Urología. Hospital Marina Alta. Dénia (Alicante).

Objetivos: Mejorar el proceso de utilización del quirófano controlando la tasa de suspensiones quirúrgicas y estudiando los motivos de suspensión en un hospital comarcal de 126 camas, con recursos de quirófano limitados.

Metodología: Se analiza la tasa de suspensiones quirúrgicas de anestesia general y local y sus motivos durante los años 1996 a 2000. Se realiza descripción porcentual de las tasas de suspensiones por año. Se estudia todas las causas de suspensión, autocomparación en el tiempo y comparación con el *benchmark*.

Resultados: En el periodo 1996-2000 se realizó un total de 3.077 intervenciones urológicas, de ellas 935 bajo anestesia general y 2.142 con anestesia local. En las 935 intervenciones de general, la tasa global de suspensiones fue de 4,39% (2,45% de haber existido disponibilidad de camas para 19 de los ingresos). La tasa de suspensiones por años fue: 3,93% en 1996, 3,27% en 1997, 2,48% en 1998, 2,45% en 1999 y 9% en 2000 (correspondiendo 7,65% a falta de camas y 1,35% a falta de tiempo quirúrgico). Los 4 motivos más frecuentes de suspensión fueron: la falta de camas (44,18%),

falta de tiempo (18,60%), crisis hipertensiva preanestésica (6,97%) y pruebas cruzadas positivas (4,65%).

Con anestesia local se practicó 2.142 intervenciones. La tasa global de suspensiones fue de 4,84%. La tasa de suspensiones por años fue: 5,35% en 1996, 6,83% en 1997, 4,47% en 1998, 3,62% en 1999 y 3,82% en el 2000. Los 4 motivos principales de suspensión fueron: no presentarse el paciente (81,65%), contraindicación funcional (6,42%), falta de colaboración para llevar a cabo la cirugía (3,66%) y curación o no precisar cirugía (3,66%).

Conclusiones:

1. La tasa de intervenciones suspendidas es un buen indicador de calidad del aprovechamiento del recurso quirúrgico.
2. Su evaluación continuada mensual permite mejorar el rendimiento de los procesos quirúrgicos y de las listas de espera.
3. Los motivos de suspensión se pueden reducir. En anestesia local, confirmando la asistencia el día anterior a la cirugía, evitando dejar mensajes en el "contestador" y preparando a los pacientes anticoagulados. En anestesia general el principal motivo de suspensión es la falta de camas hospitalarias, por lo que habrá que ofertar fórmulas ambivalentes de gestión de ingresos: UCSI "unidad cirugía sin ingreso" o UCE "unidad de corta estancia" postoperatoria.

C115. Propuesta de mejora en las suspensiones quirúrgicas

Acosta F., Puerta J., León J., Ferrandiz R., Montoya JL., Guerrero M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).

Objetivo: Evaluar el impacto de la implantación de un sistema capaz de identificar la causa de suspensión quirúrgica, en la reducción de la misma

Método: En 1997 se diseñó un nuevo modelo de hoja circulante que se cumplimenta durante la intervención, recoge diferentes tiempos quirúrgicos y anestésicos, y determina hasta 15 motivos de suspensión. Los datos obtenidos son informatizados por el Servicio de Admisión, y posterior analizados por la Unidad de Evaluación. Estudiamos la actividad quirúrgica programada en el periodo 1997-2000.

Resultados: Durante el periodo analizado se mantiene la cirugía con ingreso, aunque se multiplica por diez la cirugía mayor ambulatoria. Las suspensiones disminuyeron del 7,4 al 3,8%. El diagrama de Pareto muestra que los seis principales motivos agrupan el % de suspensiones. Destaca la prolongación de la intervención anterior como causa principal, seguida de la indicación del anestésico y falta de camas en Reanimación.

Conclusiones: La identificación del motivo de suspensión resulta una eficiente herramienta de gestión, al distinguir problemas funcionales de los estructurales. La posibilidad de ofrecer a cada Servicio un perfil preciso de suspensiones permite adoptar soluciones concretas y lo convierte en un objetivo de calidad.

C116. Disminución de la indicación de radiografía de tórax rutinaria como estudio preoperatorio

Soria V., Flores B., Carrasco L., Miguel J., Aguayo JL., Torralba JA. La Alberca (Murcia).

Objetivo: En estudios previos se ha demostrado la escasa rentabilidad diagnóstica de una radiografía de tórax como estudio preoperatorio de los pacientes que van a ser intervenidos sin patología

cardiopulmonar previa. El objetivo de la intervención es disminuir el número de radiografías de tórax, como estudio preoperatorio, en pacientes menores de 60 años de bajo riesgo anestésico que se van a intervenir de forma programada en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Metodología: Medimos el porcentaje de radiografías de tórax como estudio preoperatorio que pedían los cirujanos generales del Hospital Morales Meseguer durante dos meses. Aplicamos dos medidas correctoras: 1. La recomendación periódica de forma oral a los miembros del Servicio de no solicitar dicha radiografía y 2. Retirar la hoja de petición de dicha radiografía del paquete de solicitudes del estudio preoperatorio. De este modo, cuando el cirujano consideraba preciso la realización de dicha prueba tenía que coger específicamente la hoja de estudio radiológico. Para ello revisamos las historias clínicas de los pacientes menores de 60 años intervenidos de forma programada durante dos meses antes y después de aplicar las mencionadas medidas correctoras y medimos el porcentaje de radiografías de tórax realizadas como estudio preoperatorio.

Resultados: Antes de aplicar las medidas correctoras, el porcentaje de pacientes de bajo riesgo anestésico con radiografía de tórax solicitada y realizada fue del 60,1%. Los resultados preliminares después de aplicar las medidas correctoras nos indican que el porcentaje de pacientes con radiografía de tórax y bajo riesgo anestésico es del 37%.

Conclusión: Sencillas medidas correctoras pueden disminuir la utilización de un recurso como la radiografía de tórax preoperatoria que no aporta información relevante y sí supone efectos adversos como la irradiación del paciente y la saturación de trabajo del servicio de radiodiagnóstico.

C117. Evaluación de una intervención para disminuir la estancia postoperatoria tras cirugía oncológica de mama

Aguilar J., Andrés B., Valdés B., Jiménez T., Carrasco-González L., Martín-Lorenzo JG.

La Alberca (Murcia).

Objetivo: Evaluar el resultado de una intervención para disminuir la estancia postoperatoria tras cirugía oncológica por carcinoma infiltrante de mama (programa de alta precoz).

Metodología: Definición de caso: mujeres intervenidas por cáncer infiltrante de mama cuyo procedimiento quirúrgico incluya la linfadenectomía axilar (GRDs: 257 -mastectomía total sin complicación-, 258 -mastectomía total con complicación-, 259 -mastectomía subtotal sin complicación- y 260 -mastectomía subtotal con complicación-). Muestra: mujeres intervenidas entre abril 2000 y diciembre 2000 (n=69); para el análisis de costes se incluyó una muestra aleatoria de pacientes intervenidas con el mismo procedimiento desde enero a abril de 2000. Fuente de información: hoja de registro de enfermería, base de datos (contabilidad analítica) del Servicio de Gestión. Intervención: adiestramiento (personal, escrito y audiovisual) de las pacientes y de sus familiares para el cuidado del dispositivo de drenaje axilar de manera que pueda ofrecerse el alta hospitalaria desde el 2º día del postoperatorio. Indicadores: porcentaje de pacientes que aceptan la intervención, estancias hospitalarias totales (días), días que permanece la paciente con dispositivo de drenaje (días con dren), coste de la asistencia (ptas.), morbilidad (% pacientes con complicaciones mayores y menores) y alteraciones del protocolo de cuidado (% de pacientes que consultan de forma no programada).

Resultados: se expresan como medias (desviación típica). De las 69 pacientes intervenidas en el periodo de estudio, 45 (65%) aceptaron el

programa de alta precoz. La estancia media fue de 3,9 (2,4) días. Los días con dren fueron 13,4 (6,7). El cálculo de costes totales permitió asignar un gasto medio de 404.849 (85.883) ptas. por paciente no incluida en el programa y de 333.413 (62.411) ptas. por paciente en programa de alta precoz, lo que supone un 17% de disminución de costes. La tasa de morbilidad fue del 20% (complicaciones menores); una paciente (2%) consultó fuera de las citas programadas.

Conclusiones: La intervención descrita resulta efectiva y eficiente para la reducción de la estancia postoperatoria en estas pacientes.

C118. Estudio nacional para analizar la calidad en el cáncer colorrectal. I calidad técnica y eficiencia

Ruiz-López P., Alcalde J., Rodríguez-Cuellar E., Landa I., Lorenzo S., Jaurrieta E.

Sección de Gestión de Calidad. Asociación Española de Cirujanos.

Objetivos: Estudio destinado a la obtención de índices de calidad en el proceso carcinoma colorrectal, con el propósito de que los profesionales puedan confrontar sus resultados.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, transversal y descriptivo. Envío a 60 hospitales de cuestionario con 112 variables de 9 aspectos fundamentales, que abarcaban calidad científico-técnica, tiempos, efectividad, satisfacción, y consumo de recursos. El tamaño muestral (391) se incrementó en un 45% para compensar posibles pérdidas. Se aseguró la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes.

Resultados: De los 60 hospitales propuestos, respondieron 44, correspondientes a 18 CC.AA., aportando 417 cuestionarios. El estudio preoperatorio se completó en el 98,8%. Los cánceres rectales se estudiaron con ecografía endorrectal en el 19,87%. El 19,66% tenía TAC y ecografía. El 40,66% de las colonoscopias fue incompleta. La consulta de anestesia se realizó al 50,25% de los pacientes ingresados y 3,48% no se realiza. El intervalo diagnóstico-intervención fue 23,58 días y el intervalo cirugía-quimioterapia fue 31,4 días. El porcentaje de colostomías permanentes fue 12,38%. El 76% de las intervenciones fue con intencionalidad curativa. La infección de herida quirúrgica alcanzó 19,7%; reintervenciones: 6,7%. Recibieron quimioterapia el 44,8%. La profilaxis tromboembólica y antibiótica se realizó en 96,9% y 99,8% respectivamente. El 87,8% tenía consentimiento informado. La estancias media y mediana fueron: 16,6 y 13 días respectivamente. Se utilizó Nutrición Parenteral en el 23%, tratamiento antibiótico aparentemente no justificado en el 51,6%; se transfundió al 27,1% de los pacientes y se usó sutura mecánica para anastomosis en el 68,3% de los pacientes. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre niveles de hospitales.

Conclusiones: El proyecto desarrollado ha cumplido los objetivos planteados, dada la respuesta de los participantes y la obtención de índices de la realidad nacional. Se han detectado oportunidades de mejora (colonoscopias incompletas; número de ecografías endorrectales y tratamiento radioterápico preoperatorio en el cáncer de recto bajos, consentimiento informado debe alcanzar el 100%, prolongación innecesaria de la profilaxis antibiótica, infección de herida quirúrgica, etc.). Los resultados serán remitidos a los participantes y publicados próximamente para su conocimiento, estando previsto la realización de una vía clínica.

C119. Análisis del costo de utilización de suturas mecánicas en un hospital comarcal

González P., Martín MI., Calvo A., Egea MD.
Murcia (Murcia).

En la actualidad la industria sanitaria ofrece a los cirujanos un gran arsenal de instrumentos que facilitan el trabajo de las suturas en los procedimientos quirúrgicos, no estando justificada su utilidad en muchos casos y siendo perjudicial en otros (un ejemplo claro es la pérdida de habilidad en hacer suturas manuales y la carencia de esta técnica en los cirujanos en formación). Como beneficio principal se invoca la disminución de tiempo quirúrgico y la realización de suturas en lugares de muy difícil acceso, siendo esta última la que más justifica su utilización.

Objetivo: Evaluar el gasto que supone la utilización de los instrumentos de autosutura en nuestro hospital.

Material y métodos: Para este análisis interno se ha efectuado una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos de cirugía resectiva gastro-intestinal entre enero de 1994 y diciembre de 2000. Revisión de la facturación de aparatos de autosutura en el año 1999 (año en que comienza la contabilidad analítica).

Resultados: Desde enero de 1994 a diciembre de 2000 se efectuaron 3.926 intervenciones por el servicio de cirugía general, 145 de ellas (3,7%) fueron de cirugía resectiva (esofagogástrica, de intestino delgado y colon). Las indicaciones de uso de los aparatos de autosutura han sido fundamentalmente en los casos de esófago-yeyunostomía y anastomosis colorectal baja.

El consumo de aparatos de autosutura en 1999 supuso 3.612.000 pesetas, lo que supone el 40% del gasto total en suturas y prótesis del quirófano de Cirugía General.

Conclusiones: La cirugía resectiva supone el 3,7% del total de intervenciones practicadas en nuestro medio. Pese a que no se ha utilizado material de autosutura en todas ellas, el gasto en este apartado ha supuesto un 40% del total de gasto en suturas y material de implantes en nuestro servicio.

Dado que no existen datos concluyentes sobre análisis de costo efectividad en el empleo de aparatos de autosutura (muchos de ellos están subsidiados por las casas comerciales), sería aconsejable efectuar estudios a nivel estatal para evaluar el beneficio real de la utilización de estos productos.

C120. Eficacia, eficiencia y resultados estéticos del uso de pegamento tisular frente a sutura tradicional

Martín-Jiménez JM., Fernández-Bravo MP., Fernández-Ramos L., Oliva M.
Mijas-Costa (Málaga).

Introducción: Alta prevalencia de heridas suturables en nuestro DCCUAP. Especial incidencia en menores de edad. Se producen situaciones muy "estresantes" para todos a la hora de aplicar la sutura. Poca bibliografía acerca del adhesivo tisular. Protocolización del estudio para inclusión del producto en el almacén.

Objetivos: Calcular distribución de incidencia. Comparar eficacia, eficiencia y resultados estéticos del adhesivo tisular frente a sutura con seda.

Metodología: Estudio prospectivo cuasiexperimental. 50 pacientes. Desde marzo 2000 hasta junio 2001. Realizado en DCCUAP de APS. Inclusión de pacientes menores de 10 años con heridas suturables en cara. Adiestramiento de profesionales. Apertura de archivo exclusivo para el seguimiento. Folleto de cuidados y recomendaciones a seguir. Seguimiento fotográfico.

Resultados: Exposición tabla de distribución pacientes atendidos. Eficacia: resolución satisfactoria en 47 casos, 2 infecciones, 1 dehiscencia. Eficiencia: explicación detallada de reducción de costes (material y tiempo). Fácil aplicación (atraumático e indoloro). No uso de anestesia. Mejores resultados estéticos que la sutura con seda. Alto grado de satisfacción de pacientes. Exposición fotográfica de pacientes incluidos en el estudio.

Discusión: El adhesivo tópico tisular se nos revela como producto muy satisfactorio sustitutivo de la sutura con seda. Eliminación casi completa de las situaciones de estrés surgidas en la sutura de heridas a menores. Muy eficaz por la alta resolución de casos. Muy eficiente por la reducción de costes en material y en tiempo de enfermería y por la fácil aplicación. La novedad del estudio es haberlo realizado en A.P.S. donde es posible el seguimiento de los pacientes (poca bibliografía anterior y sólo de ámbito hospitalario, no valorando resultados estéticos). Reseñar la demanda del producto por muchos pacientes sin los criterios de inclusión.

Conclusión: El adhesivo tópico para piel es un producto novedoso altamente eficaz. Cualquier padre (sanitario o no) siempre habíamos "soñado" con tener un producto que cambiara el trauma del "coser" por la facilidad del "pegamento".

C121. Utilización de un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos en anestesia

Bartolomé A., Gómez-Arnau JI., García del Valle S., González-Arévalo A.

Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).

Un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos en anestesia es una herramienta de mejora continua de la calidad que no necesita la aparición de un efecto adverso para adoptar medidas correctoras. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en la utilización de un programa sistemático, informatizado, anónimo y voluntario de comunicación de incidentes críticos durante los últimos dos años y medio.

Este estudio se realizó en un hospital de 300 camas funcionantes, con una población de referencia de 250.000 habitantes, y en el que la historia clínica está informatizada. La implantación del sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos fue precedida de varias sesiones informativas a las que asistieron los 20 facultativos anestesiólogos que forman la plantilla y en las que se consensuaron, entre otras, las definiciones de complicación, incidente crítico, error activo y error latente. Se diseñó en MS Access 97 un formulario en el que cualquier anestesiólogo podía comunicar, de forma voluntaria y anónima, todo aquel incidente que redujo, o pudo haber reducido, el margen de seguridad del paciente. En la página web del área de anestesia en la intranet del hospital se creó un enlace al formulario. Los datos introducidos en el mismo se volcaron automáticamente a una base de datos protegida que se creó en MS Access 97 para facilitar su explotación. Todos los incidentes fueron analizados y presentados en sesiones periódicas, adoptándose las medidas correctoras pertinentes.

Entre enero de 1999 y mayo de 2001 se realizaron 23.065 procedimientos anestésicos y se registraron 290 comunicaciones (1,25%), de las cuales 80 fueron complicaciones y 210 incidentes críticos. De estas 290 comunicaciones, los incidentes de vía aérea (22%), equipamiento (19%) y farmacológicos (13%) fueron los más frecuentes. El 78% de los incidentes no tuvieron consecuencias para el paciente o sólo produjeron morbilidad menor, 17% morbilidad intermedia, 3% morbilidad mayor y 2% ocasionaron la muerte. En el 60% de los casos se consideró la existencia de un error activo, que se asoció prácticamente siempre (90%) a la existencia de errores latentes en el sistema. Como consecuencia del análisis sistemático de los incidentes se adoptaron las siguientes medidas correctoras: desarrollo de protocolos (2), modificación de protocolos existentes (2), modificación del consentimiento informado, retirada de material peligroso (4), adquisición de nuevo material (4), reparación de equipamiento (1), modificación de equipamiento existente (2), realización de sesiones (11) y diseminación de alertas (10).

Un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos en anestesia es un método prospectivo, cualitativo y de bajo coste que debería formar parte de un programa integral de mejora continua de la calidad.

C122. Monitorización de la cirugía mayor ambulatoria

Acosta F., Puerta J., León J., Ferrándiz R., Montoya JL., Guerrero M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).

Objetivo: El Insalud introdujo en 1997 el Índice de sustitución como indicador fundamental para determinar el grado de implantación de la CMA. Nos proponemos comprobar la evolución de dicho indicador en nuestra Unidad de CMA, comparándola con otros hospitales de similar complejidad (grupo IV).

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en el periodo de 1997-2000, procedentes de diez especialidades diferentes. Los datos fueron procesados por la Unidad de Evaluación en base al CMBD de las altas, agrupadas por el clasificador de pacientes de GRD'S: AP, DRG'S, versión 12. El registro informático se realizó de acuerdo con el PLAN DIAS. El IS se calcula como: intervenciones por CMA x 100/intervenciones totales.

Resultados: El IS aumentó del 20% en 1997 al 32% en el 2000. Las intervenciones por CMA fueron 3.591 en el último año. En algunos procedimientos como catarata, amigdalectomía y artroscopia se supera el 95% de sustitución. En la mayoría de ellos, su IS es mayor que el del grupo.

Conclusión: La implantación de la CMA en nuestro hospital ha incrementado significativamente su actividad quirúrgica global, manteniendo la cirugía con ingreso y mejorando, por tanto, la eficacia del sistema.

C123. El tipo de contrato programa influye en la calidad asistencial de los pacientes intervenidos por hernia

Parra PA., Madrigal M., Rojas MJ., Ródenas J., Albarracín A., Soriano H.

Sº de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Murcia (Murcia).

Introducción: Evaluamos los resultados obtenidos en las hernioplastias sin tensión con prótesis de polipropileno en dos series homogéneas de pacientes operados bajo distintos tipos de contrato programa del Insalud con nuestro hospital: primero sustitutorio y posteriormente complementario. Se analizaron las causas de las diferencias más importantes observadas.

Material y método: La primera serie se intervino entre 1998 y 1999. El HGU tenía en esas fechas un contrato programa sustitutorio y la actividad se facturaba por UPAs. Se realizaron 159 hernioplastias sin tensión (Rutkow-Robbins) sobre 151 pacientes. 16 eran hernias bilaterales y 17 recidivadas. Esta técnica quirúrgica se empleó en hernias tipo 3, 4, 5 y 6 de Gilbert y en hernias recidivadas. La segunda serie se intervino en el año 2000. El HGU, tras su traslado al antiguo Hospital de la Cruz Roja, realizó un cambio de contrato programa, siendo complementario del Insalud y facturando por procesos. Se realizaron 256 hernioplastias sobre 221 pacientes. Se compararon los resultados obtenidos en ambas series y se analizaron las causas de las diferencias más importantes observadas (análisis de causa-efecto).

Resultados: En la primera serie, el tipo herniario más frecuente fue el 3 (47,8%). Las complicaciones postquirúrgicas aparecieron en el 14,46%. Se realizó un seguimiento, en el 70,8% de los pacientes, durante una media de 30,64 meses, apareciendo un 1,25% de recidivas, resultados éstos equiparables a los publicados en diferentes series en la literatura científica. La estancia media de esta serie fue de $5,68 \pm 3,59$ días. Los resultados obtenidos en la segunda serie fueron superponibles a los hallados en la primera serie, llamando la atención una reducción, estadísticamente significativa, en la estancia media, que se redujo a $3,01 \pm 1,18$ días.

Ante esta diferencia en los tiempos de estancia media se realizó un análisis de causa-efecto, llegando a la conclusión de que la alta estancia media observada en la 1ª serie se debía a que el pago de la actividad quirúrgica se realizaba por UPAs. Tras el cambio del tipo de contrato programa, gestionándose el pago por procesos, se observó en la 2ª serie una disminución, estadísticamente significativa, en la estancia media.

Conclusiones: La hernioplastia sin tensión con doble prótesis tiene escasas complicaciones postquirúrgicas y baja tasa de recidivas. El tipo de contrato programa influye en la estancia media de los pacientes intervenidos por hernia.

C124. Reserva de sangre en cirugías de bajo consumo

Martínez-Bugallo A., Ramírez-Cereceda C., Mata P., Pose P., Lemos S.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: La práctica transfusional es muy variable entre hospitales, y es muy difícil conseguir introducir cambios en ella.

En la Comisión de Transfusiones, a propuesta de la hematóloga responsable del Banco de Sangre, desarrollamos un nuevo circuito de reserva de sangre para cirugías programadas de bajo consumo habitual (incidencia de transfusión intraoperatoria o en el postoperatorio inmediato prácticamente inexistente).

Metodología: El nuevo circuito consiste en realizar tipaje e investigación de anticuerpos, pero sin cruzar ni inmovilizar las bolsas, con un circuito de respuesta rápida ante la necesidad de transfusión. Esto evita pruebas innecesarias que consumen tiempo y recursos y originan inmovilización de bolsas y aumento del stock y de las caducidades.

Se pactó inicialmente con Anestesia, Ginecología (en la cirugía del mioma uterino) y Neurocirugía (en la cirugía de la hernia discal), que lo asumieron como propio.

Resultados: El circuito comenzó en abril de 1999 y el índice de bolsas cruzadas/transfundidas (que era de 2,7 en el 98), bajó a 2,5 en ese año.

A mediados del 2000 tras confirmar el buen funcionamiento, se generalizó al resto de los servicios. El citado índice fue de 2,1, y fueron a quirófano con este procedimiento 2.103 pacientes.

Actualmente está totalmente instaurado: en enero-mayo del 2001 de 3.452 pacientes de cirugía programada con reserva de sangre, el 57,5% fueron con el circuito de bajo consumo.

Las bolsas consumidas en estos pacientes fueron 384, esto hace que el circuito esté a punto también en su respuesta y ha permitido no

tener que suspender la cirugía programada en épocas de escasez de hemoderivados.

Conclusiones: La Comisión de Transfusiones, es una de las más importantes de garantía de calidad y en la que han de estar representados todos los servicios con un alto consumo de sangre para poder analizar y debatir los problemas e introducir mejoras.

El cambio en la práctica transfusional conseguido fue posible gracias al apoyo de la Comisión, que hizo implicar a los servicios, les dio seguridad a ellos y al Banco y ha permitido generalizar el circuito. Hoy en nuestro hospital es ya una práctica habitual no cuestionada.

C125. Implantación del programa de autotransfusión

Martínez-Bugallo A., Mata P., Ramírez-Cereceda C., Carretero M., Lemos S.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: El incremento continuo de las necesidades transfusionales por la actividad y complejidad quirúrgica y el riesgo de enfermedades transmisibles a través de la transfusión, nos obliga a buscar alternativas de uso para la cirugía programada, que en caso de escasez de hemoderivados, es la que se suspende.

Es una suposición universal que la sangre más segura para transfundirle a una persona es la propia. Basada en esta hipótesis se desarrolla la técnica de predepósito-autodonación para autotransfusión.

Metodología: El Banco de Sangre de nuestro hospital había intentado sin éxito desarrollar el programa de autotransfusión.

A propuesta de la hematóloga responsable del Banco de Sangre se debatió su necesidad en la Comisión de Transfusiones.

En ella se establecieron los requisitos mínimos, se diseñó el circuito, se hicieron folletos para el público y el personal del hospital y se escogieron una serie de servicios y patologías con las que comenzar el programa.

Se hicieron reuniones con los servicios para explicarles los posibles candidatos, el circuito, la seguridad de mismo y la buena preparación de los pacientes cara a la intervención.

Resultados: El programa se comenzó en 1998 con Ginecología, servicio y pacientes que lo acogieron entusiastamente.

En el año 99 se incluyeron más servicios y entraron en el programa 180 pacientes de los que se transfundieron el 33%.

Una vez analizados los resultados en la Comisión, mejoraron las indicaciones y en el año 2000, no se incrementaron los pacientes (182) pero se transfundieron el 49%.

En el período enero-mayo de este año se han incluido 112 pacientes lo que supone el 3,2% de los pacientes de cirugía programada con reserva de sangre que si bien aún está lejos de ese teórico 8% ideal nos pone en camino de su consecución.

Conclusiones: La Comisión de Transfusiones es una de las comisiones de garantía de calidad más importantes a constituir en los hospitales.

En ella tienen que estar representados los servicios con volumen de utilización de hemoderivados, lo que permite debatir las propuestas del Banco y con su apoyo facilitar la introducción de cambios en aras de la calidad total.

Sala 1. Mesa 16:
Calidad en Urgencias, Emergencias y Cuidados Intensivos

C126. Calidad en los servicios de urgencias hospitalarios

Lucas FJ., Bleda JM., Cano L., García-Fernández C., Fagoaga ML., Galán MA.
 Albacete (Albacete).

Introducción: Las urgencias médicas son uno de los elementos que mejor definen y caracterizan los servicios sanitarios de una comunidad. La creciente preocupación de los ciudadanos por la salud, el desarrollo de los sistemas sanitarios y una cada vez mayor exigencia de los usuarios respecto a los servicios públicos han convertido los servicios de urgencias en uno de los puntos centrales de cualquier sistema de salud. Estas diferencias pueden afectar a la certeza y efectividad de los actos diagnósticos y terapéuticos (calidad científico-técnica) y a la calidad de la atención recibida por los usuarios de los servicios de urgencias (calidad percibida), sin dejar de lado el factor humano del personal de asistencia (calidad del personal sanitario). El grado de calidad de los servicios prestados en un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan, y pone de manifiesto que la desmoralización de los mismos es la principal dificultad a la que se tienen que enfrentar los directores y gestores de centros sanitarios. **Objetivo general:** Estudio de calidad de un servicio de urgencias hospitalario. **Objetivo específico:** Validación de los criterios de calidad de SEMES en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Albacete (SUCHA). **Metodología:** Utilizamos los indicadores de calidad del Grupo de Trabajo de SEMES para valorar la actividad global del SUCHA durante el año 1999. Estos indicadores han sido extraídos del Documento de Consenso sobre Calidad de los Servicios, Grupo de Trabajo: Conjunto mínimo de indicadores de actividad y calidad en Servicios de Urgencias Hospitalarios. A éstos, le hemos unidos otros indicadores que consideramos importantes. Hemos establecido cuatro apartados: a. Indicadores de actividad: nº de consultas urgentes; frecuentación relativa (anual y diaria); b. Indicadores de calidad: tiempo medio de clasificación-triage y de primera asistencia facultativa; tiempo medio de permanencia en urgencias; grado de cumplimentación de la historia clínica; proporción de ingresos; tasa de retorno a urgencias; tasa de mortalidad; c. Satisfacción del usuario: Encuesta de opinión y satisfacción de los pacientes atendidos; d. Valoración del desgaste profesional del personal del SUCHA. SPSS, $p < 0,005$.

Resultados: El CHA tiene 732 camas (GIII) y atiende a una población de 350.000 hab. Indicadores de actividad: nº de Urgencias totales (año 99)=107.535; Ingresos desde Urgencias 18.887 (17,56%); Presión de Urgencias 67,86%; b. El tiempo medio de clasificación fue de 9 min. (DE \pm 6 min); el tiempo medio hasta el primer reconocimiento fue de 48 min (DE \pm 6 min); la estancia media en SUCHA fue de 2h50min. (DE \pm 6 min.; rango: 9min-11h 28min.). El 44,95% de los pacientes permanecen en SUCHA más de 3 h. Grado de cumplimiento de la Hª clínica: datos de filiación: 99,8%; motivo de consulta: 69,5%; constantes-enfermería: 33,4; exploración física: 77,4%; impresión clínica: 88,1%; tratamiento: 92,8%; destino: 88,9%; identificación médico-nº colegiado: 90,1%. No existe codificación de diagnóstico. c. Satisfacción del usuario: Encuesta de opinión y satisfacción de los pacientes atendidos. El 90% de los usuarios del SUCHA consideran que el problema por el que consultan es importante-muy importante; el 89,4% considera importante-muy importante que alguien se interese por su situación cuando llega y que le oriente sobre el tiempo de espera; el 90% de los usuarios se muestra satisfecho con la atención sanitaria recibida; el 92,8% considera positivamente el trato humano; el 81,5% conside-

ró confortable la sala de espera; en cuanto a la satisfacción general, el 87,3% se declara satisfecho en cuanto a la resolución de su problema por el que acudió, apoyado por el 71,2% que recomendaría este servicio de urgencias. d. Valoración del desgaste profesional (Síndrome Burnout) del personal del SUCHA: CE (Cansancio Emocional) medio-alto: el 60,6% del personal del SUCHA; DP (Despersonalización) medio-alto: 61,5%; RP (falta de Realización Personal) medio-alto: 68,8%. Lo que más influye en el CE es la DP ($p=0,000$; $B=1,21$; $R^2=0,339$); la variable que más influye en la DP es la RP ($p=0,000$; $B=-1,57$; $R^2=0,401$); en el caso de la RP es el tiempo en el trabajo actual ($p=0,046$; $B=0,0073$; $R^2=0,142$). El estrés estaría condicionado por el CE ($p=0,046$) y por el tiempo de antigüedad ($p=0,045$).

Conclusiones: El SUCHA tiene una actividad asistencial muy importante y relevante en el Área de Salud.

Los tiempos evaluados en los indicadores son aceptables.

La historia clínica de urgencias está bien cumplimentada, excepto en la codificación del diagnóstico.

La satisfacción del usuario del SUCHA es muy alta.

El desgaste profesional en el SUCHA es importante y este parámetro no está recogido en los indicadores de calidad de SEMES.

C127. Eslabones de la cadena de supervivencia en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en Andalucía

León MD., Martín-Castro C., Gómez J., Cárdenas A., Olavarría L., León V.
 Mairena del Aljarafe (Sevilla).

Objetivos: La supervivencia tras resucitación cardiopulmonar extrahospitalaria (RCPE) depende de factores intrínsecos del propio paciente y de la respuesta urgente, ordenada y precoz desde que acontece la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCRE) hasta que recibe el tratamiento de los equipos de emergencia sanitarios (EE).

Analizaremos los eslabones de la cadena de supervivencia en PCRE atendida por EE del 061 de Andalucía y como influyen en la supervivencia.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo desde enero 1998 hasta diciembre 1999 de 1.950 PCRE atendidos por los EE de Andalucía. Se han tomado como variables independientes (predictoras) las definidas en el estilo Utstein y como variable dependiente (resultado) la mortalidad extrahospitalaria. En el análisis estadístico se ha utilizado el test de "Chi-cuadrado" para variables categóricas y la "T de Student" para las continuas, considerando que había significación estadística cuando el error alfa era $< 0,05$.

Resultados: Incidencia PCRE: 27/100.000 habitantes. Tras asistencia del EE: 24,95% ingresan vivos en hospital. Variables incluidas en análisis univariante ($p < 0,05$): PCR presenciada y por quién, RCP previa a la llegada del EE, RCP previa eficaz y por quién, ritmo inicial, PCR-localización, medidas realizadas por EE.

Conclusiones:

1. Incidencia PCRE atendida por EE de Andalucía es igual en España, pero inferior a la internacional.
2. Reforzar los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia en Andalucía por escasa supervivencia relacionada con: escaso acceso precoz al sistema (ritmo inicial más frecuente asistolia por pobre detección precoz, pocas PCR presenciadas, muchas PCR en domicilio y escasa petición de ayuda al Servicio de Emergencias Médicas 061), escasa RCPB previa y RCP previa eficaz.
3. Necesidad de programas publicitarios sobre emergencias y cursos de formación en RCPB entre la población.

Evaluando el resto de la cadena de supervivencia observamos que la intervención de EE aumenta la supervivencia en función de desfibrilación precoz, menor nº desfibrilaciones, minuto de inicio técnicas RCPA.

Conflictos de interés: Existen estudios que hablan de la relación entre vidas salvadas y dinero invertido para ello. Por otra parte los programas de RCP puestos en marcha en una comunidad suponen una gran carga económica para ésta. Es necesario pues justificar la inversión económica realizada midiendo los beneficios que aporta a la comunidad.

La mayoría de los investigadores coinciden en la necesidad de mejorar la totalidad del Sistema de Urgencias y Emergencias para aumentar la supervivencia de los pacientes que sufren una PCR en el medio prehospitalario.

Tradicionalmente se ha medido la calidad de los Servicios de asistencia de Urgencias de forma variable. Sin embargo los criterios no están unificados y no hay medidas establecidas para poder obtener controles de calidad y eficacia en RCP y hacer comparaciones entre los servicios.

Son muchas las variables a medir (las intrínsecas del propio paciente y las derivadas de los eslabones de la cadena de supervivencia) que influyen en la supervivencia tras PCRE, pero se carece de un sistema de evaluación. La tasa de supervivencia se ha propuesto como "el estándar de oro" para valorar la efectividad del tratamiento del paro cardíaco y la efectividad de un sistema de emergencias de una comunidad, pero aún no hay un método unificado de medición precisa de tasas de supervivencia, ni un modelo de revisión de la eficacia de la cadena de supervivencia en una comunidad.

Por esto hemos analizado los distintos eslabones de la cadena de supervivencia para la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en Andalucía para auditar resultados y poder proponer medidas de actuación en nuestra comunidad.

C128. Control de calidad en una unidad de cuidados intensivos durante el período de guardia

Solsona JF., Sucarrats A., Boné C., Matías M., Garcimartín P., Guijo MA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la calidad en el cuidado del paciente durante el periodo de guardia de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dependiendo del periodo (laborable o festivo), del personal médico (plantilla o contratado), o bien de la presencia o no de residente en función docente.

Métodos: En una primera fase se recogieron durante un mes todas las variables que se derivaban de la actividad asistencial durante el periodo de guardia de la UCI. Posteriormente, durante el periodo comprendido entre enero-marzo y junio-septiembre del 2000, se evaluaron diariamente a todos los pacientes ingresados en una UCI polivalente de un Hospital Universitario, los parámetros de actividad asistencial que se seleccionaron en la primera fase. Estos incluyeron: extubación de pacientes, colocación de catéter en arteria pulmonar, cambios de: antibióticos, catéteres venosos/arteriales, parámetros del ventilador (modalidad ventilatoria, Fio2, presión positiva espiratoria final, presión de soporte), nutrición enteral y parenteral así como cambios en las perfusiones de drogas vasoactivas y de sedación/analgesia. Para evitar un sesgo en la interpretación de los resultados, nadie del personal médico conocía la realización del estudio. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de Ji cuadrado. Con las variables continuas, tras comprobar el supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando la U de Mann-Whitney.

Resultados: En total se evaluaron 556 pacientes/día laborable y 301 pacientes/día festivo. Durante el periodo laborable hubo más cambios de antibióticos ($p < 0,0001$), más número de analíticas ($p < 0,014$), y más cambios de sedación ($p < 0,015$). Sin embargo no hubo cambios en variables como la colocación de catéteres, la extubación de pacientes, el cambio de parámetros del ventilador o el cambio en la perfusión de drogas vasoactivas. Por otro lado durante el lunes no hubo un incremento de la actividad asistencial con respecto a los demás días de la semana. El tipo de personal médico o la presencia de residente, en función docente, no modificó la calidad en el cuidado del paciente.

Conclusión: En general, y en nuestra UCI, se mantiene durante el periodo de guardia un nivel de actividad asistencial estable.

C129. Indicadores de gravedad del paciente con sospecha de traumatismo raquímedular en el medio extrahospitalario

Jiménez-Castillo ME., Quesada MJ., Ros B., Martín-Castro C.
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Objetivo: Descripción de los indicadores de gravedad en los traumatismos raquímedulares atendidos por un Equipo de Emergencias en el medio extrahospitalario.

Material y métodos: Tipo de estudio: Observacional. Ámbito: Comunidad Autónoma de Andalucía. S.P. de Granada 061.

Período de recogida de datos: 01/01/1998 al 31/12/2000. Muestra: Se han incluido en el estudio todos los pacientes con sospecha diagnóstica de traumatismo raquímedular codificado según CIE9 revisado. Variables de estudio: Se han analizado las variables propias del contexto (edad, sexo), Glasgow inicial, hipotensión, bradicardia, alteraciones neurológicas, "Trauma Score" revisado y tipo de incidente que ocasiona el trauma.

Resultados: Han sido analizados un total de 30 pacientes con sospecha de lesión raquímedular, codificados como 806 según CIE9 por los Equipos de Emergencias 061 de Granada. Predominaron los hombres sobre las mujeres con una edad media de 40 ± 5 años, el 95% presentaron un Glasgow inicial de 15, el 95% normotensos y con frecuencia cardíaca dentro de los límites normales. En todos los casos se detectaron lesiones neurológicas y un "Trauma score" de 12 en más del 95% de los casos. Destacaron los accidentes de tráfico y las precipitaciones como principales causas de lesión, encontrando, una asociación estadísticamente significativa con $p < 0,05$.

Conclusión: Los indicadores de gravedad ante la sospecha de un trauma raquímedular analizados en nuestro estudio coinciden con los de la literatura consultada, como son la hipotensión, bradicardia, Glasgow, "Trauma score", alteraciones neurológicas.

C130. Calidad en el proceso de atención de las erosiones y úlceras corneales en urgencias

Martínez-Bienvenido E., López-Picazo T., González-Soler MA., Martínez-Espín C., Lorenzo L., Alcaraz J.
Programa EMCA. Servicio de Urgencias.
Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Analizar la calidad científico-técnica de un proceso de atención en el Servicio de Urgencias y realizar una intervención para mejorar dicha calidad.

Metodología: Se utilizó la metodología del programa EMCA. Primeramente, se consensuó un protocolo entre el servicio de urgencias y el de oftalmología para establecer los criterios de actuación ante el pa-

ciente con erosión o úlceras corneales en urgencias. Analizamos de forma retrospectiva 114 historias clínicas del mes de mayo de 2000, de pacientes con dicha patología en base a 4 criterios de proceso diagnóstico y 5 de terapéutico. Todos los criterios fueron explícitos y normativos.

Los resultados de esta evaluación se expusieron en una reunión del servicio de urgencias y el protocolo de actuación quedó expuesto en la consulta de oftalmología de urgencias. Para la reevaluación se analizaron 50 historias clínicas del mes de febrero de 2001.

Los resultados se compararon utilizando el Test de la Chi cuadrado.

Resultados: En la primera evaluación se observó un mayor cumplimiento de los criterios terapéuticos (llegando a cumplimientos de hasta el 100%) frente a los diagnósticos (cumplimientos del 32,5% al 75,4%). Tras la intervención se observó mejoría en el cumplimiento en 7 de los 9 criterios (en los 2 restantes el cumplimiento inicial fue del 100%). Las diferencias fueron significativas en 2 criterios de diagnóstico y 2 de tratamiento. La mejora global, teniendo en cuenta todos los criterios fue del 25%.

Conclusiones: El proceso terapéutico tiene una mayor calidad científico-técnica que el diagnóstico.

Se ha mejorado el diagnóstico de las erosiones y úlceras corneales tras las medidas correctoras adoptadas.

C131. La mortalidad extrahospitalaria como indicador de calidad asistencial del traumatismo craneoencefálico

Álvarez-Rueda JM.*, Martín-Castro C.*, Ruiz-Rosales H.*, Rosa J.*, Gómez-Jiménez J.‡, Rivera R.†

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. †Hospital de Traumatología de Granada, ‡Facultad de Medicina de Granada.

Objetivo: Descripción de la mortalidad extrahospitalaria en el traumatismo craneoencefálico (TCE) como indicador de calidad asistencial.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* de cohortes retrospectivo. *Ámbito:* Comunidad Autónoma de Andalucía. *Período de recogida de datos:* 01/01/2000 al 31/12/2000. *Muestra:* se han incluido en el estudio todos los pacientes diagnosticados y tratados de TCE por los Equipos de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía. *Variables de estudio:* se ha tomado como variable dependiente o resultado la mortalidad extrahospitalaria y como variables independientes o predictoras los tiempos de demora en la asistencia y la gravedad del TCE en base a la codificación CIE9.

Resultados: Han sido analizados un total de 2.112 TCE atendidos por los EE061 de Andalucía durante todo el año 2000, de ellos el 44% fueron traumatismos craneoencefálicos graves, el 40% TCE moderados y el 16% restante TCE leves. La mortalidad extrahospitalaria fue del 1,5%. Se encontró que había una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad con el tiempo de demora y la gravedad del TCE siendo $p < 0,05$.

Conclusión: Según nuestros resultados queremos poner de manifiesto que la mortalidad extrahospitalaria del TCE puede ser un indicador de una buena calidad asistencial de los Equipos de Emergencias Extrahospitalarios.

C132. Ciclo de mejora de peticiones radiológicas urgentes en el esguince de tobillo

Esteve MD., Raigal S., Núñez-Martínez F., Jara D., Martínez-Fernández E., Alcaraz J.

Programa EMCA. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia. (Murcia).

Objetivos: Evaluar la pertinencia de la exploración radiológica en nuestro servicio de urgencias y mejorar la calidad de la petición radiológica en el paciente con sospecha de esguince de tobillo en urgencias

Metodología: Se utilizó la metodología del programa EMCA. En una primera fase, se realizó un muestreo entre noviembre-diciembre de 1999. Se recogieron datos sobre la exploración física contemplados en los criterios de Ottawa (deformidad anatómica, dolor a la palpación en puntos óseos e incapacidad para deambular) y sobre el resultado de las radiografías. Tras poner en marcha actividades de mejora consistentes en sesiones informativas, tanto de los criterios de Ottawa como de los resultados de la primera fase del estudio, se volvió a hacer un muestreo, utilizando los mismos criterios.

Los resultados se contrastaron mediante el test de la Chi cuadrado.

Resultados: Se han obtenido una muestra de 74 casos para la evaluación inicial y 50 casos en la evaluación tras las actividades de mejora. Se han obtenido mejorías absolutas del 2,9% y el 13% en dos de los criterios de petición radiográfica, alcanzando el 100% de cumplimiento en los tres casos donde está indicada la realización de la radiografía. Por el contrario, se ha producido un empeoramiento del 28% en los casos de petición innecesaria de estudio radiológico.

Conclusiones: Se ha mejorado la petición de radiología en los casos que cumplían criterios para ello.

Se ha producido una petición excesiva de estudios radiológicos en los casos que no tenían criterios para ello.

C133. Descripción de un servicio de emergencias sanitarias ideal según la percepción de ciudadanos que no han utilizado el sistema

Ortega-Tudela G., Martín-Vázquez JM., Castellano A., Tejedor A., Martín-Castro C., Grupo de Trabajo del PLANESEPEs.

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Objetivo: Descripción de un servicio de emergencias sanitarias ideal según la percepción de ciudadanos que no han utilizado el sistema de emergencias andaluz actual.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio cualitativo de grupos focales en los Servicios Provinciales de Granada y Málaga de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía durante el año 2001. El criterio base de segmentación ha sido ser estudiante del último curso de Medicina y no haber demandado nunca asistencia sanitaria a ningún Servicio de Emergencias Sanitarias. Las entrevistas grupales han sido grabadas en cinta magnetofónica, previa autorización de los participantes y posteriormente transcrita y triangulada la información por el grupo de investigación. A través de esta técnica se intentaron identificar las variables o elementos claves con los que debería contar un Servicio de Emergencias Sanitarias para dar una correcta calidad asistencial.

Resultados: La información fue tomada de dos grupos focales en el que intervinieron un total de 16 informantes, 7 hombres y 9 mujeres todos ellos estudiantes de los dos últimos cursos de Medicina con una edad media de 21 ± 1 años.

Los informantes llegaron a determinar que un Servicio de emergencias debería caracterizarse por los ítems que se identifican a continuación: 1. Accesibilidad y rapidez. 2. Número único. 3. Cualificación y medios técnicos. 4. Localización de puntos estratégicos en los que aconecten el mayor número de emergencias. 5. Medios humanos. 6. Instauración de una jerarquía para la toma de decisiones. 7. Apoyo psicológico. 8. Priorización. 9. Identificar adecuadamente a los miembros del Equipo de Emergencias. 10. Estandarizar y homogeneizar la actuación del EE. 11. Unión entre los miembros del EE. 12. Personal especializado. 13. Educación sanitaria. 14. Eficacia.

Conclusión: Un servicio de emergencias ideal ante todo debe garantizar la accesibilidad, medios técnicos y humanos así como, garantizar al ciudadano la máxima eficacia.

C134. Factores modificadores de la calidad percibida por los pacientes que demandan asistencia sanitaria al Servicio de Emergencias Sanitarias de Andalucía

Martín-Castro C., Ortega-Tudela G., Castellano A., Tejedor A., Martín-Vázquez JM., Grupo de Trabajo del PLANESEPEs
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Introducción: Es conocido que aquellos pacientes a los que se les atienden todas sus demandas y se les cubren sus expectativas suelen percibir una calidad asistencial muy alta pero surge la incertidumbre de ver qué pasará con aquellos pacientes a los que no se les da la respuesta que ellos esperan.

Objetivo: Descripción y análisis de los factores modificadores de la calidad percibida por los pacientes que demandan asistencia sanitaria al Servicio de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio cualitativo de grupos focales en los Servicios Provinciales de Almería, Málaga y Huelva de la empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía durante el año 2000-2001. El criterio base de segmentación ha sido haber demandado asistencia sanitaria al Servicio de Emergencias Sanitarias y recibir la asistencia de un recurso diferente al 061 bien por estar saturado el servicio o porque el médico coordinador que recepcionó la llamada no lo consideró una emergencia sanitaria pudiendo ocurrir en este caso que fuera un verdadero negativo o bien que fuera un falso negativo. Para garantizar la representatividad de todas las posibilidades se tomó una muestra aleatoria estratificada. En los dos últimos grupos se repetía la información con respecto al primero garantizando de esta forma el *principio de saturación*. Las entrevistas grupales han sido grabadas en cinta magnetofónica, previa autorización de los participantes y posteriormente transcrita y triangulada la información por el grupo de investigación.

Resultados: Se han estudiado tres grupos focales (en Almería, Málaga y Huelva) con un total de 22 participantes, 13 mujeres y 9 hombres. La edad osciló entre los 23 y 80 años de edad. La duración promedio de la técnica grupal ha sido de 60 minutos. Los factores modificadores de la calidad percibida que se han identificado estaban definidas según el modelo SERVQUAL de Parasuraman sobre calidad percibida. La rapidez de respuesta, fiabilidad /competencia (conocimientos y seguridad de los profesionales), amabilidad e información recibida en relación a cómo se iba a resolver su caso han influido positivamente en la calidad percibida siendo el desconocimiento del funcionamiento del servicio y la tangibilidad (medios materiales) de que disponía los factores que mas influían negativamente en la percepción de los usuarios.

Conclusión: Se hace necesario potenciar el conocimiento del sistema sanitario y de los recursos de que dispone el usuario para mejorar la calidad percibida.

C135. Evaluación de la calidad percibida de los usuarios del servicio de urgencias en un hospital de referencia

Guzmán A., Rebull JS., Pablo AM., Vázquez-Negr R., Prades MC., Chanovas MR.
Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Introducción: Dentro del modelo E.F.Q.M. la evaluación de los resultados en relación a la satisfacción de los clientes es uno de los puntos más relevantes. El objetivo de este trabajo es conocer la evaluación del grado de calidad percibida en los usuarios del servicio de Urgencias entre el año 1998-2000 en los siguientes aspectos:

1. Determinar el nivel global de calidad percibida en pacientes atendidos en Área de Urgencias.
2. Análisis de la percepción de los usuarios sobre la organización, el funcionamiento, el proceso asistencial y el trato recibido por parte de los profesionales.

Material y métodos: Se aplicó el cuestionario de calidad percibida, a una muestra de 213 pacientes (50,5% mujeres, 49,5% hombres), atendidos durante el periodo comprendido entre septiembre de 1999 a agosto de 2000, estos datos se compararon con los obtenidos en las encuestas de satisfacción del año 1998 (mediante entrevista telefónica, que fue facilitada al Instituto Opina por el ICS.).

Las dimensiones y contenido del análisis de calidad son: situación, demoras, accesibilidad, trato, información verbal y escrita, confort, competencia profesional, satisfacción global.

Resultados: Tanto en 1998 como 2000 el mejor aspecto valorado ha sido una buena satisfacción con el trato recibido por el personal (92,1%, ICS 89,7%), identificación de los médicos (46,1% respecto 39,2% en 1998); accesibilidad (86,8%, ICS 83,8%); información que tenía (93,7%, ICS 88,4%) y el aspecto peor valorado en 2000 la poca información recibida del tratamiento a seguir (86,9% ICS 89,5, 1998 85,7%) y la intimidad dentro del área de urgencias (85,6%, 1998 87,7%), confort del lugar de espera (63,1%, 1998 65,8%, ICS 53,9%), en procesos de mejoría entre ambos periodos tiempo.

Discusión: La satisfacción del usuario del Servicio de Urgencias fue alta, siendo muy bien valorada la dimensión servicio personalizado. No obstante otras dimensiones como poca información del tratamiento que debía de realizar fue mal valorada, y en este sentido tienen que ir nuestras mejoras.

La calidad percibida por los pacientes no es sólo lo que ofrece el servicio, sino lo que el cliente percibe de él y refleja también la satisfacción del propio profesional sanitario a dicho servicio.

C136. El proceso asistencial como herramienta base en la gestión de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

Martín-Vázquez JM., Álvarez-Rueda JM., Castellano A., Tejedor A., Ortega-Tudela G., Ruiz-Rosales H.
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Objetivo general: Diseño, implantación y evaluación del proceso asistencial en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

Objetivos específicos: Integrar el proceso asistencial en el Sistema de Calidad ya certificado por ISO 9001, transformándolo en una herramienta tangible y asequible para todos los profesionales.

Metodología: *Ámbito de estudio:* Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía. *Plan de trabajo:* desde septiembre de 1999 a junio de 2001 en el Centro de Acreditación y Calidad se crearon grupos de expertos y grupos focales. Los grupos de expertos estuvieron integrados por profesionales de todas las categorías de la empresa que en base a la experiencia propia y a la última evidencia encontrada en la literatura llevaron a cabo el diseño del proceso asistencial. Como *instrumento de trabajo* se utilizó la metodología IDEF con modificaciones propias.

Resultados: Se definió el proceso asistencial y sus fases principales (Garantizar la accesibilidad, Gestión de la demanda, Asistencia y

Resolución). Se desarrollaron cada una de las fases y se integraron todos los elementos del Sistema de Calidad de la empresa, al mismo tiempo que se identificaban los criterios de calidad y de evaluación para cada una de ellas y recogiendo mediante grupos focales las expectativas de los pacientes. Posteriormente se identificaron tres procesos prioritarios por línea de producto teniendo en cuenta nuestro "case mix" que fueron: Disnea, Alteración del nivel de conciencia y Dolor Torácico que quedaron integrados en el proceso principal como subprocesos asistenciales y recogiendo todos los aspectos claves de los sistemas extrahospitalarios e integrados en un marco de continuidad asistencial.

Conclusiones: La implantación del proceso asistencial y de los tres subprocesos claves permitieron acercar el Sistema de Calidad a todos los profesionales de una forma tangible y está favoreciendo la evaluación ponderada de los mismos como sistema de gestión en la empresa, ligando sus resultados a la consecución de objetivos e incentivos para todos los profesionales.

**Sala 2. Mesa 17:
Cuidando al Cliente Interno**

C137. Percepción de los profesionales de Atención Primaria sobre la comunicación interna y su funcionamiento. Análisis cualitativo

March JC.*, Prieto MA.*, Bilbao I.*, Reyes JF.†, Simón P‡, García-Olmos L§.

*Escuela Andaluza de Salud Pública. †Servicio Canario de Salud-Tenerife. ‡Osakidetza. §Insalud. Área 2 de Atención Primaria.

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de atención primaria sobre la comunicación interna.

Metodología: Se realizaron 18 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de Atención Primaria de Osakidetza, Insalud, SCS y SAS, junto a dos grupos focales con 15 profesionales. El guión de entrevista abordaba los aspectos de contexto de la comunicación, papel del directivo y del profesional, canales existentes y preferidos, mensajes, elementos facilitadores y dificultadores y propuestas de mejora. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para realizar un análisis de contenido.

Resultados: La comunicación horizontal, entre compañeros de igual categoría profesional, es calificada de fluida, rápida, puntual y correcta por la mayoría de los entrevistados y se presenta unida a una buena relación personal. Sin embargo, el funcionamiento de la comunicación interna en la organización es descrito como negativa. La comunicación entre categorías profesionales es visto como un obstáculo. Y aún más negativa es la percepción de la comunicación con la gerencia: escasa, unidireccional, discontinua, despersonalizada e impuntual. Asimismo los profesionales se muestran satisfechos de su relación con los mandos intermedios, considerados accesibles. Entre los canales de comunicación, el correo electrónico es considerado como un importante avance, porque asegura la recepción del mensaje, por su rapidez y puntualidad. Las reuniones de equipo son percibidas como foro de comunicación privilegiado, aunque precisan de tiempo y continuidad. Sobre los tableros de anuncios, los entrevistados señalan la importancia de su correcta gestión y que tengan un orden claro, aunque se plantea la complementariedad con cartas personalizadas.

Como propuestas de mejora se apuntan introducir más medios -teléfonos y ordenadores- y mejores, canales directos y cara a cara,

hacer actas de los acuerdos tomados por las ausencias en las reuniones. Ante las dificultades con la dirección, plantean un sistema de cita previa, e información sobre las decisiones adoptadas (objetivos). Además, los profesionales muestran interés por temas de formación y científicos y piden mensajes motivadores, que reconozcan la labor bien hecha.

Conclusiones: Los profesionales manifiestan su deseo de estar mejor informados, pues la falta de información formal y veraz es suplida por rumores de pasillo. Los profesionales piden la combinación de los distintos canales. Subrayan que las opiniones de los trabajadores puedan ser escuchadas en dirección. Los trabajadores consideran necesario un plan de comunicación.

*Financiado por el FIS y por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

C138. Espejismo o realidad de las áreas de mejora detectadas a partir de encuestas de clientes internos

Rodrigo MI., Lameiro FJ.

Servicio Navarro de Salud. Pamplona (Navarra).

Objetivo: Evaluación de la calidad de los servicios sanitarios y la detección de áreas de mejora (AM) en la coordinación de los servicios a través de una encuesta a los "clientes internos" (CI). Se entiende por CI a los facultativos que pertenecen a los servicios clínicos tanto del ámbito de la atención primaria como de la atención especializada.

Metodología: El *ámbito*: facultativos de un área de salud. *Procedimiento*: cuestionario en mano a todos los servicios. *Respuesta*: por correo a la Unidad de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. El cuestionario consta de un bloque común, y 2 bloques específicos en función de si el servicio solicitaba pruebas complementarias o era el encargado de su provisión. Evaluación de 35 servicios mediante un sistema cruzado de evaluación ya que cada servicio evaluaba a todos los demás y recibía también una evaluación de cada uno de ellos.

Resultados: Se recibieron 1.020 registros procedentes de 36 cuestionarios. Cada cuestionario consta de una matriz con un máximo de 560 casillas. Cada registro evalúa un máximo de 16 aspectos de cada servicio clínico. Los resultados se han estratificado en 3 grandes áreas: centros de atención primaria (CATP), servicios clínicos médicos (SCM) y servicios clínicos centrales (SCC).

Se han considerado AM a aquellos aspectos cuyo valor superior del intervalo de confianza de la media estuviera por debajo del umbral establecido. Cuando los equipos de atención primaria evalúan a los SCM detectan como principales AM (media entre paréntesis), la disposición a colaborar (5,2), rapidez de informes (5,6), rapidez de pruebas (5,6) y criterios de devolución de pacientes (5,4) y cuando evalúan a los SCC la disposición a colaborar (6,1), criterios de devolución (5,8) y rapidez en realización de pruebas (6,3). Cuando los servicios clínicos especializados evalúan a CATP detecta como AM la imagen del servicio (4,7), información en folios (4,3), pertinencia de las pruebas (4,0), preparación del enfermo para valorarlo (3,4) y adecuación de la urgencia (3,8). Si los servicios evaluadores son los servicios clínicos centrales detectan en CATP las siguientes AM información en folio (6,2), pertinencia de la prueba (6,0) y adecuación de la urgencia (6,3).

Conclusiones: Existen diferencias estadísticamente significativas y coherencia lógica en la detección de AM en función de los ámbitos. Se puede proporcionar las puntuaciones de cada uno de los 25 servicios evaluados para que ellos mismos tomen conciencia de su imagen "profesional". La visión de los facultativos es un complemento muy interesante de los usuarios. Al obtener más de 1.000 valoraciones completas de los servicios, los datos obtenidos permiten estable-

cer diferencias a diferentes niveles de estratificación, todo ello, a pesar de tener una tasa de respuesta del 30% que tiene que ser objeto de reflexión.

C139. Desgaste profesional, parámetro de calidad

Lucas FJ., Fagoaga ML.

Servicio de Urgencias del Hospital General de Albacete.

Introducción: Las profesiones sanitarias son generadoras de estrés y los trabajadores sanitarios se enfrentan a él mediante diversas estrategias de afrontamiento. Si el estrés laboral crónico desborda los mecanismos de compensación, puede conducir al síndrome de burnout (desgaste profesional).

Objetivo: Descripción del síndrome de burnout en el personal de los servicios de urgencias, estimando los parámetros relacionados con el mismo y contribuir a la identificación de los factores de riesgo.

Metodología: Tipo de estudio: transversal, de prevalencia y asociación cruzada entre variables. Marco de la muestra: personal (sanitario/no sanitario) de los servicios de urgencias (hospitalario y extrahospitalario) de la provincia de Albacete que lleven trabajando al menos un año. Se diseñó un cuestionario específico dividido en tres partes: a. Datos de filiación, sociodemográficos y laborales; b. Maslach Burnout Inventory (MBI) (Cansancio emocional, CE; Despersonalización, DP; Realización Personal; RP); c. Cuestionario sobre estrés laboral. El trabajo se realizó entre diciembre de 1998 y marzo de 1999. Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS, estudio de proporciones (v categóricas) y medias (v continuas) y relaciones mediante chi-cuadrado, t-Student y regresión ($p < 0,05$).

Resultados: La muestra total era de 301 personas, habiéndose recogido 221 cuestionarios (73,42%). El 55,2% trabaja en Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y el 44,3% en SU extrahospitalario (SUE); el 53,4% eran mujeres, el 66,1% estaban casados, el 56,1% tenían hijos, el 66,5% va en coche al trabajo, sólo el 40% tiene la plaza en propiedad, el tiempo de antigüedad en la profesión es de 10,58 a. ($DE \pm 7,44$ a) y en el puesto de trabajo actual 6,6 a ($DE \pm 6,18$ a), la edad media era de 36,7 a ($DE \pm 7,4$ a). La MBI general se resume en el cuadro.

(%)	CE	DP	RP
Bajo	39,4	38,5	31,2
Medio	24,9	34,8	29,0
Alto	35,7	26,7	39,8

El CE, DP, RP no difieren ($p > 0,05$) entre el personal de los SUH y los del SUE, sin embargo, el estrés laboral es mayor ($p = 0,028$) en los SUH. Entre los médicos y los DUE, el CE, DP, RP no difieren ($p > 0,05$), pero existe mayor estrés ($p = 0,002$) en los médicos. Entre los médicos adjuntos (MA) y los médicos MIR, el estrés y la despersonalización no difieren ($p > 0,05$), sin embargo es mayor el CE ($p = 0,003$) y la RP ($p = 0,049$) en los MA. Lo que más influye en el CE es la DP ($p = 0,000$; $B = 1,21$; $R^2 = 0,339$); la variable que más influye en la DP es la RP ($p = 0,000$; $B = -1,57$; $R^2 = 0,401$); en el caso de la RP es el tiempo en el trabajo actual ($p = 0,046$; $B = 0,0073$; $R^2 = 0,142$). El estrés estaría condicionado por el CE ($p = 0,046$) y por el tiempo de antigüedad ($p = 0,045$).

Conclusiones:

- Los cuestionarios han sido rellenados en un porcentaje elevado.
- El desgaste profesional en los SU es medio-alto.
- Los médicos soportan mayor estrés laboral que los DUE.
- Se reproduce la correlación entre las tres dimensiones del burnout, aunque parcialmente.
- El estrés laboral está más relacionado con el tiempo de antigüedad en el trabajo.

C140. Encuesta de clima laboral: análisis de resultados

Arizabaleta J., Urruela M., Larrea I. (LKS Consultores), Maiz E.

Hospital de Basurto. Bilbao. Osakidetza / Servicio vasco de salud.

El Modelo de Excelencia de la EFQM (*European Foundation for Quality Management*) entiende que una organización debe conseguir que todos sus trabajadores puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas. El Hospital de Basurto ha utilizado un cuestionario para evaluar la satisfacción de sus trabajadores con el objetivo de mejorar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.

Objetivos: Identificar la situación de los distintos factores vinculados a la motivación y a la satisfacción de las personas en nuestra organización.

Metodología: 1. Se constituyó un equipo de trabajo integrado por una persona de cada colectivo del hospital. También formaron parte del equipo dos personas de una consultora externa. 2. Se elaboró una encuesta con 88 ítems, clasificados en 20 factores (19 específicos y 1 general). 3. El análisis de los resultados comprende el análisis de satisfacción en cada factor analizado, clasificado por colectivos, así como el análisis de satisfacción global, también separado por colectivos. También se analiza, en cada factor, el nivel de satisfacción y la importancia concedida al mismo desde el punto de vista de incremento de la satisfacción. 4. Para el análisis de los resultados se utilizó una escala de 1 a 5 puntos.

Resultados: 1. *Nivel de satisfacción general:* 2,51 puntos. a. Grupos profesionales: médicos, biólogos, psicólogos y farmacéuticos, 2,67 puntos. Celadores: 2,35. b. Categorías profesionales: directivos, jefaturas y mandos intermedios, 3,14 puntos.

2. *Nivel de satisfacción por factores:* a. Estilo de dirección: 2,89; b. Organización: 2,78; c. Trabajo en equipo: 2,69; d. Estrategias y objetivos: 2,57; e. Promoción y desarrollo profesional: 2,53; f. Información y comunicación: 2,52; g. Condiciones de trabajo: 2,51; h. Valores corporativos: 2,45; i. Implicación y participación: 2,44; j. Formación: 2,31; k. Compensación: 2,31; y l. Reconocimiento: 2,15.

Conclusiones: 1. *Nivel de satisfacción general:* a. los directivos, jefaturas y mandos intermedios son los colectivos que dan puntuaciones más altas, seguidos por el personal en formación; b. desarrollar la actividad en una Unidad de Gestión Clínica también es un factor que determina un grado de satisfacción mayor; c. la antigüedad también es un factor de insatisfacción. Los profesionales que tienen una antigüedad inferior a un año presentan niveles de satisfacción más altos.

2. *Nivel de satisfacción por factores:* los resultados generales muestran que a. la organización y el estilo de dirección son los factores que han obtenido mayor puntuación; mientras que b. la formación, compensación y reconocimiento son los factores menos puntuados.

C141. Identificación de oportunidades de mejora en la calidad de vida laboral de la enfermera instrumentista: posturas forzadas y sobreesfuerzos en el trabajo

Ruzafa M., Madrigal F.

Murcia (Murcia).

Objetivos: a. Identificar los principales factores de riesgo que favorecen la aparición de los trastornos músculo esqueléticos en las enfermeras/os instrumentistas. b. Evaluar la aparición de síntomas ligados a posturas forzadas y/o sobreesfuerzos en el trabajo de las enfermeras/os de quirófano. c. Comprobar seguimiento de las normas de prevención en cuanto a posturas de trabajo y manejo de cargas.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo. Instrumento: cuestionario autoaplicado de 38 preguntas agrupadas en: posturas de trabajo, manejo de cargas, síntomas ligados a la postura, y datos personales. Población: enfermeras/os instrumentistas de dos hospitales de Murcia ("Morales Meseguer" y "General Universitario"). Muestreo universal, devolviendo el cuestionario bien cumplimentado 24 instrumentistas de una población diana de 35. Datos analizados con el programa estadístico SPSS en números absolutos y en porcentajes.

Resultados: La mayor parte de los instrumentistas de quirófano son mujeres casadas de alrededor de 40 años, con una antigüedad media de permanencia como instrumentista de entre seis y quince años. Los datos reflejan que los encuestados deben realizar gestos y posturas forzados, así como movimientos reiterativos y continuos en una elevada proporción. Un 41,67% de los encuestados realiza levantamientos de pesos superiores a 5 Kg. o cambia de posición a los enfermos entre 6 y 10 veces por jornada. En cuanto a las medidas adoptadas para la prevención de riesgos, destaca que no disponen de una mesa a la altura adecuada que les evite encorvar la espalda (65%); no utilizan un reposa pies para ir alternando y flexionando los mismo (85%) ni medias compresivas antivarices que les puedan evitar la sobrecargas en las piernas (42%). Asimismo, en el manejo de cargas no se respetan medidas como flexionar las rodillas, mantener la espalda recta y utilizar los músculos de las piernas para su levantamiento. Esto nos permite establecer una correlación significativa con datos obtenidos en los síntomas ligados a la postura, ya que los síntomas que aparecen con más frecuencia son dolores en pantorrillas, dolores de espalda y de nunca-cuello, así como dolores en pies y/o tobillos.

Conclusiones: En función de los datos obtenidos consideramos necesario para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras/os instrumentistas: a. Aplicar protocolos de vigilancia de la salud específicos en relación a posturas forzadas y manipulación manual de cargas; b. Eliminar los factores de riesgo y suministrar materiales en cantidad y calidad adecuada. c. Establecer procedimientos seguros de trabajo para manipulación de cargas; d. Ofrecer cursos de formación para el manejo manual de cargas y la prevención de posturas forzadas y sobreesfuerzos en el trabajo.

C142. Comunicar el plan estratégico de un complejo hospitalario

Ordóñez MV., March JC., Prieto MA., Juan FJ., Martínez-Torvisco F., Blasco P.

Hospital Carlos Haya. Málaga (Málaga).

Objetivos: Comunicar a los casi 5.000 profesionales que componen un complejo hospitalario los contenidos de su Plan Estratégico (PE) 2001-2004.

Metodología: Elaboración de un Plan de Comunicación (PC) orientado a los objetivos del PE: 1. Satisfacción del usuario, 2. Implicación del profesional, 3. Transformación de la organización. Se aplicaron técnicas de marketing interno, partiendo de la información sobre fortalezas y debilidades del hospital detectadas en una auditoría interna, que utilizó cuestionarios autoadministrados, entrevistas semiestructuradas y técnicas grupales.

Resultados: La auditoría mostró la necesidad de potenciar la comunicación interna reforzando el papel facilitador de los cargos intermedios. En el Plan de Comunicación se definieron tres objetivos de comunicación: 1. que todos los profesionales conozcan los aspectos básicos del PE; 2. que directivos y cargos intermedios conozcan cada una de las líneas estratégicas, objetivos y planes de acción, y 3. que se refuerce la credibilidad y transparencia de los mensajes. El criterio de segmentación fue la categoría profesional. Para cada segmento se

establecieron: objetivos, mensajes, canales, responsable de comunicación y recursos necesarios, con un calendario de acciones de comunicación de marzo a julio 2001.

Los canales de comunicación utilizados fueron: 12 sesiones de presentación oral; edición en papel y CD-Rom del resumen del PE; 980 cartas personalizadas; entrevistas individuales; exposición de paneles con resultados de la auditoría interna y contenidos del PE en cada centro del complejo hospitalario; cartelería; intranet; revista del hospital; talleres de formación y cursos específicos a 210 cargos intermedios y jefes de servicio; actos sociales; memoria anual del hospital y reuniones informativas de los cargos intermedios con sus equipos de trabajo.

En la evaluación del Plan de Comunicación se constató el cumplimiento del mapa de objetivos por segmentos, y del calendario y se inició una valoración preliminar del nivel de información de los profesionales mediante sondeo de opinión.

Conclusiones: Un Plan Comunicación es clave en la implantación del PE: difunde los contenidos entre los profesionales y logra su adhesión al proyecto. La auditoría interna previa permite definir las estrategias de comunicación más efectivas en cada caso.

C143. Plan de comunicación interna como herramienta de sistemas de gestión de la calidad

Hernández-Mondragón JA., Guzmán B.

Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias. Málaga (Málaga).

Objetivos: En este estudio se pretende analizar los distintos canales de comunicación interna en una organización como instrumento de implantación de un sistema de gestión de la calidad. Para ello se realiza una encuesta previa de nivel de satisfacción con el Plan de Comunicación interna con toda la plantilla del centro.

Metodología: Se realiza un análisis continuo de necesidades y ajuste del Plan de Comunicación interno en la empresa durante las fases de diseño, implantación y seguimiento de un sistema de gestión de la calidad asistencial.

Resultados y conclusiones: Los resultados indican que los distintos canales dispuestos en el plan de comunicación de una organización de tamaño medio presentan especificidades respecto a su eficacia para el diseño, implantación y seguimiento de un sistema de gestión de la calidad. Es necesario por ello, diseñar el Plan en coordinación con los responsables de calidad de la organización, poniendo a su servicio los distintos canales existentes o de nueva creación. Para que un sistema de gestión de la calidad pueda ser eficaz requiere la implicación de todas las personas de la organización, de manera que los procesos de comunicación interna resultan de extrema relevancia, tomados como herramienta con la que diseñar, implantar y dar continuidad a dicho sistema.

C144. Gestión de la formación sanitaria orientada a la satisfacción del cliente interno: un intento de aproximación

Sánchez-Nieto JM., López-López E., Carrillo A., Bermejo I., Andreo JA., Paredes A.

Unidad de Docencia, Investigación y Calidad. Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Introducción: Las actividades de Formación Continuada (FC) se apoyan en la creencia de que el incremento de conocimientos en los profesionales sanitarios lleva a mejorar su estilo de práctica. Sin

embargo, las actividades de FC no se adaptan ni a la metodología más adecuada ni a las necesidades de los profesionales.

Objetivos: 1. Recopilar información sobre la actividad formativa realizada durante el período 1999-2000. 2. Desarrollar el proceso de gestión de la formación mediante el diagnóstico de las necesidades formativas de los profesionales.

Metodología: Estudio observacional cualitativo ambispectivo. Universo muestral 1.281 trabajadores del Hospital Morales Meseguer. Muestreo aleatorización simple. Cálculo de tamaño muestral (error $\alpha=0,05$, $b=0,8$, pérdidas=10%) mediante, programa Granmo. Herramienta del estudio: cuestionario autoadministrable (18 ítems) dividido en tres secciones: 1ª datos de filiación y descriptivos, 2ª datos sobre cursos periodo 1999-2000 y 3ª datos sobre preferencias formativas y organizativas. Las variables continuas se expresan como medias y desviación estándar. Las cualitativas como porcentajes. La comparación entre variables cuantitativas se ha realizado mediante la T de Student y las cualitativas mediante la Ji cuadrado y el test exacto de Fisher. La comparación entre dos variables cuantitativas se realiza mediante el test r de Pearson. Las comparaciones se realizan con test de dos colas y se toma como significativa una p menor de 0,05

Resultados: Se administran 190 encuestas, 134 (70%) cumplimentadas. De los profesionales que contestaron 112 (83,6%) corresponde a personal sanitario y 19 (14,2%) a personal no sanitario. El colectivo encuestado más numeroso corresponde a enfermería 40 (30,5%). Corresponde a personal fijo 59 (46,8%) versus 67 (53,2%) eventuales. La media de cursos por trabajador es de $2,1 \pm 1,08$. Existe una relación significativa entre el número de años trabajados en el hospital y la realización de cursos ($r=-0,269$, $p=0,029$; y $r=2,41$, $p=0,027$), el sexo y la realización de cursos. En cuanto a las preferencias organizativas 67 (52,3%) encuestados optan por horario de tarde, 51 (40,2%). Una duración de 4 a 6 días y el 60% prefiere iniciar el curso a las 16 horas y el 55,5 % finalizar a las 20 horas. No existe relación entre la situación laboral, fijo o eventual, y el número de cursos (42% versus 57% $P=0,0204$) ni tampoco entre el personal sanitario y no sanitario ($2,23 \pm 1,08$ versus $1,79 \pm 1,05$ $p=0,165$). Las necesidades formativas manifestadas por los encuestados muestran preferencias por los cursos de riesgos laborales (67%), seguidos por los cursos sobre motivación (49,6%) y calidad asistencial (48,1%).

Conclusiones: 1. El menor número de años trabajados y el sexo femenino se asocian positivamente con el número de cursos realizados. 2. La estructura organizativa preferida para las actividades de formación son cursos en horario de tarde, entre 4 y 6 días. 3. Las necesidades formativas manifestadas por los profesionales del centro corresponden a las áreas temáticas de Prevención (Riesgos Laborales) y Servicios de Salud (Motivación y Calidad Asistencial).

C145. Características de calidad deseables en los tutores de residentes según los residentes

Leo E., O'Connor C., Tutosaus JD., Gómez-Blázquez I., Díaz-Oller J., Bustos M.

Grupo de investigación CTS-323 del Plan Andaluz de Investigación. Hospitales Universitarios V. Rocío. Sevilla (Sevilla).

Objetivos: Conocer las opiniones de los residentes del hospital respecto a las características de calidad deseables en los tutores.

Material y métodos: Encuesta acerca de características deseables en los tutores: méritos, reacreditación, funciones, necesidades. Es cumplimentada por 209 residentes (88,6%) de los 236 a los que se ofreció aleatoriamente estratificados por especialidades, para una confianza del 95% y error máximo del $\pm 5\%$.

Resultados: Edad inferior a 55 años (60%) y formación vía MIR (90%), siendo indiferente el lugar de especialización. La experiencia como especialista superior a 6 años. Tener realizado cursos de metodología docente (55%) y experiencia docente (imprescindible para el 8%). Participar en trabajos de investigación (34%). El 90% de los residentes creen necesaria la reacreditación de los tutores, incluso para una tercera parte debe realizarse antes de acabar un ciclo de especialización. El tiempo por sí mismo no debe limitar el cargo, sino la capacidad para ejercerlo (55%). El tiempo semanal por residente no debe ser inferior a 20 minutos (83%), existiendo diferencias entre los R1-R2 y los mayores, pues los primeros demandan más tiempo por residente y menos residentes por tutor (piensan que el principal problema para ejercer la tutoría es el tiempo; para los residentes de últimos años es la dedicación). Consideran que entre las funciones del tutor la principal es la organizativa, siendo la investigadora y la evaluadora las menos valoradas. Por todas estas funciones el tutor debe ser compensado (93%), principalmente baremándolo en el currículum.

Conclusiones: Nuestros residentes buscan el equilibrio con un tutor capaz de establecer buenas relaciones personales (edad cercana, misma vía formativa), y profesionales, considerando fundamental la experiencia asistencial y cuanto más amplia mejor (incluso en otros centros). No consideran trascendental la experiencia como docente, estimando suficiente tener el potencial (obtenido en cursos específicos). El residente desea un control estricto sobre la capacidad docente del tutor, aunque una vez demostrada no exige limitar el cargo en el tiempo. Tiempo es lo que demandan, fundamentalmente los residentes de años inferiores, mientras los mayores desean una mayor dedicación para ejercer sus funciones, quizá para tratar de potenciar el valor de la evaluación.

C146. Características de calidad deseables en los tutores de residentes según los especialistas

Leo E., O'Connor C., Tutosaus JD., Gómez-Blázquez I., Díaz-Oller J., Cadet H.

Grupo de investigación CTS-323 del Plan Andaluz de Investigación. Hospitales Universitarios V. Rocío. Sevilla (Sevilla).

Objetivos: Conocer las opiniones de los especialistas del hospital respecto a las características de calidad deseables en los tutores.

Material y métodos: Encuesta acerca de características de calidad deseables en los tutores: méritos, reacreditación, funciones, necesidades. Encuesta cumplimentada por 133 especialistas (38%) de los 350 a los que se ofreció aleatoriamente estratificados por especialidades, para conseguir una estimación de confianza del 95% y error máximo de $\pm 0,05$ ($\pm 5\%$).

Resultados: El tutor debe tener menos de 55 años; para el 10% incluso menor de 40 años. No le dan mayor importancia a la vía de formación o el lugar de especialización. El 42% de los especialistas consideran que para ser tutor hay que tener amplia experiencia, de 11 años de ejercicio. Creen que los méritos que deben exigirse para optar a ejercer como tutor son haber realizado cursos de metodología docente y participar en trabajos de investigación; un 10% de los encuestados consideran imprescindible tener experiencia docente. 15% de los especialistas no creen necesario reacreditar a los tutores (frente al 7% de los residentes, $p=0,04$), aunque el 60% piensan que el cargo debe estar limitado en el tiempo (contra el 44% de los residentes, $p=0,002$). El tiempo semanal por residente se cuantifica en un mínimo de 20 minutos; el número de residentes por tutor se establece entre 4 y 5. Entre las funciones del tutor se considera principal la organizativa, siendo la investigadora y la evaluadora menos valoradas. Por todas estas funciones el tutor debe ser compensado a nivel económico. El principal problema para ejercer la tutoría es la falta de tiempo.

Conclusiones: En líneas generales las opiniones de los especialistas respecto a las características de los tutores coinciden con las de los residentes. A diferencia de éstos, los especialistas consideran que la experiencia asistencial debe ser mayor, que el tiempo de tutor debe tener un límite, no estiman tan importante la reacreditación y la compensación que establecen es fundamentalmente económica.

C147. Curso a distancia de evaluación y mejora de la calidad asistencial en un hospital

Coronado D., Alcaraz J., Ramón T., Andreo JA., Paredes A., Sánchez-Nieto JM.

Unidad de Investigación, Docencia y Calidad. Hospital Morales Meseguer Programa EMCA. Consejería de Sanidad Universidad de Murcia (Murcia).

Objetivos:

- Formar en metodología de evaluación y mejora de la calidad al mayor número posible de profesionales del hospital.
- Facilitar, con esta metodología, la asistencia y la consecución de los objetivos del seminario.
- Elaborar proyectos de evaluación de la calidad asistencial aplicables en el ámbito de trabajo de los participantes.
- Fomentar la cultura de la calidad.

Metodología: En marzo de 1999 y dentro de las actividades del programa EMCA, se inició el primer seminario a distancia en temas de calidad asistencial. Se ofertó la participación en el mismo a todos los profesionales de nuestro Hospital. Se establecieron 5 grupos de trabajo tutorizados. El seminario incluyó 3 módulos con 16 unidades temáticas, que se entregaban a los participantes para su estudio a distancia. Se realizaron 4 talleres de trabajo presenciales y tutorías. Cada grupo de alumnos (de 5 a 6 por tutor) realizó un ciclo de mejora.

Resultados: En total se incluyeron en el seminario 149 profesionales sanitarios, de los cuales el 34,2% corresponden a personal de enfermería y el 31,5% a personal médico. Según los servicios de procedencia, los servicios centrales fueron los que más alumnos aportaron (36,2%) seguido por los servicios quirúrgicos (19,5%), servicios médicos (14,8%) y urgencias (11,4). De todos estos participantes, finalizaron el curso 111 (74,4%) alumnos. Se desarrollaron y culminaron 21 ciclos de mejora, en todos hubo mejoras, llegando a tener significación estadística en el 71,5% de los ciclos.

Conclusión: El curso a distancia sobre evaluación y mejora de la calidad asistencial ha tenido un gran impacto en nuestro Hospital, tanto por el número de profesionales formados, como por el número de ciclos de mejora desarrollados. Esta iniciativa ha contribuido a difundir y consolidar la cultura de calidad entre los profesionales del centro.

C148. Implantación de un sistema de calidad en docencia universitaria como mejora para la calidad asistencial

Isasi C., Candia B.

Hospital Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: Implantar un plan de mejora de la calidad en docencia universitaria de enfermería que repercuta sobre una mejora de la calidad asistencial.

Metodología: El plan de calidad desarrollado para los centros universitarios en España inicia su desarrollo con la auditoría de la

Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de La Coruña, en el campus de Ferrol. Durante el curso 2000-2001 ha supuesto el estímulo de los docentes para la elaboración de programas de mejora específicos por asignatura, a destacar el Programa de Enfermería Médico-Quirúrgica II.

Resultados: El sistema de mejora continua, implantado en esta asignatura desde hace un año, lleva en la actualidad a la necesidad de plantear una reflexión sobre los clientes en las universidades: los alumnos y los centros ofertantes de empleo para los diplomados.

En consonancia con los resultados de la auditoría externa del centro, se ha expuesto a la dirección una publicación que recoge los criterios de evaluación de la docencia desde el punto de vista del profesorado, de los alumnos y de los diversos centros sanitarios de la región que acogen como trabajadores a los profesionales formados en esta universidad.

Se diseña un plan de acción específico con participación pluridisciplinar, en la que intervienen también profesionales de la pedagogía.

Conclusión: Se pretende así inducir un cambio en los objetivos de los docentes y enfocar la enseñanza universitaria hacia una mejora de la calidad asistencial, dotando a los alumnos desde el principio de su formación, de la capacidad de un razonamiento científico crítico y una cultura de calidad enfocada hacia el paciente.

C149. Medición de la satisfacción de los clientes internos del Laboratorio Unificado Donostia

Aguirre JA., Etxabe J., Huarte R., Portillo I.

Hospital Donostia (San Sebastián)

Introducción: El Laboratorio Unificado Donostia, integrado dentro del Hospital de Donostia, inició en 1997 un proceso de unificación y actualmente cuenta con un modelo para su acreditación. Se ha considerado imprescindible para su desarrollo contar con la opinión de los clientes internos a los que ofrece sus servicios: médicos y enfermeras de atención especializada y de atención primaria de Gipuzkoa.

Objetivos: Conocer el nivel de satisfacción de los clientes internos con los distintos servicios del laboratorio y su grado de adecuación a las expectativas. Diseñar a partir de los resultados acciones de mejora a partir de 2001.

Metodología: Cuestionario estructurado a partir de sugerencias de clientes y objetivos propios con 5 ítems, diferenciando servicios. Muestra estratificada y selección aleatoria de 112 clientes de un total de 700 (45% médicos hospitalarios, 16% enfermeras hospitalarias y 38,5% médicos atención primaria). Pilotaje y adecuación cuestionario. Entrevista telefónica realizada por dos estudiantes en prácticas de Psicología de 10-15 minutos de duración (mayo 2001). Incorporación de comentarios. Análisis estadístico SPSS 10,0.

Resultados: 82,2% consideraron el cuestionario importante para la mejora. El volante de petición se consideró bueno/muy bueno en un 82,1%, siendo más bajo en médicos hospitalarios (68,6%). La calidad del informe se consideró buena/muy buena en un 95%, salvo en hematología para las enfermeras. La fiabilidad se consideró buena/muy buena en un 93,9% siendo más baja en datos urgentes para médicos hospitalarios (76,5%). Los plazos de entrega se consideraron buenos/muy buenos en un 86,8% siendo más bajos para enfermeras del hospital (77,8%). La disponibilidad global se consideró buena/ muy buena en un 81,6%, a mejorar en hematología y bioquímica. Los comentarios se refieren a la mejora en claridad del volante, respuesta y disponibilidad para consultas con responsables.

Conclusiones y medidas de mejora: Volante poco claro. Problemas de comunicación y plazos de entrega. Acciones de mejora: Peticiones y resultados a través de red informática; implantación del manual de usuario; entrega de informes parciales.

Sala 3. Mesa 18:
La satisfacción de los pacientes en Atención Especializada

C150. Se va a implantar una nueva encuesta a los pacientes ¿cómo lo vamos a hacer?

Sáinz A., Martínez-Alonso JR., Morán I., Marco A., Caamaño C.

Hospital Puerta de Hierro. Madrid (Madrid).

Objetivos: Mejorar la calidad pasa ineludiblemente por escuchar la voz del paciente y traducir su opinión como una oportunidad de mejorar. El Plan de Calidad 2001 del hospital Puerta de Hierro incluye "El Informe del Usuario", encuesta diseñada en un proyecto Insalud-Universidad de Murcia, con el método de grupos focales. El objetivo antes de la implantación fue buscar la mejor manera de difundirla en el hospital para que la conocieran los profesionales, incluir si fuera preciso nuevas preguntas relacionadas con problemas específicos del hospital, diseñar un procedimiento de implantación que asegurase la mayor tasa de respuesta posible, y diseñar el método de análisis.

Metodología: Formación de un grupo de trabajo en el que participaron el SAP, bioestadística, comunicación y calidad. Se valoró la mejor forma de difusión y se hizo una detección de problemas de calidad a través de datos de reclamaciones y de resultados del plan de calidad del año 2000. Se decidió realizar un estudio piloto exclusivamente con los enfermos quirúrgicos tomando una muestra diaria de 12 pacientes intervenidos quirúrgicamente unos días antes. La muestra se obtiene por muestreo aleatorio simple utilizando el programa Eitable a partir de una relación de pacientes entregada por el servicio de Admisión al paciente.

Resultados: *Liderazgo y difusión:* La encuesta fue aprobada por la Comisión de Dirección, se difundió a los profesionales en el acto de presentación de la líneas estratégicas para los próximos tres años, se publicó en el periódico del hospital. *Contenido:* A la encuesta se le añadieron 3 preguntas en relación a problemas detectados en el hospital: tiempo de espera de ambulancias, entrega del informe y recetas al alta del paciente. Entrega y recogida de los cuestionarios: Se designó una responsable de la entrega de los cuestionarios. Se diseñó y documentó el procedimiento en forma de visita de 10 minutos de duración a cada paciente, con pautas e información estructurada en la que se dio relevancia en transmitir a los pacientes lo importante de su opinión para la mejora de la calidad y su aceptación para llamarle en caso de no recibir la encuesta. Previamente la responsable del SAP avisó a las supervisoras de las plantas del inicio de la encuesta. Se definió cómo los pacientes debían devolver la encuesta: depositándola al alta en buzones localizados en varios lugares del hospital o por correo, proporcionándoles un sobre franqueado. Se definió el circuito de los cuestionarios, la base de datos, la persona responsable de incluir los datos y el tipo de análisis estadístico. Coste: Para los 250 cuestionarios iniciales el coste ha sido de 30.000 pesetas, donde no está incluido el papel y las fotocopias.

Conclusiones: Implantar una encuesta en un hospital es un proceso complejo y más difícil de lo que parece en principio, ya que precisa involucrar a muchas personas y establecer un procedimiento estandarizado.

C151. Los pacientes han contestado la encuesta ¿Qué procesos aplicamos para conseguir los resultados?

Martínez-Alonso JR., Alonso M., Ayuso B., Sáinz A.
 Hospital Puerta de Hierro. Madrid (Madrid).

Objetivos: El Plan de Calidad del 2001 del hospital Puerta de Hierro ha incluido "El Informe del Usuario", encuesta diseñada en un proyecto Insalud-Universidad de Murcia. Se implantó inicialmente en enfermos quirúrgicos y en el mes de mayo se empezaron a recibir los cuestionarios cumplimentados por los pacientes. El objetivo es presentar los procesos realizados para la creación de una base de datos con las respuestas de cada pregunta, las técnicas estadísticas a aplicar y valorar, aunque no sean representativos, los resultados obtenidos hasta el momento que son comparados con otras poblaciones.

Metodología: Desarrollo de un programa en base de datos ACCESS concebido con filosofía similar al ofrecido por Insalud en los objetivos del año 2000. El formato de entrada de datos es claro y las variables están perfectamente identificadas para su tratamiento estadístico posterior. La base de datos es procesada directamente con el programa estadístico SPSS. En una primera instancia, siguiendo la normativa del proyecto, está prevista la determinación de frecuencias y porcentajes que definirán los indicadores generales, continuando con la valoración de dimensiones (organización, información, trato, infraestructura y competencia profesional) que son las principales causas de problemas de calidad percibidas por el usuario y finalizando el estudio con la interpretación del nivel de satisfacción del usuario a través de la variable cuantitativa definida de forma expresa al final del cuestionario.

Resultados: Hasta el momento sólo han respondido 20 pacientes y es pronto para adelantar resultados, pero con relación a la media, considerando como media los resultados obtenidos por la encuesta piloto del proyecto, se podría destacar que: se ha detectado un punto fuerte en el hospital en la dimensión de información. Consideran que no les informaron con claridad del motivo de su ingreso (5%). Respecto al documento de Consentimiento Informado hacen constar que no se lo entregaron (10%), que no les explicaron con claridad su contenido (4%), que no dispusieron de tiempo suficiente para leerlo con detenimiento (11%). Respecto a la intervención quirúrgica consideran que la explicación que les dieron fue insuficiente para aclarar sus dudas (5%) y que la información del resultado de la misma, dada a sus acompañantes al finalizar la operación no fue lo suficientemente clara (0%).

Un punto débil, en la dimensión de infraestructura: tuvieron algún problema en el uso de la ducha y el aseo (25%), tuvieron problemas por compartir habitación (17%), les resultaron molestas las visitas en algún momento (15%), les faltó en algún momento algo necesario respecto a toallas y lencería (12%)

Conclusiones: No se pueden sacar conclusiones con el volumen actual de datos. En octubre se presentará el piloto con datos de 5 meses.

C152. Grado de satisfacción de los pacientes en USP Clínica Sagrado Corazón

Pérez-Cabeza GC., Reina FJ.
 Sevilla (Sevilla).

Objetivo: Conocer el estado de satisfacción de los pacientes tanto objetiva como subjetiva de la globalidad de los servicios que tuvieron conocimientos durante su estancia.

Metodología: Realización de un total de 1.808 encuestas telefónicas, mediante empresa externa a la clínica y al grupo USP de forma que se garantizase la objetividad e independencia de los resultados. La encuesta está basada en 68 preguntas (8 abiertas, 8 dicotómicas, y 52 de puntuación -de 1 a 7-). Realizadas al 100% de los pacientes ingresados durante el primer semestre de 2000 y con al menos un mes de distanciamiento a la fecha de alta, con objeto de eliminar así las contestaciones cargadas de afectividad.

Se han excluido de la encuesta a: los menores de 16 años, a los pacientes de edad avanzada que se han autoexcluido y los que se han negado a contestar.

Se han considerado como fallidos a: los no localizables, teléfono erróneo, pacientes duplicados, pacientes fallecidos, otros (vacaciones, no ha ingresado...).

Resultados: Encuesta realizada sobre un total de 1.808 pacientes de los que se han realizado con éxito a un total de 1.053 y no realizados a 755 que se dividen en: fallidos un total de 703 pacientes que se reparten respecto al total de pacientes como: 8,30% no localizables, 17,20% teléfono erróneo, 9,40% duplicados, 1,05% fallecidos, 2,93% de otros. Excluidos un total de 52 pacientes que se reparten como: 1,44% que se negaron, 0,83% pacientes de edad avanzada y 0,61% menores de 16 años.

De las realizadas se han obtenido los siguientes resultados:

- Preguntas de puntuación: se han realizado un total de 52 preguntas valoradas según la escala de Likert que han tenido un promedio general de 6,494, desviación de 1,020 y varianza general de 1,046. Del total de 54.756 preguntas formuladas de 52 tipos distintos, en 1.783 de ellas los pacientes realizaron alguna observación sobre los servicios prestados.
- Preguntas abiertas: se han realizado un total de 8 preguntas, que para su estudio se han agrupado las respuesta según servicios, valoración y respuestas más repetidas.
- Preguntas dicotómicas: se han realizado un total de 8 preguntas de contestación rápida de sí o no, encaminadas a conocer la predisposición a volver o no al centro.

Conclusiones: Se ha obtenido una respuesta alta de cooperación y siendo la valoración muy positiva por parte de los pacientes que valoran con una nota media de 6,494 sobre 7 a los servicios de la clínica. Destacar que el 98% de los encuestados volverían al centro y sólo el 0,38% no volverían aún cambiando las instalaciones y el equipo. Se considera necesario seguir realizando este tipo de encuestas a otros niveles de pacientes (urgencias, consultas, ambulatorios...) e incluir en ellas a los médicos considerados ellos como otra parte de nuestros clientes.

C153. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas

Carrión MI., Blanco JM., Salinero M., Rodríguez-Jiménez A., Calvo C., Valenzuela D.

Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción y los motivos de insatisfacción más frecuentes manifestados por los pacientes tras su estancia en el hospital.

Material y métodos: El trabajo se ha realizado en el Hospital Universitario de Getafe. Estudio transversal por encuestas. La encuesta se entrega a los pacientes tras su estancia en el hospital; consta de 11 preguntas cerradas, un espacio abierto y datos personales. Los ítems hacen referencia a la calidad objetiva y subjetiva. La escala de respuesta es dicotómica u ordinal. Las encuestas se depositan en buzones que se encuentran en las Unidades de hospitalización. El estudio comprende del 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2000.

Resultados: Muestra 7.931 encuestas. Las mujeres son las que más contestan 60%; un 35% entre 20-40 años y un 50% con estudios primarios. La población que más encuestas remite es Getafe con un 45%.

De las 11 preguntas que constituyen la encuesta: 1. El 60% ingresan por urgencias. 2. La atención en urgencias es adecuada en un 63%. 3. Un 46% conocen el nombre del médico y un 34% el de la enfermera. 4. Las explicaciones dadas por el médico sobre su enfermedad ha

sido adecuada al 82%. 5. Dicen haberles atendido bien, siempre >50%, los médicos, enfermeras, auxiliares, celadores. 6. El 70% no han recibido el informe de alta. 7. Sobre su estado de salud e indicaciones tras el alta el 80% dicen haber sido adecuada. 8. Consideran buena la limpieza un 90%, la comida un 80%; consideran mal los ruidos un 25% y el confort se valora como bueno por encima del 83%. 9. Un 65% no saben/no contestan sobre el servicio de atención al paciente. 10. El 70% han recibido información sobre las normas del hospital. 11. El 93% volverían al hospital en caso de poder elegir.

Conclusiones: Limitaciones de validez y fiabilidad de la encuesta pero opinión de una muestra grande de la población que atiende el hospital.

Las mayores causas de insatisfacción: ruidos, demora asistencial en pruebas, intervenciones, consultas, el trato personal y la información clínica recibida.

Las unidades de menor satisfacción: urgencias, consultas externas y unidades quirúrgicas.

Más del 90% de los pacientes volverían al hospital en el caso de poder elegir, dato que permite valorar de forma muy significativa la opinión que tienen los pacientes sobre los servicios que se les prestan.

C154. Satisfacción del paciente con PCA (analgesia controlada por el paciente)

Hernández-Rodríguez O., García-González V., Fernández-Leyva A., Muñoz-Caballero C., Villegas F.

Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

Introducción: Como profesionales de la salud estamos interesados en conocer la satisfacción de los pacientes con un sistema de analgesia específico llamado PCA (Analgesia controlada por el paciente). Este sistema permite que independientemente de la perfusión continua programada, el paciente pueda administrarse dosis extra de analgesia. De esta forma el mismo se convierte en agente activo para el control de su dolor favoreciendo su independencia.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con este sistema de analgesia (PCA).

Material y métodos: La muestra está compuesta por 55 pacientes que se intervinieron de PTR (Prótesis Total de Rodilla) en el Hospital Comarcal de Poniente durante el período 1998-2000. Se diseña un cuestionario de 28 ítems de respuesta dicotómica (SÍ/NO) y 2 de respuesta de escala cualitativa; que se realiza telefónicamente. Evaluamos la satisfacción relacionada con: información recibida referente a la PCA; confianza proporcionada al paciente; aceptación de este nuevo sistema de analgesia por el paciente y finalmente la seguridad ofrecida con el equipamiento e instalaciones existentes en el centro. Revisión de las historias clínicas de estos pacientes para recoger datos sociodemográficos y técnicos (como son, ritmo de perfusión de la PCA, duración de la PCA), así como dolor padecido y efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

Resultados: Los resultados preliminares muestran: a. globalmente los pacientes están altamente satisfechos y seguros con este tipo de analgesia, no obstante se detecta la necesidad de aumentar la información referente al manejo e identificación de la PCA. b. los efectos secundarios registrados en la muestra son muy escasos y poco limitantes.

C155. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad

De Haro F., Martínez-López MB.

Granada (Granada).

La comunicación es y será un recurso trascendental para la enfermería, con ella y a través de ella realizamos una parte esencial de nuestra labor asistencial, permitiéndonos acceder a nuestros usuarios desde perspectivas inimaginables favoreciendo la relación enfermera paciente en todo el ámbito del cuidar, gestando una vía de intercambio de información, que nos conduzca a dar respuestas a las necesidades del paciente incidiendo fundamentalmente en una línea asertiva y empática, que desde el punto de vista deontológico y ético, debería ser de obligatorio cumplimiento para todo el colectivo relacionado con la salud.

Objetivos: Identificar si la comunicación enfermera paciente es percibida por el usuario como parte inherente al proceso de humanización de los planes de cuidados.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. Ámbito de estudio: Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Instrumentalización: se elaboró una encuesta a partir de que un grupo de expertos definiera las variables que se aceptaron como definitorias de humanización y comunicación. Los sujetos de estudio fueron los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía Vascular entre el 01/01/2001 y el 30/04/2001 que cumplieron los criterios de inclusión siguientes: 1. Estancia superior a 8 días. 2. Grado de dependencia según escala de Montesinos igual o superior a 48. 3. Tener entre uno y tres reingresos desde el 01/01/2000.

Resultados: El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.9. Se entrevistaron 72 pacientes de los cuales el 65,3% eran hombres vs 34,7% que eran mujeres. El 69,5% convive con esposo/a y/o hijos, de éstos el 91,7% lo hace en la residencia familiar. El 62,5% no conoce el nombre de la enfermera que le atiende. Identifica al profesional enfermero/a sólo el 43,1% de los encuestados. Ante un problema de asistencia, el 88,9% cree que recibe una respuesta de la enfermera pronta y eficaz; el comportamiento sincero y honesto por parte de la enfermera lo percibe un 84,7% y considera que recibe suficiente información sobre los cuidados de enfermería el 39,2% frente al 41% que opina lo contrario. El 86,1% entiende que no se hacen comentarios inadecuados sobre sus personas o patologías. La enfermera no inspira confianza o sólo lo hace a veces en el 36,6% de los encuestados y el 37,5% cree que siempre o a veces vamos deprisa. Finalmente el 88,9% cree que reciben una atención correcta.

Conclusiones: Se aprecia una plena confianza en las capacidades técnicas de la enfermera, aunque esta confianza queda parcialmente desvirtuada cuando refrenda la calidad en la relación humana y en el proceso de educación sanitaria que la enfermera desarrolla dentro de un programa informativo en la relación que ambos establecen, percibiéndose cierta inseguridad en los cuidados que recibe. Por tanto, resulta fundamental potenciar la comunicación en la relación enfermera paciente, para propiciar un proceso de humanización perceptible por el usuario, y concienciar a los profesionales, de la trascendencia que entraña abordar los cuidados desde esta perspectiva, pensando, que si cubrimos las expectativas de los pacientes, tendremos los mejores indicadores, que permitan mejorar de forma continua la calidad de la comunicación, en el ejercicio de nuestra profesión.

C156. ¿La asistencia recibida en el hospital de día satisface realmente a nuestros pacientes?

Murga M.†, Sánchez-Bernal R.*, Alonso A.*, Fernández-Peñalva G.*, Alcalde G.*, Gutiérrez-Mendiguren F.*

*Coordinación de Programas de Atención Especializada. Organización Central. Osakidetza/Svs. Vitoria.†Hospital de Día Médico-Quirúrgico del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. Osakidetza/Svs.

Son numerosos los aspectos sobre los que está capacitado el paciente para dar su opinión, y por ello se la hemos pedido en cuanto al conocimiento, información, rapidez en la atención, trato humano, comodidad, ventajas de volver a casa en el mismo día.

Objetivos: 1. Conocer la opinión de nuestros pacientes sobre la atención del personal de enfermería, el trato humano, la rapidez en la atención, la estancia, etc. 2. Conocer áreas de mejora para posteriormente implementar acciones de mejora.

Metodología: Está basada en el ciclo de evaluación y la mejora de la calidad.

Se definió como criterio de adecuada atención, cuando tras pasar por el hospital de día, dicho paciente no presentaba reclamación alguna y mostraba una satisfacción con la atención recibida, definiéndose el estándar en un % de satisfacción superior al 80%. La recogida de datos se ha realizado en el año 1999, al 100% de la muestra.

Se ha creado una base de datos en Access, y el análisis se ha hecho mediante el paquete informático SPSS para Windows.

Resultados: 1. El nº de pacientes estudiado y analizado ha sido de 478, de los que el 62% sí conocía el Hospital de Día. 2. El 60% obtuvo la información del médico, el 9% de Enfermería y el 26 % de otras vías. 3. Al analizar la inmediatez en la atención de enfermería el 97% dijo que muy rápida/rápida. 4. El 100% de los pacientes consideró el trato muy bueno/buena. 5. El 99% de los pacientes estuvo cómodo durante su estancia. 6. El 89% consideró suficiente la información recibida. 7. El 100% de los pacientes consideró una ventaja volver a casa el mismo día, diciendo el 84% de ellos que era por preferir el ámbito familiar y porque la recuperación era más cómoda en casa.

Conclusiones: El grado de satisfacción es excelente en cuanto al trato humano, la rapidez en la atención y la información recibida. No hay ninguna área de mejora imputable a enfermería. Las áreas de mejora son a nivel estructural y a nivel organizativo. La 1ª área de mejora es reducir el tiempo entre ingreso e intervención.

C157. Evaluación de un Hospital de Día: monitorizamos indicadores de funcionamiento, pero ¿qué opinan los usuarios?

Coll L., Sáez-Prieto E., Sánchez-Linares A., Valls C.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (Barcelona).

El Hospital de Día del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau atiende pacientes a los que se les realizan procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y dispone de un programa de apoyo a las altas rápidas de urgencias que requieren una visita para revisión global (entre las 24 h. y 7 días post-alta). Los pacientes han de venir acompañados.

Objetivos: 1. Reevaluar los indicadores de funcionamiento. 2. Evaluarlo desde la opinión de sus usuarios (pacientes/familiares).

Método:

1. Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población: total pacientes atendidos los 6 meses previos al estudio (junio 2000). Indicadores:
 1. Procedimientos suspendidos por incorrecta preparación.
 2. Consultas desde el domicilio sobre los autocuidados que ha de seguir el paciente.
 3. Pacientes con complicaciones antes del alta que precisan ingreso.
 4. Pacientes con complicaciones en el domicilio en las 48 horas posteriores al procedimiento o visita que precisan ingreso.
2. Estudio de opinión mediante encuesta telefónica (julio 2000). Muestreo aleatorio estratificado sobre el total de pacientes atendidos el mes anterior a la realización de la encuesta. Variables:

Accesibilidad, confort, información, trato, intimidad, valoración global de los profesionales, disponibilidad de las familias. Tratamiento estadístico: SPSS/Win.

Resultados:

1. Indicadores: 1= 0% (Stándard 2%). 2= 0,12% (Stándard 10%). 3= 2,8%. 4= 0,07%
2. Estudio de opinión: Encuestas realizadas 144. Tasa de respuesta 66,6%. Hora de atención: (Muy bien/Bien) el 86% pacientes y 87,1% familias. Días demora para ser atendido: (Muy bien/Bien) el 91,4% pacientes y 90,9% familias. Instalaciones: (Muy bien/Bien) el 100% pacientes y 91% familias. El 67% pacientes y el 72% familias sabían antes del ingreso lo que se les realizaría, con $p < 0,001$ entre los pacientes atendidos para procedimiento (100%) o visita (48,2%). El 87% (de usuarios) consideran útil la información recibida de la enfermera sobre la preparación a realizar en el domicilio antes del ingreso, con $p < 0,05$ si el motivo de atención es para visita: pacientes 60%, familias 100%. El 75% de pacientes y familia consideran útil el folleto informativo que se les entrega. Consideran útil la información sobre los cuidados a seguir en el domicilio post-alta el 90,9% pacientes y el 85,2% familia atendidos para procedimiento, con $p < 0,05$ a los atendidos para visita: 20,5% pacientes y familias. El 100% de usuarios dicen que se respetó su intimidad. El 100% pacientes y 98,7% familias consideran muy correcto el trato recibido. Califican 9-10 a la enfermera: 86,6% pacientes y 76,6% familias y al médico: 88,2% pacientes y 67,7% familias. El 67,6% de familias responden que les ha sido fácil poder acompañar al paciente y el 70,9% que no han tenido problemas para atenderlo en casa después del alta. El 76,4% de pacientes dice que no ha tenido problemas para ser acompañado. El 83,9% pacientes y el 88,3% familias consideran suficiente el tiempo de estancia en el Hospital de Día, se sienten seguros y prefieren estar en casa antes que quedarse hospitalizados más tiempo.

Conclusiones: Se cumplen los estándares de funcionamiento. La opinión de los usuarios es favorable. Consideran útil la información recibida pero hay puntos a mejorar en los pacientes atendidos para visita. No refieren dificultades para los desplazamientos que suponen la atención en el Hospital de Día, ni para seguir los cuidados en el domicilio. Se han identificado nuevas líneas de trabajo para mejorar la calidad: estudiar las necesidades específicas que presenta la familia en el Hospital de Día para incluirlas en el Plan de Cuidados. Mejorar la información al alta que se ofrece en el Hospital de Día a los pacientes atendidos para visita. Revisar el circuito de información del paciente al alta rápida del servicio de urgencias.

C158. Estudio nacional para analizar la calidad en el cáncer colorrectal (CCR). II Calidad percibida

Ruiz-López P., Alcalde J., Rodríguez-Cuellar E., Landa I., Lorenzo S., Jaurieta E.

Sección de Gestión de Calidad. Asociación Española de Cirujanos.

Objetivos: Cada proceso tiene características específicas, lo que supone un interés la medición de la calidad percibida. Con el propósito de conocer la satisfacción y que sirviera para completar el estudio global del mencionado proceso, se ha desarrollado este proyecto.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, transversal y descriptivo, en el que participaron 44 hospitales correspondientes a 18 comunidades autónomas. Se incluyó el cuestionario validado SERQVHOS, añadiendo preguntas concernientes a colostomía.

Resultados: De los 417 pacientes incluidos en el estudio respondieron 325 (77,93%). La edad media fue 68,25 años; el 61,68%

varones. El 24% no tenía estudios: El 97,5% se encontraron muy satisfechos/satisfechos. El 94,9% recomendaría el hospital sin dudar. Sólo a un 1,5% se realizaron pruebas sin su consentimiento. El 88,1 % consideraba que había estado ingresado el tiempo necesario. Conocían el nombre de su cirujano el 91,1% y de su enfermero/a el 63,1%. El 95,4% pensaba que había recibido suficiente información. El cuestionario relativo a calidad asistencial puntuado de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba) constaba de 19 ítems, en todos ellos la media fue superior a 3 (como me lo esperaba), la moda fue 3 en 7 ítems, 4 en 9 ítems y 5 en 3 ítems. Los ítems mejor valorados fueron la información y la amabilidad del personal, los peor valorados fueron la habitación, la señalización y la puntualidad. Del 39,69% con colostomía, el 7,75% no fue informado de la posibilidad de necesitar dicho estoma, el 12,5% consideraba que no se le había informado suficientemente sobre el cuidado del estoma y al 16,65% no se le enseñó a cambiar la bolsa. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción respecto a edad, ingresos previos.

Conclusiones: La satisfacción global de los pacientes intervenidos por CCR en España es elevada; el paciente y su familia consideran que son informados convenientemente y conocen el nombre de su cirujano. Las quejas encontradas se refieren fundamentalmente a problemas de hostelería (habitación, comida), estructurales (señalización) y de organización. No se explican suficientemente aspectos específicos de la colostomía.

C159. Estudio de la calidad de una encuesta de opinión

Galobart A.

Hospital Municipal de Badalona (Barcelona).

Una herramienta fundamental para conocer la opinión de las personas son las encuestas de salud. Para que la información proporcionada sea aprovechable para una buena gestión, el cuestionario debe poseer una serie de características entre las que se encuentran la validez y la fiabilidad. Un instrumento de medida es fiable si se producen los mismos resultados cuando se aplica en varias ocasiones. Se presenta un estudio de fiabilidad de una encuesta de opinión sobre la base de la consistencia interna, la repetibilidad y la capacidad de discriminación.

Metodología: La escala consta de 15 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 gradaciones. Para el análisis de la consistencia interna se utilizó el alfa de Cronbach. La repetibilidad se evaluó con una segunda llamada a 19 de los encuestados a los dos meses de la primera y calculando la correlación entre ítems. La capacidad de discriminación entre ítems se efectuó según los criterios de Ebel comparando el primer cuartil con el último.

Resultados: Consistencia interna: alfa de Cronbach 0,898. Rango de correlación de cada ítem con el total de la escala: 0,449-0,731. Repetibilidad test-retest: Correlación de Pearson (valor medio): 0,031 con rango: 0,000-0,080.

Índice de discriminación global: 63,7%. Sólo tres ítems dieron un valor por debajo del 40% con un mínimo de 30,3%.

Conclusiones: La consistencia interna de la escala es excelente con una correcta homogeneidad de los ítems.

El cuestionario muestra una buena capacidad de repetibilidad. Sólo tres ítems dieron un coeficiente no significativo (menor de 0,1) lo que se atribuye a tamaño de la muestra. Todos los ítems muestran una muy buena capacidad de discriminación excepto tres que se califican de aceptable. El cuestionario de opinión que se evalúa presenta una buena calidad métrica en cuanto a la característica de fiabilidad.

C160. Análisis económico de las reclamaciones en un hospital del grupo IV

Ruiz-Ortega JM., Guerrero M.

Unidad Gestión Riesgos Sanitarios. Dirección Gerencia.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

La identificación y el análisis económico de las reclamaciones en un hospital se convierten en fuente de información indispensable para la mejora de la calidad del centro.

Objetivo: Conocer el coste de la siniestralidad ocurrida en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca entre los años 1995-2000.

Método: Estudio retrospectivo de reclamaciones cubiertas por el Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Insalud entre el 1/6/95 al 31/12/00, mediante la confección de una base de datos propia con diversas variables de estudio. Se descartan las reclamaciones inferiores al disponible del contrato de seguros suscrito (500.000 pesetas).

Resultados: Se han presentado 119 reclamaciones de las cuales el 67,23% solicitaron reparación económica por un valor de 2.210.490.000 pesetas; el promedio por reclamación fue de 27.631.125 pesetas. Se ha liquidado el 8% de las reclamaciones presentadas por un montante de 113.065.000 pesetas aunque existen unas reservas económicas por valor de 224.000.000 pesetas pendientes de resoluciones judiciales. El promedio de indemnización liquidada fue de 12.563.000 pesetas; corresponde al área de quirófano el porcentaje mayor (45%) de liquidaciones, seguido de los servicios centrales (22%); el coste medio de indemnización se elevó a 18 millones en el área de urgencias y 13 millones en paritorios como más significativos. El coste medio por motivo de reclamación fue de 18 millones por error diagnóstico y 13,45 millones por error de tratamiento.

Conclusiones: La incorporación de la información derivada de la siniestralidad en el cuadro de mandos económico del hospital se convierte en instrumento necesario para la previsión de futuros gastos en un escenario descentralizador de gestión. La puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios en hospitales, a través de la identificación y análisis de riesgos, perseguirá una disminución de los siniestros tanto en la frecuencia como en la gravedad de los mismos.

Sala 4. Mesa 19:
Calidad en Salud Mental y dispositivos sociosanitarios

C161. Indicadores de calidad en los servicios sociales de ICASS. Ejemplo residencias de mayores - Institut Català d'Assistència i Serveis Socials- Departament de Benestar. Generalitat de Catalunya

Casals I., Cervera M., Gil-Origüen A., Fornós A., Rovira E., Vives A. Saura RM.

ICASS, FAD-Fundación Avedis Donabedian. Barcelona (Barcelona).

Objetivos: Creación de herramientas que homogeneizan los estándares de calidad en una red de servicios de responsabilidad pública. Introducción de la cultura de la calidad en los diferentes sectores asistenciales.

Metodología: Consenso a partir de todos los estamentos implicados: proveedores, los técnicos y la administración sobre el nivel exigible.

Grupos de 10 personas. Promedio de 7 reuniones. Selección de los indicadores más significativos para el momento actual. Determinación de la fórmula de cálculo y de los estándares exigibles. Evaluación externa por parte de una entidad independiente. Aplicación realizada en 1999 para los centros propios y concertados y en el año 2000 para los centros colaboradores.

Resultados: creación de 6 baterías de indicadores

- Ámbitos asistenciales: residencias de mayores 37, centros de día de mayores 34, residencias de disminuidos psíquicos 32, residencias de disminuidos físicos, casas de acogida para mujeres maltratadas 23 y centro de desarrollo infantil y estimulación precoz 30.
- Cada indicador se compone de los siguientes elementos: dimensión, área relevante, criterio, nombre del indicador, justificación, fórmula, definición y términos, fuente de datos, tipo de indicador, estándar de cumplimiento y notas.
- Las dimensiones más habituales son: atención a los usuarios, relaciones y derechos de los usuarios, confort y servicios hoteleros, relaciones con el exterior y organización.
- El 41% son de estructura, el 50% de proceso y el 9% de resultados.
- El cumplimiento medio de los indicadores se sitúa alrededor del 75,1% para centros propios y concertados y 66,7% para colaboradores.
- 36 centros propios y concertados: por dimensiones: atención a la persona 71,3%, derechos 70,4, confort 76,7%, organización 49,1%. Los centros de 50 a 100 plazas obtienen una calificación mejor.
- 250 centros colaboradores: atención a la persona 70%, derechos 62%, confort 75%, organización 39%. Los centros de más de 100 plazas obtienen una calificación mejor. Datos globales inferiores a los anteriores.

Conclusiones: Las baterías de indicadores son un excelente elemento para iniciar a un colectivo en la cultura de la calidad. Es fundamental el consenso entre las partes para que todos los implicados los sientan como suyos. Ha sido un buen principio, prudente y comedido, para un sector muy amplio y con una notable variabilidad en los niveles de calidad.

C162. Estudio de satisfacción en las residencias de personas mayores

Saura RM., Suñol R., Gil-Origüen A., Casals I.

Fundación Avedis Donabedian. Barcelona (Barcelona).

Objetivos: 1. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios residenciales del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS). 2. Identificar las áreas de mejora 3. Utilizar los resultados como instrumento de cambio cultural en la planificación de necesidades.

Metodología: Técnica cualitativa: Elaboración de un cuestionario específico, a partir de un estudio exploratorio (grupos focales), revisión de bibliografía, definición de contenidos y validación del cuestionario (pre-test), resultando un cuestionario con 28 preguntas de satisfacción clasificadas en 8 dimensiones, con escalas de valoración categóricas y 5 variables independientes. Posterior formación de encuestadores. Técnica cuantitativa: Estudio transversal (estimación). Población a estudio: todos los residentes con más de tres meses antigüedad centros residenciales pertenecientes a la red del ICASS. Criterio de exclusión: capacidad cognitiva deteriorada, identificada a partir de los test de Minimental o Pfeiffer.

Resultados: 1.910 personas encuestadas, pertenecientes a 80 residencias de toda Catalunya. Edad media de $81,8 \pm 8,2$ años. El 30% califican la satisfacción global de excelente y un 46,5% como apro-

bado alto. La valoración no se modifica por edad, sexo o tipo de habitación (individual/compartida). Si se modifica en función del número de camas de la residencia y los años de estancia. Los aspectos de confort, accesibilidad e incluso intimidad son bien valorados, con un rango de valoraciones positivas entre 80% y 96%. También el trato personal de los profesionales, y la valoración de la competencia profesional obtienen entre 86% y 95%. Las dimensiones identificadas como áreas de mejora son la información y participación activas por parte de los residentes, y sobre todo el ámbito de relación personal entre ellos y con el exterior. Casi un 30% dicen aburrirse en la residencia. Menos del 50% dicen tener algún tipo de relación personal con los demás residentes y sólo el 14% desearía aumentar este nivel de relación.

Conclusiones: Las dimensiones relacionadas con las instalaciones, la prestación de cuidados o la organización presentan valoraciones muy aceptables, mientras los ámbitos de relación, aislamiento personal y acciones proactivas de participación por parte de las organizaciones son en estos momentos el punto clave de actuación. Hay que incorporar a los planes de calidad de las organizaciones que prestan servicios sociales, el enfoque de atención integral de necesidades sanitarias junto a los componentes de la esfera psicosocial.

C163. Evaluación externa de indicadores de calidad consensuados en los Centros de Salud Mental de adultos de soporte a la Atención Primaria

Hilarión P., Suñol R., Ballester J., Grané M., Planella R., Sanz C.
Fundación Avedis Donabedian. Barcelona (Barcelona).

Objetivos: 1. Identificar la situación basal de cumplimiento de los Indicadores de calidad consensuados para los Centros de Salud Mental de Adultos de Catalunya (CSMA). 2. Estudiar la relación entre dotación de plantilla de los centros y el cumplimiento de los indicadores. 3. Identificar oportunidades de mejora para el sector para los próximos 2 años.

Metodología: Se han evaluado un total de 29 indicadores y uno complementario de dotación de personal. Los indicadores han sido elaborados de forma consensuada con un grupo de expertos, técnicos, representantes de patronales y de la administración, con soporte metodológico y técnico específico. Las dimensiones evaluadas son atención a los pacientes, relación, trato, derechos, deberes e información del usuario, confort, entorno y servicios hoteleros, organización del centro y coordinación de la atención con otros niveles asistenciales. Se realizó un estudio observacional descriptivo con muestreo aleatorio de casos en la totalidad de CSMA (66). Se ha evaluado 21 indicadores generales para todos los centros y 8 indicadores específicos para los centros con Programa TMS. Se realizó una prueba de concordancia entre evaluadores por una entidad independiente.

Resultados: 66 centros evaluados. Historias clínicas revisadas: 4.493. 1. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores en el sector de 61,7% (64% en los centros con Programa TMS y 58,7% en centros sin Programa TMS, no existiendo diferencias significativas). 2. El cumplimiento por dimensiones ha oscilado entre el 51,6% de la dimensión confort, entorno y servicios hoteleros y el 79,0% de la dimensión coordinación de la atención con otros niveles asistenciales. 3. Los aspectos relevantes con mejor puntuación son la revisión de la estrategia terapéutica y el sistema de coordinación con las ABS y los de menor cumplimiento son informes de derivación, estudio del grado de satisfacción de los profesionales (27,4%) y la reevaluación de los pacientes del Programa de TMS (36,0%). Se ha establecido un plan de mejora consensuado. 4. No existe correlación entre la tasa de la plantilla del centro y el cumplimiento de los indicadores de calidad técnica.

Conclusiones: 1. Ha sido posible el consenso de indicadores de calidad técnica con el sector. 2. El estudio ha permitido la 1ª evaluación de calidad en centros de salud mental de adultos a nivel de una comunidad autónoma. 3. La dotación de personal no se correlaciona con los resultados de calidad técnica evaluados. 4. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto las áreas de mejora necesarias en los centros.

C164. Desarrollo e implantación de grupos de mejora en el Centro Gerontológico "amma Mutilva"

Sanchez-Ostiz R., Ochoa M., Gorricho L.
Pamplona (Navarra).

El Centro Gerontológico amma Mutilva (Navarra) (CGAM) atiende a 180 usuarios mayores dependientes en 6 módulos residenciales, un centro de día de 30 plazas y servicios de atención domiciliaria. Desarrolla su sistema de calidad en el marco del modelo EFQM.

Objetivos: Por medio del desarrollo de un grupo de mejora (GM) en el proceso clave de lavandería se ha pretendido mejorar dicho proceso y formar a una serie de trabajadores en la implantación de este tipo de herramientas de calidad.

Metodología: En una primera fase se formó a los participantes (12) en la implantación y coordinación de GM. Como resultado de esta fase se constituyó un grupo piloto de mejora que durante tres meses ha ido manteniendo reuniones periódicas, finalizando sus tareas en mayo de 2001.

Resultados: Se listaron los problemas, más de 27 en las diferentes actividades y profesionales que intervenían. Posteriormente se han analizado las decisiones a tomar y se han puesto en marcha las diferentes mejoras para lo cual se han empleado técnicas de análisis de problemas, flujogramas de procesos y descripción de tareas.

Conclusiones: Los grupos de mejora son una herramienta muy útil, de tipo interdisciplinar, en el ámbito de los centros que atienden a personas mayores. Su implantación requiere una formación previa por medio de grupos piloto que puedan extender esta metodología a otros procesos. El grado de implicación del personal considerado "menos" cualificado ha sido muy importante, que ha permitido mejorar el clima laboral.

C165. Mejora de la atención domiciliaria con equipo de soporte en Zaragoza

Mainar MP., Torrubia MP., Moreno R., Rodeles R., Nogué A.
Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).
Zaragoza (Zaragoza).

Objetivos: Mostrar cómo los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (E.S.A.D.) pueden: dar apoyo a los profesionales de Atención Primaria para atender a domicilio pacientes terminales y/o inmovilizados, con asistencia directa cuando se requiera; promover la coordinación A.P.-Hospital; impartir docencia y potenciar la investigación.

Diseño: Descripción de las actividades realizadas en el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte en las Áreas II y V de A.P. de Zaragoza, durante el año 2000.

Mediciones: Tipo de paciente (inmovilizado/terminal); fecha y motivo de inclusión y salida del programa; estancia media; nº de visitas realizadas por ESAD y combinadas ESAD/EAP (conjuntas, médicas y de enfermería); nº de llamadas o visitas a los servicios de urgencias; nº de ingresos; fallecimientos y lugar donde se produjeron; actividades de coordinación, docencia e investigación.

Resultados: Durante el año 2000 se incluyeron 155 pacientes (101 inmobilizados, 54 terminales) en el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte.

En inmobilizados el problema principal fue "enfermedades neurológicas" (53). La mediana de visitas fue 1 (rango=1-20); las llamadas totales al 061 fueron 5; ingresos en institución cerrada 9; haber solicitado su médico una valoración fue el motivo de salida más frecuente.

En terminales, el problema principal fue cáncer (45). La mediana de visitas fue 3 (Rango = 1-35); las llamadas totales al 061 fueron 19; ingresos en institución cerrada 21 (0,38/paciente). 29 pacientes salieron de programa por fallecimiento y 10 por ingreso en hospital de referencia. 68% de éxitos fue en domicilio y 17% en hospital de referencia.

Se impartieron cinco cursos docentes y dieciocho sesiones. Rotaron por nuestro servicio ocho profesionales sanitarios.

Se mantuvieron 120 reuniones de coordinación, entre ellas 62 con el Hospital de agudos y 24 con EAP.

Participamos en un estudio multicéntrico europeo, y presentamos una comunicación (póster) en un congreso nacional. Elaboramos cuatro artículos pendientes de publicación en revistas y preparamos una comunicación oral para otro congreso nacional.

Conclusiones: Los E.S.A.D. pueden contribuir a optimizar los recursos sanitarios existentes en Atención Primaria; su colaboración con los EAP puede ser interesante para instaurar programas de mejora continua de la calidad.

C166. Programa de planificación de alta hospitalaria en ancianos. Utilidad de los instrumentos de la valoración geriátrica

Ruiz-Hidalgo D., Francia E., Montiel JA., Torres OH., Monmany J., Vázquez-Mata G.

Departamento de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma. Barcelona (Barcelona).

Objetivos: Evaluar la utilidad de la comorbilidad y función física en la planificación de alta hospitalaria y analizar el perfil de seguridad del programa de planificación de alta.

Metodología: Selección de pacientes: 174 sujetos mayores de 65 años con patología médica aguda.

Periodo del estudio: 1 de diciembre de 2000 a 31 de marzo de 2001. Tipo de estudio: Longitudinal y observacional.

Protocolos de planificación de alta hospitalaria: se diseña un protocolo de planificación de alta basado en la estabilidad clínica al alta, necesidad de tratamientos no complejos, comorbilidad y función física 48 horas antes del alta prevista. Instrumentos de evaluación: Comorbilidad (Índice de Charlson) y Función Física (Índice de Barthel) Variables finales: Mortalidad hospitalaria, Mortalidad a los 30 días del alta, Reingresos hospitalarios en los primeros 30 días después del alta. Análisis estadístico: SPSS 6.5.0

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 81 años (intervalo 65-93), 58% mujeres. La categoría diagnóstica más frecuente fue el sistema circulatorio. El destino al alta fue: consulta alta rápida Hospital de día (24,7%), Hospital de Día Convencional (32,75%), Unidad de Subagudos (20,69%), Convalecencia (12,64%) y Larga Estancia (9,14%). No había diferencias de edad ni sexo entre los diferentes niveles asistenciales. No había diferencias entre las categorías diagnósticas entre los diferentes niveles, excepto en la Unidad de Subagudos (80% enfermedades respiratorias). La comorbilidad por niveles fue la siguiente: Consulta Alta Rápida (2,18), Hospital de Día (3,09), Unidad de Subagudos (2,01), Convalecencia (1,81) y Larga Estancia (1,70) y el índice de Barthel al alta: Consulta Alta

Rápida (85,77), Hospital de Día (74,64), Unidad de Subagudos (66,32), Convalecencia (48,62) y Larga Estancia (17,66). Hubo diferencias significativas en el índice de Barthel entre todos los niveles. La mortalidad hospitalaria global fue del 1,15% a expensas del nivel de larga estancia (12,5%). Los reingresos a los 30 días fueron del 4,02% y la mortalidad a los 30 días del 1,14%.

Conclusiones: La función física es el mayor determinante en la planificación de alta hospitalaria. El programa diseñado de continuidad asistencial al alta hospitalaria ofrece un adecuado perfil de seguridad a los ancianos.

C167. Elaboración de una guía para la valoración del paciente anciano en Atención Primaria

Arbilla O., Ayerdi K., Egurza I., García del Río E., Litago C., Zubicoa J.

Unidad de Programación y Docencia. Pamplona (Navarra).

Introducción: El envejecimiento progresivo de la población y la percepción de afectación del estado de salud en las personas mayores lleva a este sector a adquirir un mayor peso específico como receptor de recursos y servicios sanitarios.

Objetivo: Elaborar un instrumento que permita a los profesionales proporcionar una atención de calidad a las personas mayores, con un enfoque integral y multidisciplinar que explicita las normas de actuación para: identificar aquellas personas con mayor riesgo de sufrir incapacidad y pérdida de autonomía y así proporcionar los cuidados necesarios para evitar, en la medida de lo posible, la dependencia.

Material y métodos: A iniciativa de la Dirección de Atención Primaria, se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar, con participación de profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social de los centros de salud. Se ha elegido una responsable y se ha contado con la colaboración de profesionales de atención especializada.

Fases:

- Detección de los puntos clave en la atención al paciente anciano, con dos aspectos relevantes: la definición de "anciano de alto riesgo" o "anciano frágil" y la valoración geriátrica integral.
- Valoración de la evidencia científica.
- Elaboración del documento.
- Plan de implantación: presentación, envío de la guía a profesionales, oferta de talleres.
- Pilotaje del protocolo.
- Elaboración de indicadores que permitirán evaluar la guía.

Resultado: Se ha elaborado una Guía de actuación para la valoración del paciente en Atención Primaria que explicita la atención a este sector de la población. Se añade la bibliografía consultada, algoritmos que ayudan a la comprensión y aplicación práctica del protocolo y varios anexos con temas específicos.

C168. Riesgo social en mayores de 75 años hospitalizados

Clares I., Castellote FJ., Campillo MV*, Navarro D*.

Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos. *Unidad de Trabajo Social. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).

Objetivos: Valoración de la incidencia de riesgo social en ancianos mayores de 75 años ingresados en un hospital del grupo 4 del Insalud. Describir las características de estos ancianos con riesgo social y por último objetivar su destino.

Método: Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1999 y enero, febrero y marzo de 2000 se valoraron en los tres primeros días de ingreso a todos los mayores de 75 años ingresados en el Hospital U. Virgen de la Arrixaca. La evaluación realizada recogía el estado funcional (mediante el índice de Barthel), psíquico y social en situación basal (antes de enfermar) y en el momento de la valoración y el diagnóstico de ingreso. Con estos datos se realizaba un juicio sobre la posible existencia de problemática social y en este caso se derivaba a las trabajadoras sociales del Hospital.

Resultados: Se valoraron 1.248 pacientes, de los cuales 106 (8,49%) presentaban riesgo social. De estos 106 se desestimaron 2 por haber reingresado en ese espacio de tiempo. De los 104 restantes la edad media fue de 82,95 (4,44). La distribución por sexo: 73 mujeres (71,15%) con una edad media de 83,42 y 31 varones (28,85%) con edad media de 81,85.

La situación funcional basal (Barthel previo BP) fue: BP \leq 60 (discapacidad moderada-severa): 20 (31,74%); 60 < BP \leq 90 (discapacidad leve-moderada): 51 (49,03%); BP \geq 95 (independiente en autocuidado): 29 (27,88%). La situación cognitiva previa fue en 78 (75%) normal y en 26 (25%) existía sospecha o deterioro cognitivo. Desde el punto de vista sociofamiliar: 34 (32,69%) eran solteros/as, 43 (41,34%) viudos/as, 26 (25%) casados/as y 1 separado. No tenían hijos 47 (45,19%) pacientes y 41 (39,42%) ancianos vivían solos. Los diagnósticos de ingreso más prevalentes fueron ACV 21 (20,19%) y fractura de cadera 20 (19,23%). En el momento de la valoración al ingreso 50 pacientes (48,27%) tenían un Barthel de 0 (dependencia absoluta en autocuidado) y en otros 39 (37,57%) su Barthel era menor o igual a 60. Presentaban deterioro cognitivo al ingreso 55 (52,88%).

El destino final de los 104 ancianos fue: Domicilio 64 (61,5%), Hospital de apoyo 21 (20,19%), Exitus 15 (14,42%) y Residencia 4 (3,84%). Se analizaron qué factores influían en el destino al alta objetivando que una menor edad ($p < 0,10$), un mejor estado funcional al ingreso ($p < 0,05$) y un menor deterioro cognitivo al ingreso ($p < 0,0001$) estaban asociados con alta a domicilio. El sexo y la situación funcional antes de enfermar no estaban relacionados con el destino al alta.

Conclusiones: Dentro de la población mayor de 75 años ingresada en nuestro Hospital existe una proporción no desdeñable de problemática social, generalmente se trata de mujeres de edad avanzada, solteros/as o sin cónyuge, sin hijos o viven solos/as y que ingresan por patologías altamente incapacitantes. En una alta proporción el pronóstico vital es malo, y en el resto aún sigue existiendo una red de apoyo familiar adecuada. La situación cognitiva y funcional que presentan al ingreso son factores que van a condicionar el destino al alta.

C169. Valoración de la aplicación de un protocolo de caídas en una unidad sociosanitaria

de Febrer G., Cortiella A., Yagüez C., Lorenzo-Martínez A., Navarro-Masegosa I.

Centro Sociosanitario del Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Unidad de Convalecencia y Curas Paliativas del Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Grupo SAGESSA. (Tarragona).

Introducción: Las caídas en el anciano es uno de los síndromes geriátricos que provoca más morbilidad. Nuestra Unidad Sociosanitaria dispone de 40 camas: 30 de convalecencia y 10 de curas paliativas. La media de edad de los pacientes ingresados es de 72,5 años, respondiendo a un perfil de enfermo geriátrico. El protocolo de caídas se implantó en enero de 1999. Se revisan los resultados de su aplicación comparándolos con los previos a su instauración.

Objetivos: 1. Detectar el número de caídas. 2. Determinar la Ratio de Caídas (RC)=número de caídas/número de ingresos. 3. Determinar los factores de riesgo más importantes. 4. Valoración de la repercusión del protocolo de caídas en nuestra unidad.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, desde el 01/01/99 al 31/12/00, y se compara con el año 1998:

- Episodios de caídas.
- Registro de cada caída.
- Contabilizar: los factores de riesgo extrínsecos: el lugar de la caída (unidad adaptada con supresión de barreras arquitectónicas); y los factores de riesgo intrínsecos: Edad, Sexo, Patología Médica, Fármacos prescritos en el momento de la caída, la situación de la movilidad del paciente, la temperatura y la TA.

Resultados:

1. Número de caídas y distribución por sexo. En 1998: 93 caídas (56 hombres y 37 mujeres). En 1999: 43 caídas (27 hombres y 16 mujeres). En 2000: 58 caídas (30 hombres y 28 mujeres).
2. Ratio de caídas: Año 1998 RC=93/276=0,36; Año 1999 RC=43/317=0,13; Año 2000 RC=58/324=0,17.
3. Patología Médica más frecuente: enfermos paliativos y enfermedades del SNC.
4. Cumplimiento del 100% del registro de caídas modificado en junio de 1998.
5. Consecuencias de la caída. En 1998: 82 no sufrieron ninguna lesión, 9 heridas inciso-contusas y 2 fracturas. En 1999: 31 no sufrieron lesiones, 3 heridas inciso-contusas y 2 fracturas. En 2000: 48 no sufrieron lesiones. 3 heridas inciso-contusas y 1 fractura.

Conclusiones: La aplicación del protocolo nos ha permitido disminuir el número de caídas de los pacientes ingresados. La confección del protocolo ha sensibilizado al personal de la unidad, extremando más las precauciones. La creación del registro de caídas nos ha permitido tipificar mejor los factores de riesgo y acabar de confeccionar el protocolo.

C170. Control de higiene personal del paciente a su ingreso en una unidad de agudos

Corral R., Gutiérrez-Irles B., López-Nicolás MD., López-Rueda J., Murcia JA., Pascual M.

Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". El Palmar (Murcia).

Objetivo: Ante el estado de higiene personal que presentaban los pacientes al ingreso en la unidad de Agudos I, extensible a Agudos II, así como la falta de registro de dicha higiene, nuestro grupo decidió implantar un programa de Evaluación y Mejora de la calidad eligiendo este tema como base de dicho programa. Se estableció como criterio principal que todos los pacientes a su ingreso debían ser aseados, salvo excepciones (agitación, prescripción facultativa, etc.)

Metodología: Se tomó como muestra la forma aleatoria simple a 140 pacientes durante los meses de marzo-abril de 2000.

Resultados: La primera evaluación, al comprobar los datos existentes de las hojas de ingreso y observaciones de enfermería que aparecían en la historia de enfermería (datos dispersos y de difícil obtención) se obtuvo aproximadamente un grado de cumplimiento de un 40%. Al comprobar la dificultad en la recogida de datos decidimos crear una hoja de registro en la que se especificara si se había realizado la higiene, motivo de no hacerlo y extensión a un margen de 24 horas para su realización.

La segunda evaluación se realizó con una muestra del mismo tamaño (140 pacientes) y 8 meses después de haber introducido la nueva hoja de registro. En el primer criterio recogemos un aumento significativo del 40% de cumplimiento en la primera evaluación, hasta un

70% en la segunda. El aumento significativo se constata en los demás criterios. El segundo criterio se pasa de un 60% en la primera evaluación a un 90% en la segunda. El tercer y cuarto criterio que hacen referencia a los incumplimientos pasan de valores del 10% y 3% en la primera evaluación a un 60% y 40% en la segunda.

Conclusiones: Aun así seguramente es posible aumentar más el nivel de calidad, pero consideramos que en un primer estudio los resultados son satisfactorios y se puede extender esta hoja de registro a las demás unidades de agudos. No descartando realizar una nueva evaluación e introducir cambios en la hoja de registro si es necesario para aumentar el nivel de calidad.

C171. Impacto de una intervención educativa de prevención de tabaquismo en la población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria en el medio rural

García-Martínez P., Fernández-Fernández A., Carrillo A., Sánchez-Nieto JM, Andreo JA, López-López E.

Unidad de Investigación, Docencia y Calidad. Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Introducción: La OMS define el tabaco como una droga y es la principal causa prevenible de muerte en occidente. Las iniciativas antitabaco consisten básicamente en medidas informativas, educativas y legislativas.

Objetivos: Valorar el impacto de un programa educativo en las actitudes y consumo de tabaco de los adolescentes entre 12 y 14 años, del Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) "Los Cantos" de Bullas.

Metodología: Ensayo con grupo de estudio (154 alumnos) y grupo control (78) aleatorizado por conglomerados uniformes. Diseño metodológico según el desarrollo de un ciclo de mejora de calidad: detección de oportunidad de mejora (actitudes y consumo de tabaco en adolescentes), análisis del problema (cuestionarios autoadministrados, validados FRISC), diseño y aplicación de medidas de intervención (Programa educativo diseñado y aplicado por profesionales sanitarios y docentes) y (Re)evaluación (cuestionarios FRISC). Se evalúan las actitudes y consumo de tabaco de todos los alumnos (232) con la encuesta FRISC validada. Aleatorización por conglomerados: grupo control (GC) y de estudio (GE). Intervalo de confianza 95%, error de muestreo 5% y proporción estimada 50%. Sobre el GE se interviene mediante programa educativo de prevención de tabaquismo modificado (PET-M) diseñado por profesionales sanitarios (enfermería y neumólogos) en colaboración con equipo docente (profesores titulados y psicólogos) del centro. El PET-M incluye: actividades transversales y tutoriales con métodos explicativos, proyección de vídeos y ejercicios prácticos. A los tres meses se evalúan los resultados mediante nueva medición con idéntica metodología (cuestionario FRISC).

Resultados: La intervención con el PET-M logra una mejora significativa en las actitudes de placer ($p=0,0232$), ayuda a hacer amigos ($p=0,0059$), y una mejora en líneas generales en las actitudes de diversión: 7,4% en GE, versus 9,7% en GC, aceptación de consumo: 24,6% GE versus 37,1% GC, consumo en el instituto: 26,9% GE versus, 31% GC. El consumo también es inferior entre los alumnos del GE que recibieron el programa PET-M, fuman a diario un 11% en el GE y 19,4% en el GC.

Conclusiones: 1. La aplicación del programa educativo "PET-M" en adolescentes de 1º y 2º de ESO del IES "Los Cantos" de Bullas ha logrado una mejora significativa en las actitudes frente al tabaco. 2. El consumo de tabaco en estos adolescentes del grupo que recibió el programa de intervención también disminuye frente al grupo control.

C172. No conformidades, sugerencias y reclamaciones en el mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad

Hernández-Mondragón JA., Guzmán-García B.

Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias. Málaga (Málaga).

Objetivos: En este estudio se pretende analizar el peso específico de las sugerencias y reclamaciones de clientes, de las no conformidades y oportunidades de mejora en la evolución del sistema de gestión de la calidad en un Complejo Asistencial Sanitario (Psiquiatría) y socio-sanitario.

Metodología: Se realiza un análisis de las oportunidades de mejora, sugerencias y reclamaciones de tres años, y su influencia en la evolución de la cartera de servicios del Complejo Asistencial así como en el propio sistema de gestión de la calidad asistencial a través de las acciones correctoras y preventivas generadas. Se realizan estudios descriptivos y comparativos de las distintas variables independientes estudiadas, y su influencia sobre las dependientes.

Resultados y Conclusiones: Un Sistema de Gestión de la Calidad debe estar en continua modificación. Para ello existen herramientas de detección de servicios/productos no conformes (auditorías, oportunidades de mejora, no conformidades, sugerencias y reclamaciones). De esta manera, es necesario que el propio sistema se adapte al y determine el peso específico para estas fuentes de detección de desviaciones, así como articular los mecanismos necesarios para medir su eficacia y la relación que ésta tiene con la satisfacción del servicio manifestada por los usuarios.

Sala de Cámara. Mesa 20:

Experiencias en el desarrollo de Protocolos y Vías Clínicas

C173. Desarrollo de vías clínicas en un hospital. Diferencias entre procesos médicos y quirúrgicos

Andreo JA., Aliaga MF., García-Ruipérez MD., Amores AE., Fernández-Aparicio T., Úbeda F.

Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

Objetivos: Analizar, con la experiencia de nuestro hospital, los aspectos diferenciales en el desarrollo práctico de vías clínicas de procesos médicos frecuentes, respecto a las de procesos quirúrgicos programados, que puedan repercutir en el grado de dificultad para su elaboración e implantación.

Metodología: En nuestro hospital existen actualmente 11 vías clínicas en distintas fases de desarrollo: 3 de procesos médicos (EPOC, ACV y S.A.O.S), 7 de procesos quirúrgicos programados (Amigdalectomía/Adenoidectomía, Prótesis de Rodilla, Prótesis de Cadera, Hallus Valgus, RTU de Próstata, RTU de vejiga y Tiroidectomía) y 1 mixta médico-quirúrgica (Pie Diabético) incluida como proceso médico para el estudio. Se analizan los siguientes parámetros: Nº de Unidades y nº de profesionales participantes en su elaboración, características de la matriz (fase de urgencias, periodos temporales, nº criterios de decisión), duración de fase de elaboración, nº de profesionales implicados en su cumplimiento y grado de dificultad en su implantación valorado por los participantes (escala 1-5). Se comparan los grupos de vías médicas (VM) y vías quirúrgicas (VQ).

Resultados: Nº Unidades participantes en VM 11,2 (rango 10-12) y en VQ 6,4 (rango 6-7); nº profesionales en VM 15,7 (rango 15-17) y en VQ 7,5 (rango 7-8); fase de urgencias existe en VM y no existe en VQ (ingresos programados); periodos temporales se definen en VM

como fases evolutivas (Urgencias, Fase crítica, Fase de mejoría y Alta) y en VQ como días calendáricos; nº criterios de decisión en VM 8 (rango 3-15) y en VQ 1,4 (rango 1-3); tiempo de elaboración en VM 13,5 meses (rango 12-18) y en VQ 3 meses (rango 2-5); nº profesionales implicados en cumplimiento en VM 180 (rango 70-250) y en VQ 47 (rango 38-70); grado de dificultad en su implantación en VM 4/5 y en VQ 3,1/5.

Conclusiones: Las vías clínicas de procesos médicos, respecto a las de procesos quirúrgicos programados, presentan más dificultad en su desarrollo, por precisar un número mayor de Unidades y de profesionales participantes en su elaboración, una matriz temporal más compleja (fase de Urgencias, periodos temporales como fases evolutivas en lugar de días calendáricos, más criterios de decisión) y un número más elevado de profesionales implicados en su cumplimiento, con mayor dificultad para su implantación.

C174. Elaboración de un Protocolo de Evaluación Preoperatoria (PEP) consensuado entre cirujanos generales y anestesiólogos españoles

Alcalde J., Ruiz-López P., Acosta F., Landa JI., Lorenzo S., Jaurrieta E.

Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

Introducción: Ante la creciente exigencia de calidad que demanda nuestra sociedad a las organizaciones sanitarias y con el fin de facilitar la toma de decisiones a los profesionales, la AEC ha promovido la elaboración de un PEP en Cirugía General y del Aparato digestivo, basado en los conocimientos científicos existentes sobre el tema y en el consenso de cirujanos y anestesiólogos. Dada la baja adherencia, en general, a criterios de evaluación preoperatoria, se ha considerado que, partiendo de la evidencia científica existente y con el adecuado consenso entre cirugía y anestesiología, se podría conseguir mejorar esta situación.

Objetivo: Consenso de un PEP para pacientes (asintomáticos y con enfermedades concomitantes) entre Cirujanos Generales y Anestesiólogos pertenecientes a la Red Sanitaria Pública de distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Metodología: *Participantes:* 20 cirujanos y 20 anestesiólogos de diferentes CC.AA.

Método: Mediante método Delphi (correo electrónico) se desarrolló en las siguientes fases: 1. Propuesta de aceptación a los profesionales. 2. Envío del proyecto a los participantes que incluía: revisión sistemática de la literatura e informe científico sobre el tema de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria (INAHTA). 3. Envío de 3 cuestionarios (abril a septiembre de 2000). Se consideró suficiente un acuerdo del $\geq 80\%$ en el 1º cuestionario y $\geq 70\%$ en el 2º. 4. Procesamiento de los datos y elaboración del protocolo basado en los acuerdos finales.

Resultados: En el 1º cuestionario se logró un acuerdo ($\geq 80\%$) en el 55,6% de las preguntas. En el 2º, se consiguió un acuerdo directo ($\geq 70\%$) en el 50% de las cuestiones, en el 37,5% se logró mediante la unificación de criterios y en el 12,5% (1 cuestión), no se consiguió acuerdo, por lo que se consideró opcional. En el 3º cuestionario se definió: el tiempo de validez de las pruebas (6-12 meses para los pacientes asintomáticos y 3-6 para los sintomáticos) y se solicitó la valoración de los participantes acerca de la calidad del protocolo obtenido (el 89% puntuó ≥ 7 sobre 10). Asimismo, se consensó un cuestionario de 16 ítems para la identificación preoperatoria del paciente sano.

Conclusiones: 1. Se ha obtenido un protocolo de evaluación preoperatoria para pacientes sanos asintomáticos* y otro para sintomáticos (omitido por razones de espacio) consensuado entre las dos especialidades

implicadas. 2. Se ha establecido un cuestionario para identificar a los pacientes sanos. 3. Se ha definido el período de validez de las pruebas preoperatorias.

*Protocolo para pacientes sanos asintomáticos

Rx torax: >60 años. IMC >30 . Fumad. >1 p/d. Bocio grande. **ECG:** >60 años. Pac. >40 años sin ECG previo. IMC >30 . Fumad. >1 p/d.

Hemograma: Cirugía potencialmente hemorrágica. **Bioquímica sanguínea:** glucemia, perfil renal y hepático en pac. >40 años.

Pruebas de hemostasia: sospecha de problemas de coagulación. Bebedor >60 gr. alcohol/día. Tratamiento con fármacos que alteran la hemostasia. Anestesia espinal (opcional). **Pruebas cruzadas:** cuando se prevea la necesidad de transfundir hemoderivados.

C175. Vía clínica para la agudización de la EPOC. Experiencia de implantación

Morís J., Díaz-Sánchez C., Gutiérrez del Río MC., Pascual MT., Suárez H., Fernández-Muñoz P.
Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos: Los ingresos por agudización de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica representaron el 3% de las altas en la casuística del hospital, con gran variabilidad en su manejo, una estancia media prolongada respecto al estándar, 1,4 días, y respondieron en el año 2000 del 6,6% de las estancias evitables. Por estos motivos se diseñó una Vía Clínica para el manejo de la agudización de la EPOC.

Metodología: Se formó un grupo de trabajo compuesto por médicos neumólogos e internistas, enfermeras, trabajadoras sociales y otros profesionales implicados quién elaboró la vía clínica, que después de pilotarse y aprobarse, se implantó en tres unidades de hospitalización.

Resultados: En los tres primeros meses del año, se han incluido un total de 19 episodios, 14% del total de ingresos por este motivo. Los pacientes todos varones con una edad media de 71 ± 6 años, de los que 8 habían tenido ingresos previos en los 12 meses anteriores-media de 4 (1-8). Se comprobó que no hubo sesgo en la selección de los pacientes por criterios de gravedad, comorbilidad o problemática social. La estancia media fue de $7,6 \pm 1,6$ días, mediana de 8. Se consiguió una disminución de la variabilidad, sin diferencias en la atención entre Medicina Interna y Neumología. En este primer trimestre disminuyó la estancia media en EPOCs, con una prolongación respecto al estándar de 0,95 días (GRD 88) y 0,31 (GRD 541) y solamente fueron responsables del 2,7% de las estancias evitables. De los indicadores diseñados para evaluación de la vía, únicamente se superó el estándar establecido en el caso de los reingresos, 4 pacientes, todos ellos con ingresos previos; por ninguno entre los pacientes sin ingresos anteriores ($p=0,018$).

Conclusiones: Las vías clínicas suponen una herramienta útil y eficaz en la práctica clínica. Sistematizan el trabajo asistencial, disminuyendo la variabilidad, y facilitan las labores de todos los profesionales y la toma de decisiones. Son bien acogidas y valoradas por los pacientes. Aumentan la eficiencia de la atención en los episodios en los que se aplica, y su influencia desborda estos límites y alcanza al conjunto de pacientes con la misma patología.

C176. Características de las guías de práctica clínica de fisioterapia asociadas a una buena calidad estructural

Medina F., Saura J., Saturno PJ., Torres Al., Meseguer AB., Montilla J.

Departamento de Fisioterapia. Campus de Espinardo.
Universidad de Murcia (Murcia).

Objetivo: Identificar las características que se asocian a una mejor calidad estructural de los protocolos o guías clínicas en fisioterapia.

Metodología: Estudio de evaluación retrospectiva. El objeto de estudio son todas las guías de práctica o protocolos clínicos elaborados desde 1990 a 1996, en el nivel de atención primaria de España. Junto a los protocolos se recopilan variables relativas a su elaboración.

Se evalúa la calidad del diseño de los protocolos utilizando tasas de cumplimiento de 8 criterios normativos y explícitos y la proporción de criterios cumplidos en cada protocolo sobre el total de los posibles (ratio de cumplimiento). Para definir aquellas características que se asocian a la calidad de los protocolos se realizan 2 análisis multivariantes: regresión múltiple (utilizando como variable dependiente el valor de la ratio de cumplimiento) y la regresión logística (utilizando como variable dependiente el que la ratio de cumplimiento esté por encima o por debajo de la media).

Resultados: En ambos análisis se asocia una mayor calidad estructural con que los documentos hayan sido elaborados por equipos de más de cinco autores y en los disponen de un sistema de registro ($P < 0,01$). En la regresión múltiple, también se asocia una mayor proporción de criterios cumplidos con la fecha de elaboración ($P < 0,05$). Las variables que no afectan a la calidad estructural son las de la procedencia del protocolo y el tipo de profesionales que lo elaboran.

Conclusiones: La calidad de los documentos varía según el número de autores que los elaboren siendo significativamente mayor cuando los autores son más de 5. Además, existen determinadas características estructurales relevantes (tener un sistema de registro) que se asocian a una mayor calidad de los documentos. En consecuencia, las circunstancias opuestas (pocos autores, ausencia de sistema de registro) se muestran como de mayor riesgo para la producción de documentos de baja calidad.

Esta comunicación ha sido posible gracias al proyecto del FIS 97/1149.

C177. ¿Es posible mejorar la calidad de los contenidos de los protocolos?

Medina F., Saturno P.J., Montilla J., Lillo M.C., Valera J.F., Liarte G.

Departamento de Fisioterapia. Campus de Espinardo. Universidad de Murcia (Murcia).

Objetivo: Evaluar la validez de los contenidos de los protocolos de asistencia fisioterápica de la cervicgia elaborados en Murcia y determinar si la metodología de los ciclos de mejora puede incrementarla.

Metodología: Se ha utilizado la metodología de los ciclos de mejora. Para la primera evaluación, realizada en 1998, se recopilaron los protocolos de fisioterapia dirigidos a la cervicgia mecánica de las unidades de fisioterapia del nivel de atención primaria de la región de Murcia construidos hasta el momento.

Para analizar la validez de las recomendaciones de los protocolos identificados se evalúa el nivel de evidencia de las referencias bibliográficas vinculadas a cada recomendación, y se comparan con un listado de recomendaciones con evidencia científica elaborado para este estudio, cuantificando la frecuencia de su ausencia.

Tras la evaluación inicial se proponen medidas correctoras, basadas en la retroalimentación, la educación y la participación de los profesionales implicados en el cambio. De ellas, resultó un nuevo

protocolo de cervicgia para toda la región. La reevaluación se realiza con éste.

Resultados: En los 9 protocolos evaluados inicialmente no consta ni ha sido posible evaluar el nivel de evidencia de ninguna de las recomendaciones existentes. El 20,8% de las recomendaciones de tratamiento propuestas tienen validez demostrada.

En la reevaluación, todas las recomendaciones tienen una referencia vinculada (100%) y todas las recomendaciones presentes en el listado utilizado de referencia están presentes. Los niveles de evidencia que justifican las decisiones terapéuticas, de acuerdo con la clasificación de la US Task Force, de nivel I (en 7 recomendaciones), II (en 1) y III (en 1). Los que sustentan la valoración diagnóstica son en general más bajos.

Conclusiones: La aplicación de la metodología de los ciclos de mejora consigue una mejora significativa en la baja calidad inicial de los contenidos de los protocolos de cervicgia.

Comunicación posible gracias a los proyectos 980503/98 y 990601 financiados por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Programa EMCA.

C178. Diseño e impacto de la vía clínica para la prótesis total de rodilla

Serena A., Ruiz-Guillén A., Bonillo M., Parull N., Sentís V., Terés E.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Hospital Universitario Sant Joan. Reus (Tarragona).

Objetivo: Evaluar el impacto de la vía clínica para el proceso quirúrgico de implantación de prótesis total de rodilla.

Metodología: 1. Elaboración vía clínica: a. Revisión de documentación: guía clínica, plan de cuidados de enfermería estandarizado, protocolos de actuación médica. b. Elaboración de la matriz de la vía, rediseño de registros. c. Rediseño del proceso organizativo. d. Implantación. 2. Estudio prospectivo del total de altas hospitalarias por implantación de prótesis total de rodilla durante el período anterior ($N=42$) y posterior ($N=67$) a la implantación (1999-2000), variables a estudio: estancia media, complicaciones, fisioterapia, movilización extremidad, dolor.

Resultados: 1. Rediseño del proceso organizativo: detección de factores sociales y coordinación con asistente social en consultas externas (programación intervención). Coordinación con fisioterapia durante el período preoperatorio (ingreso paciente). Programación de la derivación o alta en el período preoperatorio (ingreso paciente). Preparación al alta. 2. La estancia media durante los períodos a estudio fue de 16,7 días durante 1999 y de 11,7 días en el 2000. Después de implantar la vía, los pacientes inician movilización pasiva con férula mecánica a las 24 h de la intervención, en el período anterior ésta se inició en una media de 60 h postintervención. Respecto al programa de fisioterapia, éste se inicia a las 48 h de la intervención siendo la media de 7,6 días en el período anterior a la implantación. Durante 1999 un 2% de pacientes precisaron analgesia de rescate disminuyéndose dicho porcentaje a 0% durante el 2000. En ambos períodos no aparecen complicaciones.

Conclusiones: En el diseño e implantación de la vía clínica ha tenido especial importancia la creación de un equipo interdisciplinar ya que ha permitido la unificación de criterios y una visión global del proceso organizativo por parte de todos los profesionales implicados. El conocimiento de las pautas de actuación que se deben seguir en todo momento ha agilizado el proceso organizativo. La disminución de la

estancia media, así como el inicio precoz del programa de fisioterapia es atribuible al desarrollo de la vía clínica.

C179. Guías de práctica clínica: proceso de informatización

Carbonell JM., Collado A., Doménech J., Simón R., Colomés L.
Grup SAGESA. Reus (Tarragona).

Resumen: Las guías de práctica clínica (GPC) son instrumentos que pretenden mejorar la calidad de la atención clínica, garantizar la efectividad y la eficiencia de las actividades sanitarias y reducir la variabilidad de la práctica clínica. Su amplia difusión contrasta con las dificultades para su implantación real en los diferentes niveles y estamentos del sistema sanitario. Uno de los mecanismos que se ha demostrado más efectivo para favorecer dicha implantación ha sido la utilización de sistemas de recordatorio informático, incorporando las GPC a la historia clínica informatizada (HCI).

Objetivo: Identificar las características de la aplicación informática que soporte las GPC en un contexto de historia clínica informatizada.

Metodología: Grupo nominal interdisciplinar, integrado por profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

Resultados: Las condiciones que debe reunir la aplicación informática que dé soporte a las GPC son:

- Sencilla. Debe resumir las recomendaciones de forma clara y precisa.
- Accesible. Se debe activar, de forma automática a partir del diagnóstico, ofreciendo sus contenidos al profesional.
- Operativa. Debe servir no sólo de consulta sino de instrumento operativo que sugiera las recomendaciones contenidas en la guía y genere la documentación para pruebas diagnósticas, pautas de tratamiento y peticiones de derivación.
- Fácilmente aplicable. Debe poder aplicarse efectivamente en el contexto de las consultas de nuestros centros, por parte de profesionales con conocimientos informáticos elementales.
- Adaptada al nivel de atención. Las GPC abarcan todo el proceso de atención. Aún así, la aplicación debe referirse a la parte de la guía específica para cada nivel y profesional.
- Estructurada. Debe reproducir la secuencia lógica de la consulta o actividad asistencial a que se refiera.
- Omitible. Las guías son un conjunto de recomendaciones. La responsabilidad de su aplicación recae, finalmente, en el profesional que realiza la atención.

Conclusiones: Se debe avanzar en la incorporación de las GPC a la historia clínica informatizada, mediante la creación de aplicaciones específicas que reúnan condiciones que fomenten su uso por parte de todos los profesionales, en todos los niveles de atención.

C180. Vía clínica del EPOC agudizado: resultados del primer año de implantación

García-Menéndez C., Zaera A., Marco A., Pascual T., Viña B., Palacios JA.

Hospital Virgen de la Torre. Madrid (Madrid).

Objetivos: Normalizar la práctica clínica de los miembros del servicio de medicina interna y de los facultativos que realizan guardias en dicho servicio y reducir la estancia media de los pacientes EPOC reagudizados.

Metodología: Las vías clínicas son planes asistenciales que permiten planificar la secuencia, duración y responsabilidad de las actividades de todos los profesionales implicados en la asistencia de enfermos con una determinada patología de curso clínico predecible. Una de las patologías en las que hemos desarrollado estos planes asistenciales en nuestro Centro es el paciente EPOC agudizado. Durante el último semestre del año 1999 se desarrolló el documento de la vía clínica mediante el trabajo de un grupo multidisciplinar constituido a tal efecto. Dicho grupo recibió formación teórica previa sobre esta nueva herramienta de gestión de casos clínicos en un curso-taller de 4 días de duración. Posteriormente se realizaron una serie de reuniones en las que se elaboró y consensó el documento de la vía clínica. Los servicios implicados en este grupo fueron 7 y el número de profesionales que participaron fue de doce: 6 facultativos, 5 profesionales de enfermería y un farmacéutico. Se realizó una sesión - presentación del documento dirigida a todo el personal implicado en su implantación y se realizó una "implantación piloto" del 15 de febrero de 2000 al 15 de mayo de 2000. Posteriormente se evaluaron los resultados, se hicieron modificaciones y se implantaron las mismas evaluando los resultados definitivos en diciembre de 2000.

Pacientes incluidos: enfermos EPOC reagudizados.

Pacientes excluidos: enfermos EPOC con condensación neumónica con o sin aspiración; enfermos EPOC con patología estructural; enfermos EPOC con alteraciones cognitivas.

La duración del ingreso se determinó en 10 días y se definieron las tareas, responsabilidades, los tratamientos médicos, los cuidados de enfermería, las pruebas diagnósticas y los medios de información a familiares, así como documentos anexos de protocolos que incidían en el manejo de este tipo de pacientes. La evaluación se realizó revisando las hojas de verificación, y de variaciones de la vía junto con las historias de los pacientes incluidos. Período de evaluación: febrero-15 de noviembre de 2000.

Resultados: El número de pacientes que entraron en la vía fueron 60, de estos 40 fueron dados de alta al 10º día (66,6%); 13 pacientes salieron de la vía por presentar patología intercurrente (21,6%); 10% (6) de los pacientes fueron dados de alta antes de los diez días de ingreso y 1 fue dado de alta al 11 día por causas no médicas. Hubo 48 variaciones reseñadas en las hojas de variaciones (retraso de pruebas complementarias, patologías intercurrentes, administrativas, problemas en el aprendizaje, etc.)

Conclusiones: Se ha logrado reducir la estancia media del paciente EPOC agudizado, normalizándose la actividad asistencial. Se han consensuando con otros profesionales actuaciones que aseguran un circuito adecuado de los pacientes, tanto en la etapa diagnóstica como en la de seguimiento. Se han organizado los cuidados en colaboración estrecha entre los facultativos y la enfermería logrando una mayor efectividad en el tratamiento de esta patología y se ha mejorado especialmente la información tanto oral como escrita, dada a los pacientes y familiares que han manifestado una mayor satisfacción.

C181. Elaboración, implantación y evaluación de una vía clínica de adenoidectomía y/o amigdalectomía acompañada o no de drenaje transtimpánico

Piqueras FM., Amores AE., Vicente JP., Martínez-Corbalán A., Rentero A., Gómez-Guillermo MD.

Murcia (Murcia).

Introducción: Durante los últimos años se está proponiendo el desarrollo de vías clínicas con la intención de establecer una secuencia de

actuaciones común para la mayor parte de los pacientes sometidos a un determinado proceso, que racionalice y haga homogénea su atención. En el año 2000 se elaboró en nuestro centro la vía clínica de la adenoidectomía y/o amigdalectomía acompañadas o no de drenaje transtimpánico por constituir este grupo de procedimientos uno de los más frecuentes en la especialidad de Otorrinolaringología, al tiempo que existe una gran dispersión en su manejo. Para tal efecto se formó un grupo de trabajo constituido por representantes de los diversos Servicios y Áreas implicados en este procedimiento y tras varias reuniones se consensuó e implantó un protocolo que recoge las distintas fases de la vía clínica, confeccionando a su vez una hoja de verificación de la misma y una encuesta de satisfacción del paciente.

Objetivo: El objetivo de la comunicación es presentar dicha vía clínica y analizar la evolución de algunos de los aspectos considerados más relevantes y que supuestamente se pretendían mejorar con el desarrollo de la misma.

Metodología: Análisis de nuestra casuística para determinar el porcentaje de procedimientos bien indicados, de cumplimentación correcta del consentimiento informado, de pacientes incluidos adecuadamente para realizar el procedimiento en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), el de pacientes que requieren ingreso, y el ahorro de recursos en estudios preoperatorios.

Resultados: Tras la implantación de la vía el porcentaje de procedimientos bien indicados es del 95%, la cumplimentación del consentimiento informado del 100%, el de pacientes incluidos adecuadamente para realizar el procedimiento en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) del 100%, el de pacientes que requieren ingreso del 6% y el ahorro medio por paciente en estudios preoperatorios de 1.500 ptas.

Conclusiones: Esta vía clínica ha supuesto una clara mejora en el tratamiento de los pacientes sometidos a adenoidectomía y/o amigdalectomía acompañadas o no de drenaje transtimpánico.

C182. Diseño del proceso asistencial enfermedad pulmonar obstructiva crónica

León A.*, Madueño A.†, Olivan E.‡, García-Gil D.*, Ruiz-Rosales H.§, Martín-Vázquez JM.§

*Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. †CS La Laguna de Cádiz. ‡CS La Ardlia de San Fernando (Cádiz).

§Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Introducción: La EPOC es una enfermedad con una prevalencia elevada y en su historia natural precisa la actuación de múltiples recursos de distintos niveles de asistencia.

Objetivo: Diseñar el proceso asistencial EPOC desde una visión globalizadora, coordinada interniveles y procurando la continuidad asistencial.

Metodología: *Ámbito de estudio:* Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Niveles de asistencia de los participantes:* Atención primaria, Atención especializada, Urgencias intra y extrahospitalaria. *Tipo de estudio:* Metodología cualitativa basada en grupos de discusión, grupos de expertos y microgrupos.

El grupo de discusión estaba constituido por médicos y enfermeros de diferentes niveles asistenciales con experiencia en la asistencia de pacientes con dicha enfermedad, y por un asesor experto en metodología de procesos. Se siguió una sistemática previamente marcada por un panel de expertos en metodología de procesos y se realizaron ocho reuniones de grupo desde enero a junio de 2001.

Resultados: El proceso se definió funcionalmente y se establecieron unos límites de entrada basados en la existencia de síntomas y en la espirometría forzada. Posteriormente, se procedió a entrevistar pa-

cientes con EPOC de forma individual y en microgrupos para conocer sus expectativas con respecto a la atención sanitaria de su enfermedad. El mismo procedimiento se desarrolló para conocer las expectativas de los profesionales.

Se establecieron los componentes del proceso en función de los diferentes niveles o áreas asistenciales comprometidas con la atención de dichos pacientes. Se valoraron como criterios de calidad la atención rápida e integral, la información recíproca entre profesionales y la atención coordinada por los diferentes dispositivos. En todo lo que respecta a la información recíproca entre profesionales se establecieron unos mínimos que debe contener todo documento de información clínica. Se fijó como prioritario una correcta y adecuada información a pacientes y familiares.

En lo que respecta a las recomendaciones terapéuticas sólo se especificaron aquellas con un alto nivel de evidencia científica, pero remarcando que cada distrito o área precisa seguir unos protocolos terapéuticos de actuación consensuados y basados en la evidencia o en consenso de expertos. Las actuaciones encaminadas al abandono del tabaquismo, la educación sobre la enfermedad y las habilidades en el manejo de sistemas de inhalación se consideraron claves y se destacaron en el documento.

Conclusiones: Los aspectos más priorizados por el grupo para la elaboración del proceso han sido una adecuada coordinación entre niveles y dispositivos asistenciales, establecimiento de unos mínimos de información recíproca entre profesionales y en los aspectos terapéuticos la necesidad de adherirse a guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

Auspiciada por la Dirección General de Organización de Procesos y Formación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

C183. Descripción de un modelo de atención sanitaria basada en procesos asistenciales: cáncer de cérvix-útero

Errazquin L., Fernández-Alba J., González-Hermoso C., María J., Riscos E., Torrejón R.

D. General Organización de Procesos y Formación. Consejería de Salud. Sevilla (Sevilla).

Objetivos: Describir la metodología seguida para desarrollar un modelo de calidad de atención sanitaria basada en la estructuración por procesos asistenciales, desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento garantizador de la calidad integral en el proceso cáncer de útero (cérvix-cuerpo) y adaptar la estructura funcional de los servicios a las necesidades y expectativas de las usuarias de este proceso asistencial. Objetivos encuadrados dentro de la Línea Estratégica de Calidad de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Metodología: Designar un responsable del proceso, que debe elegir un equipo multidisciplinario de profesionales que elaboraran un documento en el que se definan las normas básicas de calidad del proceso referido (cáncer de útero), adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público Andaluz y con las siguientes premisas fundamentales: centrado en el ciudadano, que incorpore las expectativas de los usuarios, que garantice la continuidad asistencial, que elimine las actividades que no aporten valor añadido, que busque la participación de todos los profesionales, asegurando su implicación y satisfacción.

Resultados: En el proceso considerado debe distinguirse entre el cáncer de cérvix uterino, que es un proceso sobre el que pueden implantarse programas de diagnóstico precoz, lo que supone una implicación importante de la atención primaria y el cáncer de cuerpo uterino en el que no existe en la actualidad posibilidad de diagnóstico

precoz, sino que se trata de una enfermedad diagnosticada a partir de síntomas. Al tratarse de procesos oncológicos no puede hablarse de curación definitiva, por lo que estas pacientes nunca saldrán del sistema sanitario. El grupo de trabajo ha seguido el esquema de trabajo propuesto por un sistema público de salud (Consejería de Salud. Junta de Andalucía), que ha sido el siguiente: Definición Global del Proceso, Destinatarios y Objetivos del Proceso, Componentes del Proceso, Arquitectura del mismo y estructura de indicadores. Nos hemos centrado fundamentalmente en definir las expectativas de las pacientes y en representar un diagrama de flujos de entrada y salida en el sistema asistencial que garantice la continuidad asistencial. Para los aspectos meramente clínicos se han recomendado la utilización de guías de práctica clínica para profundizar en este aspecto.

Conclusiones: La definición de un sistema de gestión del proceso asistencial cáncer de útero ha permitido definir normas básicas de calidad y estándares en las dimensiones de calidad científico-técnica, eficiencia, accesibilidad y satisfacción para coordinar los recursos del sistema sanitario que requiere este proceso asistencial y ponerlos al servicio de las ciudadanas/as que satisfaga sus necesidades y garantizarle una atención sanitaria integral, dentro de un marco de viabilidad en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

C184. Control del proceso insuficiencia cardíaca en el sistema sanitario público andaluz

González-Gay JM.*, **Espinosa JM.†**, **García-Alegría J.‡**, **Lázaro MD.***, **Martínez-Martínez A.§**, **Mancebo E.***

*Hospital Torrecárdenas (Almería). †Centro de Salud del Palo (Málaga). ‡Hospital Costa del Sol (Málaga). ||Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

Objetivos: Se programa y se lleva a cabo el control y seguimiento de la insuficiencia cardíaca (sistólica y/o diastólica), desde que es sos-

pechada o diagnosticada en cualquiera de los niveles asistenciales, estableciéndose los criterios de evaluación inicial y diagnóstico, interconsultas, ingreso y alta hospitalaria, tratamiento farmacológico, educación sanitaria, rehabilitación, atención domiciliaria, seguimiento y monitorización de los pacientes.

Metodología: Definimos el proceso, las líneas de actuación básicas y los límites en la descripción del mismo. Valoramos las expectativas del paciente con insuficiencia cardíaca, además de las de los profesionales que intervienen en el proceso, mediante revisiones bibliográficas y técnicas de grupo focal. Elaboramos los “flujos de salida” (adecuación de los servicios sanitarios a esas expectativas creadas), estableciendo sus características de calidad. Concretamos las actividades a realizar, ordenándolas según las puertas de entrada del paciente en el Sistema Sanitario Público Andaluz, y su representación gráfica o arquitectura del proceso. Se establecieron los recursos sanitarios básicos necesarios y se concretaron los criterios de calidad más importantes que consideramos había que controlar en el proceso.

Resultados: El paciente reclama mayor coordinación, información, educación sanitaria y un sistema que posibilite la alta resolución de sus problemas, con diagnóstico y tratamiento rápido de su patología. En base a estas expectativas se valoró como fundamental la creación de consultas de alta resolución de insuficiencia cardíaca, la necesidad de rehabilitación del paciente, incrementar el papel de enfermería en la educación sanitaria, el compromiso de una valoración inicial en Atención Primaria y confirmación diagnóstica en Especializada, con fechas máximas de demora, la utilización de nuevas tecnologías como la telemedicina, y el papel del internista en el paciente pluripatológico. Se elaboró una Guía de Práctica Clínica. Se consideró posible controlar los siguientes 6 criterios de calidad: prevalencia de la IC, medida en Atención Primaria, número de pacientes a los que se ha evaluado la función ventricular al menos una vez, porcentaje de los pacientes a los que se les prescribe IECAs y betabloqueantes, los que están siendo anticoagulados en presencia de fibrilación auricular, y disminución de la mortalidad hospitalaria y reingresos por IC a 1 y 3 meses.

Sala 1. Mesa 21:
La Satisfacción del Paciente

C185. Política corporativa de encuestas de satisfacción al cliente externo en Osakidetza

Ansótegui J.C., Letona J., Pérez-Boillos M.J., Sánchez-González E.
Subdirección de Calidad Asistencial. Organización Central de Osakidetza/Servicio vasco de salud

Introducción: En el año 1995 Osakidetza comienza a trabajar con el modelo EFQM como marco de referencia de su política de calidad. En 1998, el Plan Estratégico corporativo 1998-2002 establece la calidad total como uno de sus cinco objetivos estratégicos generales. Acorde con este planteamiento, el proceso "Diseño e implantación de Encuestas de Satisfacción" es uno de los procesos clave para la Organización Central de Osakidetza (criterio 6 del modelo EFQM).

Objetivos: Monitorizar la satisfacción del paciente y facilitar la detección de áreas de mejora. Suministrar a las organizaciones de servicios herramientas para la mejora continua de la calidad percibida.

Metodología:

- Elaboración de cuestionarios comunes por equipos multidisciplinares en base a grupos focales de pacientes.
- Encuestas corporativas mediante entrevista telefónica con posibilidad de preguntas adicionales en cada centro.
- Análisis evolutivos y comparativos entre los distintos centros.
- Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora globales y por centro.
- Puesta en marcha de planes de mejora.

Resultados:

1. Desde 1996 se han realizado en Osakidetza los siguientes procesos de encuestación/satisfacción global 2000.
 - Urgencias de hospitales de agudos (6 encuestas anuales desde 1996): 91,0%
 - Hospitalización de agudos (5 encuestas anuales desde 1997): 97,0%
 - Padres de niños hospitalizados (4 encuestas anuales desde 1997): 96,9%
 - Hospitalización de media y larga estancia (3 encuestas anuales desde 1998): 94,9%
 - Consultas externas de hospitales de agudos (2 encuestas anuales desde 1999): 95,5%
 - Consultas de atención primaria (2 encuestas anuales desde 2000): 95,4%
 - Cirugía mayor ambulatoria (1 encuesta en 2001).
2. Como muestra del impacto en la mejora de la calidad percibida, durante el año 2000 tanto los hospitales como los centros de atención primaria efectuaron diversos programas de mejora, los cuales se encuentran en las siguientes fases del ciclo PDCA: Plan y Do (78%), Plan, Do y Check (70%) y Plan, Do, Check y Act (52%).

Conclusiones: La utilización de encuestas comunes en todos los centros de Osakidetza con la misma metodología permite la priorización de áreas de mejora comunes a los centros y la realización de *benchmarking*. La periodicidad de las encuestas facilita la evaluación de las acciones de mejora introducidas. El establecimiento de un conjunto mínimo de preguntas y escalas de respuesta equivalentes, especialmente en la valoración global de la satisfacción, permite la comparación entre distintas áreas de la actividad asistencial. La política corporativa en este campo ha facilitado una cultura de mejora de la calidad percibida como queda reflejado en el porcentaje de centros con programas de mejora durante el año 2000.

C186. Pacientes, médicos y enfermeras: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes

Guix J.*, Simón R.†, Surroca R†.

*Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. †Grup Sagessa. Reus (Tarragona).

Introducción y objetivos: Las actitudes y percepciones de pacientes, médicos y enfermeros ante una misma realidad, la de los pacientes con sus derechos explícitos, no son siempre coincidentes. En el presente estudio se pretende explicitar algunas de estas diferencias.

Sujetos y métodos: Encuesta telefónica de 18 preguntas (11 respecto a actitudes y 7 respecto a percepciones), tipo Likert, validada (comprensión, fiabilidad y validez), y diseñada en base a grupos focales, realizada a 403 expacientes de hospitales de la red de utilización pública de un sector sanitario de Cataluña, y mediante encuesta postal a 55 médicos y a 93 enfermeros de los mismos hospitales y referido al mismo período.

Resultados: Constatamos diferencias estadísticamente significativas entre los tres colectivos en preguntas relacionadas con la autonomía de los pacientes: "Un paciente pueda negarse a una exploración o tratamiento" ("Acuerdo": Pacientes 62,9%, médicos 90,9%, enfermeros 97,8%. "Desacuerdo": Pacientes 28,1%, médicos 3,6%, enfermeros 0), o en referencia a que "Sólo el médico, que es el que tiene los conocimientos necesarios, es el que debe decidir" ("Acuerdo": Pacientes 81,2%, médicos 40,7%, enfermeros 5,4%. "Desacuerdo": Pacientes 50,7%, médicos 65,5%, enfermeros 42%), o referidos a si "El paciente no desea tomar parte en las decisiones referidas a su enfermedad y tratamiento" ("Acuerdo": Pacientes 37,9%, médicos 7,51%, enfermeros 1,1%. "Desacuerdo": Pacientes 58,6%, médicos 79,5%, enfermeros 96,7%).

También estas diferencias existen en el terreno de las percepciones: "Conocen los derechos y deberes de los pacientes" ("Acuerdo": Pacientes 30,1%, médicos 48,1%, enfermeros 59,2%. "Desacuerdo": Pacientes 66,1%, médicos 35,2%, enfermeros 20,4%).

Discusión y conclusiones: Las actitudes de los pacientes son menos radicales con respecto a sus derechos que las de los profesionales sanitarios, y las de enfermería lo son más que las de los médicos y pacientes. El paciente desea ser informado y que no se le realicen actos contra su voluntad. Desea participar en la toma de decisiones, pero un importante colectivo de pacientes no quiere implicarse en la toma de decisiones (37,9%). Aprecian la existencia de unos derechos explícitos, pero la confianza tiene un papel esencial en la relación paciente-profesional. Existe un bajo nivel de conocimiento de estos derechos entre los pacientes, pero también entre los médicos. Posiblemente, el discurso de los derechos de los pacientes es conveniente, pero no imprescindible en una buena relación profesional-paciente.

C187. Priorización de áreas de mejora a partir de la encuesta de satisfacción en consultas externas

Sánchez-Bernal R., Alonso A., Fernández-Peñalva G., Alcalde G., Gutiérrez-Mendiguren F., Murga M.

Coordinación de Programas de Atención Especializada. Organización Central. Osakidetza/Svs. Vitoria-Gasteiz (Álava).

A partir de la mejora del proceso Encuesta de Satisfacción a pacientes y usuarios en consultas externas en el año 2000, realizado por la Subdirección de Calidad de Osakidetza/SVS, se quieren conocer las áreas de mejora, en base a la opinión de las encuestas realizadas telefónicamente.

Objetivos: Priorizar áreas de mejora en el funcionamiento de las consultas externas de atención especializada de la red de Osakidetza.

Metodología:

- Las encuestas realizadas completas han sido 3.012, con un total de 49 preguntas por encuesta.
- Las áreas sobre las que se realizan las preguntas han sido: obtención de cita, adecuación de cita, tiempo de espera, atención dentro de la consulta.
- Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS.
- Se ha utilizado una matriz de criterios o matriz de decisión.

Resultados:

1. Mejorar la puntualidad (83,6% no fueron atendidos a la hora programada).
2. Información sobre el retraso en hora de atención (90,6% no informados).
3. Posibilitar la elección de la hora dentro del día de cita asignada (al 81,5% no se les permitió elegir).
4. Ofrecer explicaciones o pedir disculpas por interrupciones en consultas (al 53,5% de los pacientes no se les ofreció ni pidió disculpas).
5. Conseguir que exista un médico de referencia en todos los pacientes (16% no fueron atendidos por su médico habitual y el 24% no lo tienen).
6. Atender satisfactoriamente la petición de cambio en consultas (al 19,5% no se le atendió satisfactoriamente su petición de cambio).
7. Simplificar trámites burocráticos (al 6,4% de los pacientes les ha parecido algo muy complicado).
8. Gestionar al paciente el 100% de las citas (el 9,1% va al hospital a buscar la cita).
9. Preservar la intimidad (el 8,1% de los pacientes cree que no hay suficiente intimidad en las consultas).

Conclusiones: Es imprescindible un cambio cultural organizacional en los profesionales en relación a estas áreas y los factores con ellas relacionadas. En 8 de 9 áreas de mejora el coste es 0 pesetas.

C188. Evaluación de la accesibilidad telefónica en los teléfonos de cita previa de los centros de salud

Ortiz-Marrón H., Peña I., Casado P., González-Sanz F.
Gerencia de Atención Primaria Área 4. Madrid (Madrid).

La facilidad para conseguir cita previa y la calidad en el trato de la atención telefónica de los centros de salud repercute de forma directa en la satisfacción de los usuarios.

Objetivo: Evaluar el trato y la accesibilidad telefónica para conseguir cita en las consultas de medicina y enfermería en los 21 centros de salud de una área sanitaria urbana (510.000 habitantes).

Metodología: Estudio transversal; evaluación externa de la accesibilidad; criterios explícitos y normativos. Se realizaron llamadas telefónicas externas desde teléfonos no identificables a los teléfonos de cita previa, a lo largo de la jornada laboral, durante los meses de mayo y junio de 2001. La distribución horaria de las llamadas fue proporcional a la demanda habitual; el tamaño de la muestra fue calculado para cada centro con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 10% y una proporción esperada del 50%.

Resultados (provisionales): Se realizaron un total de 2.100 intentos para obtener cita telefónica. La media de intentos fue de 2,3 (2,4 en el turno de mañana y 1,5 en el de tarde). En el 85% de los intentos se consiguió cita previa antes del cuarto intento. Los tramos horarios de peor accesibilidad fueron de 8'30 a 10'00 horas y de 14'30 a 16 horas. Cuando saltaba el tono de espera la operadora respondía en un 84% antes de quinto tono (80% en la mañana y 90% en la tarde).

Respecto a la "amabilidad" en la contestación inicial de la operadora, el 85% de las llamadas fueron contestadas correctamente.

Conclusiones: La atención telefónica es los teléfonos de cita previa de las unidades administrativas de los centros de salud es aceptable y susceptible de mejorarse. En la organización interna de las unidades administrativas debería darse prioridad a la atención telefónica y tenerse en cuenta los picos de demanda para realizar una adecuada distribución de los recursos.

C189. Grado de satisfacción con el método Thrombotest® capilar para control del tratamiento anticoagulante oral

Noya MS., Remón C., Pita S., Martínez-Bugallo A., López-Fernández MF., Batlle J.
A Coruña (A Coruña).

Objetivos: El tratamiento anticoagulante oral (TAO) se ha generalizado, siendo habituales la masificación y horas de espera por los resultados. Para evitarlo, emprendimos un cambio de sistemática, pasando de punción venosa a capilar. Posteriormente, se entregó una encuesta para conocer el grado de satisfacción.

Metodología: Implantamos Thrombotest® capilar en agosto de 1999. Controlábamos 3.600 pacientes, con una media de 130/día. Hasta entonces, acudían todos a primera hora, y, tras extracción venosa, esperaban 4-5 horas y se entregaba el resultado. Con el método Thrombotest®, se les asigna cita horaria (adecuada a necesidades) y se les entrega el resultado en unos minutos tras punción capilar. Se evitan la masificación y horas de espera. En el año 2000 se entregó una encuesta anónima para conocer el grado de satisfacción. Aplicamos *t* Student, varianza y χ^2 .

Resultados: Analizamos 1.453 encuestas. La media de edad fue 66,59 años (rango 2-92), 53% varones y 47% mujeres. Un 31,2% sin estudios, 52% primarios, 13,6% medios y 3,2% superiores. 80,9% conocía la sistemática anterior y 85,9% estaba descontento con ésta. Para un 97,6% supuso una ventaja familiar y laboral, mejorando condiciones de vida en 91,9%. 84,6% consideraron adecuada la información recibida, 15,4% poca. La opinión general fue muy buena-buena en 96,5%, regular-mala 3,5%. El tiempo de espera muy largo-largo 3,1%, normal-corto 96,9%. El sistema de citación pareció muy adecuado-adequado 98,3%, poco-nada adecuado 1,7%. El trato médico fue muy bueno-bueno 98,2%, regular-malo 1,7%. El trato de enfermería muy bueno-bueno 97,5%, regular-malo 2,4%. La sala de espera pareció excelente-buena al 61,5%, regular-mala al 38,5%. La sala de extracciones excelente-buena 89,7%, regular-mala 9,7%. El estudio de regresión logística, demostró que: sexo femenino ($p=0,0146$), trato de enfermera ($p=0,0450$), sala de extracciones ($p=0,0001$) y cita horaria ($p=0,0144$) son variables independientes que pueden influir negativamente en la satisfacción.

Conclusiones: El sistema Thrombotest® es válido para el control TAO. Evita la masificación y acorta el tiempo de espera. El grado de satisfacción con este método es alto. Variables que influyen en la satisfacción: sexo, trato de la enfermera, sala de extracción y una cita horaria adecuada.

C190. Participación activa de pacientes y cuidadores en las estrategias de mejora del Instituto Catalán de Oncología

Ferro T., Novellas A., Blasco A., Chicote S., Gil F., Margalef LI.
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: El Instituto Catalán de Oncología (ICO) es un centro monográfico de atención integral al cáncer y desde hace dos años está en proceso de implantación del modelo de calidad de excelencia de la *European Foundation Quality Managment* (EFQM). Mediante la metodología específica del modelo se detectaron diversas áreas de mejora y, a pesar de que el mejor resultado fue el de clientes y los resultados de las encuestas de satisfacción altamente puntuadas, el ICO decidió crear un grupo de mejora llamado "Cuidemos a nuestros usuarios" con el fin de orientarse como organización a la satisfacción de las necesidades de nuestros pacientes y cuidadores.

Objetivos: Elaborar un informe de propuestas de mejora para incorporarlo al Plan Estratégico de la institución, con relación a la atención a los usuarios e incorporar activamente la opinión y voz de los pacientes y cuidadores como elemento básico en la elaboración de propuestas.

Material y métodos: La metodología utilizada fue la de grupo focal. Se organizaron tres grupos para pacientes con representación de tipología de pacientes atendidos en el ICO, y dos grupos para cuidadores principales con representación de diferentes vínculos familiares.

Resultados: Se generaron cuatro áreas de propuestas de mejora: 1. Ámbito de atención ambulatoria. 2. Ámbito de información. 3. Ámbito de atención urgente. 4. Ámbito de estudio.

Conclusiones:

1. Los grupos focales son una herramienta cualitativa que permite la representatividad social a estudiar.
2. La información obtenida mediante esta técnica ha permitido descubrir situaciones y temas que las encuestas habituales no habían detectado.
3. La incorporación activa de la voz de los pacientes y cuidadores en las decisiones estratégicas de la organización contribuyen a la toma de decisiones orientada a sus necesidades y demandas.

C191. Programa Educación Sanitaria para pacientes y familiares con cáncer

Chicote S., Vilajosana E., Gil P., Novellas A., Blasco A., Trellis J.

Instituto Catalán de Oncología. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: El paciente oncológico desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de su enfermedad, recibe mucha información a través de diferentes profesionales. Esta información normalmente no está regulada ni consensuada, provocando en ocasiones que tanto el paciente como familiares busquen alternativas de forma dispersa y paralela provocando esta práctica poca participación activa en la planificación de los cuidados y los tratamientos. Fruto de esta observación y, enmarcado en el Programa de Calidad EFQM utilizado por el centro, se ha visto la necesidad de crear un Programa de Educación Sanitaria dirigido a pacientes y familiares.

Objetivos generales:

1. Proporcionar información a los pacientes y familiares para ampliar conocimientos relacionados con el cáncer en un lenguaje fácil y comprensible.
2. Ofrecer información a los pacientes/familiares, sobre los grupos de apoyo y recursos sociales.
3. Proporcionar a los pacientes/familiares estrategias de afrontamiento a la enfermedad.
4. Establecer mecanismos de apoyo y colaboración con los profesionales ante la información y comunicación.

Material y métodos: Grupos focales de pacientes y familiares del centro. Encuestas de satisfacción. Búsqueda bibliográfica de experiencias similares en otros centros/países. Diseño de los contenidos pedagógicos. Participación de un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo). Información a médicos especialistas del ICO sobre el contenido del curso, solicitando su colaboración en la difusión del curso en consultas externas. Tríptico informativo en consultas externas, hospital de día y unidades de hospitalización. Encuesta de satisfacción anónima el último día de la sesión.

Resultados: Del primer curso de educación. El número de usuarios el mes de octubre de 2000, entre pacientes/familiares fue de 21: 11 pacientes (52%), 10 familiares (48%). Al finalizar las sesiones se repartió encuesta de satisfacción anónima, la cumplimentación de dicha encuesta fue realizada por: 42% pacientes, 33% familiares. Las preguntas realizadas fueron:

- Grado de interés: Gran interés el contenido 23,8%, de mucho interés 95,5%
- Cumplimiento expectativas: Sí 52%, No 4,7%.
- Exposición comprensible: Muy clara 23%, clara 19%.
- Dedicación suficiente a los temas: Sí 38%, No 14%, N/C 4,7%.
- Conveniencia en la continuidad seminarios: 97%.

Conclusiones: Ante estos resultados se ha diseñado un Programa de Educación sanitaria propia del centro en el 2001 con los resultados. Se establece el primer programa educativo en Cataluña para paciente y familiares con cáncer. Se evidencia que la educación sanitaria disminuye la ansiedad y aumenta la participación en los cuidados y tratamientos. Con una clara orientación al cliente se ha mejorado la atención integral del paciente y la familia.

C192. ¿Cómo perciben los participantes en un ensayo clínico la información que reciben de los investigadores?

Silvestre C., Gost J., Ezpeleta P., Astier P., Díaz de Rada O., Artázcoz MT.

Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra).

Objetivos:

- Valorar la percepción de los pacientes en relación con la información que reciben de los investigadores en los aspectos fundamentales que contempla la Declaración de Helsinki, la guía ICH E6 y el RD 561/93.
- Valorar la satisfacción del paciente con respecto a la información recibida y a su participación en el ensayo clínico (EC).
- Detectar áreas de mejora que sirvan a promotores, investigadores y autoridades implicadas.

Metodología: Los sujetos de estudio son una muestra aleatoria de los participantes en EC aprobados por el Comité ético de Investigación Clínica de Navarra durante los años 1998-99 y realizados en centros sanitarios del servicio Navarro de Salud.

Estudio transversal retrospectivo mediante encuesta telefónica. Como instrumento de medida se ha diseñado un cuestionario cerrado de 26 preguntas que incluye tres preguntas abiertas.

Variables: Recomendaciones de la Declaración de Helsinki, relacionadas con la satisfacción y la motivación; edad y género.

Resultados: De 234 pacientes seleccionados, 152 respondieron al cuestionario. De los 82 que no respondieron, 37 no recordaban su participación, 12 no quisieron contestar y 33 pacientes no pudieron ser localizados.

La comparación de los que contestaron la encuesta con el total de pacientes seleccionados muestra como única diferencia que sólo los que no sabían que habían participado (18%) tienen una edad media significativamente superior a los que contestaron ($p < 0,05$).

Conocían la finalidad del estudio: 97%. En qué consistiría su participación: 96,1%. Entendieron las explicaciones: 88,2%. Recibieron información oral: 100% y además escrita: 65,1%. Tenían información sobre riesgos: 46%. Conocían la existencia de un seguro: 16,4%. Consideraron que se respetó su intimidad: 94,1%. Sabían que podían abandonar: 75%. Tuvieron tiempo para pensarlo: 84,9%. Pudieron consultar con alguien: 86,8%. Recordaban haber firmado consentimiento Informado: 78,3%. Tuvieron conversaciones posteriores con su médico acerca del estudio: 48%. Valoran información buena o muy buena: 88,2%. Satisfechos con la participación: 73,4%. Volverían a participar: 58,6%. Mejorarían la información: 24,3%. Se analizaron las diferencias existentes por edad y género. Se consideraron variables principales la "intención de volver a participar en un estudio" y "creer que la información era mejorable" y se estudió su asociación con el resto de variables.

Conclusiones: El alto porcentaje de pacientes que no recuerda haber participado en un EC contrasta con el nivel de satisfacción con la información recibida que declaraban los que contestaron la encuesta. Los resultados orientan a la realización de propuestas de mejora en el desarrollo del EC.

C193. Diseño de cuestionario para conocer la información y satisfacción de los participantes en ensayos clínicos

Silvestre C., Gost J., Ezpeleta P., Astier P.
Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra).

Fundamento: Una de las principales dificultades de los comités éticos de investigación clínica es evaluar la información escrita sobre las características del ensayo, la forma en que dicha información será proporcionada y el tipo de consentimiento que va a obtenerse.

Objetivos: Diseñar un cuestionario para conocer el nivel de percepción de la información facilitada por los investigadores a los participantes en un ensayo clínico, su grado de ajuste a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la satisfacción con la participación en el mismo.

Metodología:

- Se decide que la encuesta se llevará a cabo telefónicamente.
- Sobre la base de datos de participantes en ensayos clínicos seleccionados aleatoriamente, se escogieron 10 participantes, de distintas edades y género, para mantener entrevistas personales abiertas con el fin de explorar sus opiniones y obtener aspectos relevantes para ellos que el cuestionario debería contemplar. Para realizar las entrevistas se elaboró un guión basado en las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, la guía ICH E6 y el RD en la revisión bibliográfica y en las aportaciones del equipo investigador.
- Análisis de contenido de las entrevistas, elaboración de la versión preliminar del cuestionario y revisión de la misma por un equipo de expertos (en elaboración de cuestionarios, en investigación social, en satisfacción, en Consentimiento Informado).
- Prueba piloto con una muestra de 11 sujetos incluidos los entrevistados. Análisis y revisión de los resultados por el equipo de expertos, propuestas de mejora y elaboración de la versión definitiva.

Resultados: Se realizaron entrevistas hasta la saturación de la información con 7 personas: dos mujeres (una joven y una mayor), dos hombres (uno joven y uno mayor), una madre de menor y un matrimonio mayor. Todos sabían que habían participado en un ensayo, dieron relevancia al trato recibido, aceptaron la propuesta del investigador porque esperaban que solucionase su problema, deseaban más información sobre los resultados y estaban satisfechos con la información y su participación.

La misión de los expertos fue garantizar la factibilidad telefónica, valorar las dimensiones estudiadas, garantizar la validez. Se ha diseñado un cuestionario cerrado de 26 preguntas (mayoritariamente dicotómicas) que incluye tres preguntas abiertas. La validez de constructo y de contenido en cuanto a relevancia y representatividad, se ha garantizado por la triangulación de fuentes de información realizada en la fase de diseño (normativas, otros estudios, participantes, expertos).

Conclusiones: El cuestionario obtenido puede ser una herramienta útil para conocer la percepción de los participantes en ensayos clínicos acerca de la información que han recibido sobre los mismos. Su fácil aplicación puede facilitar el seguimiento, tanto por parte de los CEIC como de las autoridades sanitarias, del proceso de información que se lleva a cabo durante la realización de los ensayos clínicos.

Sala 2. Mesa 22: Aplicación del Modelo Servqual

C194. Valoración de las expectativas y percepciones de la calidad del HLA mediante encuesta Servqual a los médicos de los centros de salud de su área

González P., Almaraz JL., Calvo A., Martín ML., Egea MD.
Hospital Los Arcos. Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar la calidad percibida de nuestro hospital por los médicos de los centros de salud de nuestra área sanitaria.

Metodología: Se efectúa una encuesta Servqual (mayo de 2000) a todos los médicos de los centros de salud del área sanitaria de nuestro hospital en la que medimos expectativas y percepciones de los mismos. Se han seguido los siguientes pasos:

1. Elaboración/Adaptación de encuesta Servqual.
2. Encuesta a los médicos de los C.S.
3. Recogida y análisis de datos de la encuesta.
4. Diagrama de afinidades aplicado a los médicos de los centros de salud, respondiendo a nuestra pregunta: ¿qué podemos hacer para mejorar?
5. Análisis de resultados del diagrama de afinidades y posterior cuantificación mediante encuesta de causas.
6. Cuantificación oportunidades de mejora.

Resultados: La puntuación Servqual (diferencia entre expectativas y percepciones) fue negativa o muy negativa en el 90% de los encuestados. La puntuación fue especialmente negativa en los criterios de fiabilidad y capacidad de respuesta. El diagrama de afinidades y su posterior cuantificación (mediante encuesta de causas) muestra como problemas fundamentales: las listas de espera y la falta de comunicación entre primaria y especializada.

Conclusiones: La encuesta Servqual a los centros de salud de nuestra área se ha mostrado como una herramienta útil para explorar nuestras deficiencias y nos ha permitido establecer un plan de actuaciones para mejorar la calidad percibida de nuestro hospital. Tras las mejoras emprendidas estamos pendientes de reevaluar mediante encuesta Servqual.

C195. Servquad: nuevo instrumento para medir y analizar la calidad percibida de la atención domiciliaria

Prieto MA., Lozano O., Muñoz-Arroyo R., Pascual N.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (Granada).

Introducción: La atención domiciliaria (AD) es una necesidad creciente. Los cambios en la morbilidad, el aumento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, el papel de los hospitales y los cambios sociales en la familia de las sociedades modernas, han generado un justificado interés por los cuidados domiciliarios. La AD se presenta como una alternativa racional y eficiente al incremento de las necesidades de atención sanitaria de los ancianos, enfermos crónicos y terminales. En los últimos años están proliferando las ofertas de atención en el domicilio. En este contexto creemos importante conocer la opinión de los pacientes y de sus familiares sobre la calidad de la AD. No existe en nuestro país un cuestionario específico para estudiar la calidad percibida de la AD.

Metodología: Partiendo del modelo Servqual se ha diseñado una versión adaptada específicamente a la AD (42 ítems en las 5 dimensiones originales). Se aplicó a dos muestras representativas e independientes de cuidadores de pacientes oncológicos terminales que recibían AD: unos por unidades de cuidados paliativos desde el hospital y otros por equipos de atención primaria. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas psicométricas y estadísticas: análisis de validez de contenido y constructo, análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach) y análisis factorial para comprobar la estructura del nuevo cuestionario.

Resultados: Las dimensiones finales del Servquad son: seguridad/garantía, empatía, capacidad de resolver los problemas clínicos, accesibilidad al servicio y elementos tangibles. Estos 6 factores explican el 64,7% de la varianza total. La consistencia interna del cuestionario medida (índice de fiabilidad alfa de Cronbach) es de 0,9355. Las correlaciones ítem-total están entre 0,4 y 0,7 (la mayoría entorno a 0,5). En el congreso se presentará, además, el análisis de las comunalidades, las correlaciones con la satisfacción general y fiabilidad de las subescalas.

Conclusiones: El Servquad tiene una buena estructura psicométrica y una adecuada validez de constructo (mejor comportamiento que otras versiones del Servqual revisadas en la literatura). Su aplicación a la evaluación de la calidad de los servicios de atención domiciliaria permitirá incorporar la opinión del paciente y de su familia en los procesos de mejora continua.

C196. Calidad percibida de la atención domiciliaria: la opinión de los cuidadores sobre 2 modelos diferentes

Prieto MA., Lozano O., Muñoz-Arroyo R., Pascual N., García-Puche JL., Gálvez-Mateos R.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (Granada).

Introducción: La atención domiciliaria (AD) es una alternativa asistencial cada vez más demandada por pacientes y cuidadores. Actualmente son muchos los pacientes oncológicos terminales atendidos en el domicilio por profesionales sanitarios. Coexisten distintas modalidades de AD. Se hace necesario evaluar la calidad de las distintas ofertas. En este contexto, el análisis de la calidad percibida por los pacientes y sus cuidadores familiares creemos que debe ser incorporado al proceso de evaluación y mejora continua.

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer la calidad percibida por los cuidadores de pacientes oncológicos terminales que reciben AD en dos modelos diferentes: unidades de cuidados paliativos (UCP) del hospital y equipos de atención primaria (EAP).

Metodología: Se utilizó un cuestionario Servquad diseñado específicamente para este fin a partir del modelo. Se aplicó a una muestra representativa compuesta por cuidadores familiares de pacientes oncológicos terminales incluidos en el programa de atención domiciliaria de dos distritos sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y que recibían AD o bien de UCP o de EAP. Los datos se han analiza-

do mediante análisis de la varianza, comparación de medias y el estadístico HSD de Tukey para realizar comparaciones múltiples

Resultados: Los cuidadores de pacientes atendidos por la UCP valoran más alta la fiabilidad de la atención domiciliaria recibida que los cuidadores de pacientes atendidos por los EAP: entre ambos existen diferencias estadísticamente significativas en sus percepciones a favor de la UCP sobre la capacidad de los profesionales para aliviar el dolor, en el conocimiento que el profesional tiene del estado del paciente y de su historia y en saber qué hacer ante los problemas, resolviéndolos en más ocasiones sin derivar al hospital y sin cometer errores.

Sobre la seguridad/garantía de la AD recibida, nuevamente las opiniones son más favorables para la UCP: se sienten tan seguros como si estuvieran en el hospital. En concreto, los cuidados enfermeros se perciben menos seguros en los EAP que en la UCP. Los profesionales de la UCP realizan exploraciones sistemáticas al paciente cada vez que lo visitan y las cuidadoras dicen que esto no ocurre así en el caso de los atendidos por los EAP.

Empatía: las cuidadoras atendidas por los EAP son las que manifiestan más preferencia a que sean siempre los mismos profesionales los que acudan a casa. No existen diferencias entre modelos sobre la capacidad de escucha de los profesionales, sobre la información dada, sobre el trato recibido y sobre la atención personalizada, aunque las cuidadoras atendidas por la UCP consideran que el equipo se preocupó también de los problemas del familiar en mayor medida que lo opinan las atendidas por los EAP. También dicen en más ocasiones que se preocuparon no sólo por los problemas físicos del paciente sino también por sus problemas emocionales.

Sobre la calidad percibida de los elementos tangibles (materiales y equipos) no aparecen diferencias entre modelos.

Sobre la accesibilidad se señala que el equipo de la UCP programa las visitas más que los EAP (mayor porcentaje a demanda).

*Financiado por el FIS y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

C197. La calidad percibida por los usuarios de consultas externas, hospitalización y urgencias de un hospital público comarcal

Martínez-Torvisco F., Rodríguez M., Guerrero C.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (Granada).

Objetivos: Conocer la calidad percibida por los pacientes atendidos en un hospital público de Andalucía en los servicios de consultas externas, hospitalización y urgencias.

Metodología: Se ha empleado una metodología cualitativa para conocer la opinión del paciente, concretamente los Grupos Focales (GF). Se ha utilizado como marco de estudio el Modelo Servqual de Calidad. El criterio de segmentación seguido fue el tipo de servicio en el que había sido atendido el paciente: Urgencias (U), Hospitalización (H) y Consultas Externas (CCEE). Se han realizado un total de 6 GF, 2 por cada tipo de servicio. Los criterios de selección de los miembros de los diferentes GF: 1. Usuarios que hubiesen acudido a alguno de los servicios del nuevo hospital previamente a la realización del trabajo de campo. 2. Usuarios residentes en todas las poblaciones de la comarca.

Resultados: Accesibilidad: El aspecto más positivo fue el acceso físico. Hay diferencias por tipo de servicio: los usuarios de CCEE critican la incompatibilidad del horario de las citas con sus posibilidades personales y las listas de espera, los de H critican las listas de espera, y entre los de U encontramos opiniones diferentes en cuanto al tiempo de espera para ser atendidos.

Servicio Personalizado: Opiniones favorables entre los usuarios de H, aunque coinciden en que "depende del profesional que te toque", pero no así de CCEE (no hay un lenguaje claro y la información es escasa, así como el tiempo que se le dedica al paciente en la consulta) y los usuarios de U, que opinan que no hay claridad en la información sobre el tratamiento y el diagnóstico y faltan habilidades para dar malas noticias.

Competencia Técnica: Todas las opiniones han sido positivas en cuanto a la competencia técnica de los profesionales, pero no así en relación a la coordinación interna de los equipos, la falta de seguimiento de sus procesos tanto desde Atención Primaria como desde el hospital, la incongruencia en los diagnósticos y la falta de experiencia, sobre todo entre el personal de Urgencias, lo que resta confianza en la atención.

Garantía: El hospital da confianza y ha mejorado su imagen en el último año en relación a los hospitales de la zona. Sin embargo, entre los usuarios de H genera inseguridad la descoordinación de los equipos y la falta de personal. Para los pacientes de CCEE genera seguridad el aumento de la cartera de servicios, pero resta valor a la atención, el hecho de recibir información en lugares comunes y sin que su intimidad sea respetada. Los usuarios de U valoran que se les hagan todo tipo de pruebas diagnósticas, pero les resta confianza los tiempos de espera y la falta de algunos especialistas. **Servicio Confortable:** La reciente construcción del hospital nuevo ha dado como resultado una opinión muy positiva de todos los aspectos tangibles del hospital para los 3 grupos de pacientes estudiados.

Conclusiones: Los motivos de satisfacción del paciente y las dimensiones que afectan a la calidad percibida coinciden en algunos aspectos, como las listas de espera, la falta de claridad y escasez en la información y la descoordinación de los equipos, pero varían y tienen peculiaridades diferentes según el servicio en el que ha sido atendido.

C198. Aplicación práctica del cuestionario Servquos. Sistema de vigilancia y mejora de la calidad percibida en hospitales

Navarro-Gracia JF., Haro AM., García-Abad I., Almela R., Pazos JM., Arenas CA.

Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

Objetivos: Describir un sistema ya implantado de búsqueda y transmisión rápida de la información de encuestas de satisfacción generada por el cuestionario Servquos: Plantear su utilidad como herramienta de mejora de la calidad percibida por los usuarios.

Metodología: Implantación desde junio de 1999 hasta junio de 2000 de un sistema protocolizado de encuestas semestrales a pacientes ingresados en el hospital. Análisis y presentación de los principales resultados según un formato atractivo y comprensible. Se asegura la transmisión de la información a diversos agentes de mejora de la calidad: Grupo Hospitalario de Humanización de la Asistencia, jefes de servicio, supervisoras de enfermería y Servicio de Atención al usuario, según un algoritmo de funcionamiento. La información se presenta en varias modalidades: de modo agrupado (análisis cuantitativo y estadístico) o individualizado (fotocopias de comentarios del paciente) y de forma global (toda la serie completa) y evolutiva en el tiempo (5 etapas).

Resultados: Se han recibido y analizado 751 cuestionarios Servquos en las 5 evaluaciones realizadas. Los índices de respuesta oscilan entre el 20,2% (mayo-99) y el 26,6% (diciembre-99). El 47,4% de los respondedores escribe comentarios en el espacio de preguntas abiertas. Se han entregado ya resultados específicos a 12 servicios

que tenían al menos 30 encuestas recibidas. El informe de datos agrupados creemos que resulta aceptado y comprensible, incluyendo datos sociodemográficos (1ª hoja), satisfacción global (2ª hoja), aspectos "técnico-asistenciales" (3ª y 4ª hoja, planilla y gráficos) y aspectos "estructurales" (5ª y 6ª hoja, planilla y gráficos). Existen notables diferencias entre servicios y una peor valoración generalizada de los aspectos "estructurales" que de los "técnico-asistenciales". El informe evolutivo evidencia cambios importantes en la opinión sobre algunos ítems que hemos analizado con la dirección y los servicios.

Conclusiones: El uso regular y estructurado del cuestionario Servquos ha demostrado para nosotros su utilidad como herramienta de mejora de la calidad percibida por los usuarios, sobre todo, si se plantea como una estrategia de retroalimentación de la información desde los usuarios a los profesionales que intervienen en el ciclo de la mejora continua. Algunos hallazgos de las encuestas han motivado planes de intervención específicos.

C199. Cuida-Servqual nuevo cuestionario para conocer la calidad percibida en las Unidades de Gestión de Cuidados

Sánchez de Puerta P., Genis P., Prieto MA., March JC.*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

*Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (Granada).

Introducción: En el marco de un proyecto de investigación-acción participativa, desarrollado en 4 unidades de cuidados de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía (Traumatología, Urología, Maxilofacial, Oftalmología y Cirugía General) se ha diseñado un cuestionario específico para este contexto (Cuida-Servqual), que explora la opinión de los usuarios sobre la calidad de la atención que han recibido en las unidades de cuidados.

Objetivos: El proyecto llevado a cabo en estas unidades tiene como objetivo la mejora de la calidad percibida por los pacientes y sus familiares sobre los cuidados.

Metodología: Estudio descriptivo transversal mediante aplicación de cuestionario telefónico. Se utilizó un cuestionario diseñado y validado por la EASP que permite analizar la calidad percibida por los pacientes sobre los cuidados enfermeros. El cuestionario se basa en el modelo Servqual de Parasuraman. Se han elaborado 4 versiones diferentes (una para cada unidad), aunque el cuestionario contiene ítems iguales para las diferentes dimensiones de la calidad percibida con el fin de poder realizar comparaciones entre las 4 unidades.

El cuestionario se ha administrado a una muestra representativa (mediante muestreo aleatorio simple) de los pacientes atendidos en cada una de las unidades en los 3 meses anteriores a la realización del trabajo de campo. El tamaño de la muestra se definió bajo supuestos de estimaciones $p=70\%$ y un nivel de confianza del 95%. El error máximo admitido en cada muestra es de 5%. El número total de encuestas fue de 720. El trabajo de campo se realizó entre los meses de mayo y junio de 2001.

Resultados y conclusiones: Los resultados de esta comunicación están en proceso de elaboración y serán presentados en el propio congreso. Los resultados incluirán:

- Descripción del cuestionario Cuida-Servqual, que será el primer cuestionario diseñado específicamente para conocer la calidad percibida en las unidades de cuidados.
- Análisis de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones del modelo Servqual: elementos tangibles, fiabilidad, interés, garantía y empatía y comparación entre unidades.

C200. Valoración por los profesionales de los criterios de calidad de los servicios de la gerencia

Bravo G., Guarinos D., Gris A., Pérez-Periago R., Vera MR., Navas M.
Gerencia de Atención Primaria. Lorca (Murcia).

La calidad del servicio (modelo Servqual) viene medida por las puntuaciones sobre expectativas y percepciones del usuario en torno a 22 declaraciones estructuradas en cinco criterios (dimensiones) y la importancia que le adjudica a cada criterio. La puntuación Servqual ponderada (PSP: suma de diferencias entre percepción y expectativa de cada declaración integrada en un criterio, ponderada según la importancia de criterio) establece el potencial de mejora en cada criterio. **Objetivos:** Valorar las puntuaciones concedidas a cada criterio. Valorar los criterios con mayor PSP a través de la puntuación dada por los profesionales de Atención Primaria, como clientes (empleados, profesionales que prestan un servicio sanitario) de los servicios que presta la Gerencia de Atención Primaria (GAP), a las declaraciones que integran los criterios.

Métodos: La población del estudio fue la totalidad de los 350 profesionales con relación laboral con la GAP. Pasamos un cuestionario con datos profesionales de los participantes y el cuestionario Servqual recogiendo un total 226 cuestionarios.

El análisis se ha realizado con Epiinfo_6.04b y Excel. Las pruebas de contraste utilizadas son t de Student, análisis de varianza, y correlación de Pearson, significación = 0,05.

Resultados: Las puntuaciones SERVQUAL y PSP: (C1 "Elementos Tangibles") -0,691 y -0,48, (C2 "Fiabilidad") -2,212 y -2,78, (C3 "Capacidad de Respuesta") -1,938 y -2,44, (C4 "Seguridad") -1,762 y -1,63, (C5 "Empatía") -2,046 y -1,99.

Los criterios con mayor PSP son C2, C3 y C5. Las puntuaciones Servqual de declaraciones (D) integradas en C2 son D5= -2,776, D6= -2,464, D7= -1,782, D8= -2,435 y D9= -1,41, con diferencias significativas excepto entre D6 y D8. Para C3 fueron D10= -1,914, D11= -2,341, D12= -2,018 y D13= -1,457, con diferencias significativas excepto entre D10 y D12. Para C5 fueron D18= -1,824, D19= -1,986, D20= -1,688, D21= -2,386, y D22= -2,409, con dos grupos diferenciados significativamente, D18-D19-D20 y D21-D22. Las puntuaciones están significativamente relacionadas con "zona de salud", "unidad de provisión", "grupo profesional", "ser/no ser sanitario" y "jornada laboral".

Conclusiones: Los criterios con mayor PSP son "fiabilidad", "capacidad de respuesta" y "empatía". Hay diferencias significativas entre las declaraciones dentro de cada criterio y entre los distintos colectivos de profesionales que proporcionan información para seguir explorando las expectativas y las percepciones de calidad entre los profesionales sobre los servicios prestados por la GAP.

Financiación: Este trabajo ha sido desarrollado en el estudio Casglor (Calidad de Servicios en la Gerencia de Lorca) financiado con una ayuda a la investigación del programa EMCA concedida por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Conflicto de intereses: Los trabajadores y directivos de la gerencia han sido incluidos como profesionales en el estudio. Los servicios de la encuestadora, la citación a los profesionales en los centros de trabajo, la recogida de cuestionarios y la mecanización de los datos han sido realizados por una entidad independiente de la gerencia de AP y del equipo investigador.

C201. Calidad de los servicios prestados por una gerencia a los profesionales del área de salud

Anza I., Salas E., Mota A., Toledo F., López-Torrecillas E., Gomariz JJ.
Gerencias de Atención Primaria. Lorca (Murcia).

La calidad del servicio (Servqual) viene medida por las puntuaciones sobre expectativas y percepciones del usuario en torno a 22 declaraciones estructuradas en cinco criterios (dimensiones) y la importancia que le adjudica a cada criterio. La puntuación Servqual ponderada (PSP: suma de diferencias entre percepción y expectativa de cada declaración integrada en un criterio, ponderada según la importancia de criterio) establece el potencial de mejora en cada criterio.

Objetivos: Valorar de forma global la diferencia entre la calidad esperada y percibida por los profesionales de Atención Primaria, como clientes (empleados, trabajadores que prestan un servicio sanitario) de los servicios que les presta la Gerencia de Atención Primaria (GAP). Valorar la importancia dada por los profesionales a los criterios que definen la calidad.

Métodos: La población del estudio fue la totalidad de los 350 profesionales que tienen relación laboral con la GAP. Se utilizó un cuestionario con datos profesionales de los participantes y el cuestionario Servqual recogiendo un total 226 cuestionarios, mediante sesiones realizadas en todos los centros de trabajo.

El análisis estadístico se realizó con Epiinfo_6.04b y las tablas y gráficos en Excel. Las pruebas de contraste utilizadas son χ^2 , t de Student, análisis de varianza, y correlación de Pearson (significación: 0,05).

Resultados: La puntuación SERVQUAL global ha sido -1,773. La PSP global ha sido de -1,915. Están significativamente relacionadas con "zona de salud", "unidad de provisión", "grupo profesional", "ser/no ser sanitario", "jornada laboral" y "antigüedad en el área".-La importancia media de los criterios evaluados fue: "1: elementos tangibles"= 13,53, "2: fiabilidad"= 26,33, "3: capacidad de respuesta"= 23,83, "4: seguridad"= 18,76, y "5: empatía"= 18,96. La importancia de los criterios no ha estado relacionada con los datos profesionales, salvo el criterio 1, relacionado con "ser/no ser sanitario" y con "grupo profesional".

Conclusiones: Las puntuaciones y valoración de criterios son similares a otros estudios que han utilizado la misma metodología. La especificidad de cada ámbito de aplicación resta valor a las comparaciones teniendo más valor las series temporales de los estudios realizados en el mismo ámbito. Los criterios ponderados por encima de 20 han sido "fiabilidad" y "capacidad de respuesta". Las diferencias encontradas entre los distintos colectivos de profesionales nos proporcionan información para seguir explorando las necesidades y expectativas de los profesionales y diseñar intervenciones que mejoren la calidad de los servicios prestados por la GAP.

Financiación: Este trabajo ha sido desarrollado en el estudio Casglor (Calidad de Servicios en la Gerencia de Lorca) financiado con una ayuda a la investigación del programa EMCA concedida por la Consejería de Sanidad y Política Social de la región de Murcia.

Conflicto de intereses: Los trabajadores y directivos de la gerencia han sido incluidos como profesionales en el estudio. Los servicios de la encuestadora, la citación a los profesionales en los centros de trabajo, la recogida de cuestionarios y la mecanización de los datos han sido realizados por una entidad independiente de la Gerencia de AP y del equipo investigador.

C202. Cambios en las necesidades de salud

Garrido MT., Berenguer MJ., Giménez de la Torre R.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

Introducción: Progresivamente hemos observado como se ha potenciado un papel más activo del cliente dentro de la atención, siendo los profesionales los que se organizan pensando en las necesidades y expectativas del paciente. Desde esta perspectiva es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar la calidad de la asistencia.

Objetivos: Identificar el punto de vista del paciente de la calidad de la asistencia.

Metodología: Durante el último trimestre de 2000 se han desarrollado grupos focales de pacientes, utilizando el modelo Servqual de Parasuraman sobre las dimensiones de la calidad percibida, identificándose las fortalezas y debilidades que tienen los usuarios de las consultas externas y el área de hospitalización.

Resultados: Nos centraremos más en puntos débiles susceptibles de mejora. De forma general, los grupos refieren una mala planificación y organización del sistema de citas, largas listas de espera, tardanza en la realización de pruebas complementarias y pérdida de las mismas. Dentro del apartado de seguridad son vividos con mayor grado de angustia la vivencia del paciente periférico y el hacer partícipe a los acompañantes en los cuidados. Sin dudarlo creen en la atención prestada en el hospital. Aprecian más la antigüedad que la pericia, formación o preparación cuando se les pregunta sobre las habilidades y conocimientos de las enfermeras. Reconocen que el trato del personal ha mejorado. Mayor cercanía y comunicación con enfermería. Existen aún muchas barreras que dificultan la comunicación: lenguaje técnico, falta de identificación de los profesionales, cambios constantes de médicos, falta de intimidad, preguntas que no suelen ser bien aceptadas... Normas rígidas, muchas veces en contra de la consideración del paciente como persona. Viven con mucha angustia y ansiedad la firma de un "consentimiento informado". Existen quejas generalizadas acerca de las salas de espera y lugares comunes, destacando que todos los participantes coinciden en que este aspecto es el causante de su mayor insatisfacción.

Conclusiones: Detectadas las desviaciones, el grupo de trabajo ha elaborado una propuesta de acciones de mejora adecuadas para suprimir o minimizar estas desviaciones, con unos plazos de implantación y de evaluación, que debido al requisito de concreción del resumen expondremos en el propio congreso.

Sala 3. Mesa 23:

Mejora de la Calidad en el área del medicamento

C203. Control de calidad en la dispensación de medicamentos en dosis unitarias: sistema de monitorización

Plaza V., Azqueta A., Calvo P., Gil M., González A., Manrique E.
Hospital de Baldakao (Vizcaya).

Introducción: Para poder subsanar todos los errores cometidos en la preparación de la medicación en los carros de unidosos, el personal de enfermería del Servicio de Farmacia en colaboración con las enfermeras/os de las unidades de hospitalización, ha elaborado un registro específico con el fin de recoger toda la información posible que permita conocer el origen de dichos errores, tanto en la medicación oral como la intravenosa y las nutriciones parenterales.

Objetivo: Evitar errores de medicación, instaurando un sistema eficaz de comunicación entre las unidades de hospitalización y el Servicio de Farmacia en un hospital general de agudos con 360 camas de unidosos.

Metodología:

- Elaboración del registro específico.
- Envío diario en el carro de unidosos del registro de comunicación y anotación de la enfermera de la unidad de los errores detectados.

- Revisiones periódicas del carro de unidosos en la planta de hospitalización contrastando las órdenes médicas originales con la información recibida en Farmacia.
- Recogida de datos e información de los resultados.

Resultados: Durante 51 días se ha llevado a cabo una monitorización a tiempo real. Se han detectado un total de 311 errores de medicación. La media DE (min-max) de errores es de $6,1 \pm 2,9$ (0-13).

Conclusiones: Este circuito ágil de comunicación nos permite conocer a tiempo real los errores cometidos y subsanarlos de inmediato (100%) respecto al sistema anterior que no nos permitía conocer el número de errores. Permite al personal de enfermería de Farmacia tener una visión global de qué tipo de errores son los más habituales y cómo evitarlos. Los resultados obtenidos repercuten de forma positiva en la correcta preparación del carro de medicación para facilitar la labor profesional de las enfermeras/os de las unidades de hospitalización.

C204. Mejora de la distribución de medicamentos en dosis unitarias

Iranzo MD., Escolar M., González-González S., Nájera MD., López V., Andreo JA.

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.
Murcia (Murcia).

Objetivos: Evaluar la calidad de la parte administrativa del proceso de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (DMDU), en una unidad de hospitalización de Cirugía General, para detectar oportunidades de mejora en algunos puntos del proceso en los que suponemos existen problemas.

Material y métodos: Se aplica un ciclo de mejora, con el método propuesto por el programa EMCA. Se definen 4 criterios de calidad: C1. Prescripción (constará: nombre, cama, servicio, anotación de alergia y diagnóstico). C2. Transcripción: (validadas por farmacéutico, enfermo y cama, medicamento, fecha). C3. Dispensación (medicamentos correctamente dispensados, dosis, vía, sobran/faltan). C4. Administración (registro de administración correcta, devolución justificada). Tras la implantación de oportunidades de mejora, se realiza una 2ª evaluación y se comparan resultados.

Resultados: En la 1ª evaluación (muestra 343 días de tratamiento), se aprecia cumplimiento de C1 en 45 (± 5)% (cumplimiento de subcriterios, anotación alergias 57% y diagnóstico 62%). C2. Transcripción 86 (± 4)%. C3. Dispensación 82 (± 4)%. C4. Administración 60 (± 5)% (Registro de administración 85% y de devolución justificada 72%). Como acciones de mejora a corto plazo se realizan: informe de resultados a profesionales implicados en el proceso y revisión del circuito de DMDU. En la 2ª evaluación (muestra 343 días de tratamiento) se obtienen cumplimiento de C1 en 60% (± 5)% (mejora absoluta de 15% y relativa de 27%, $p < 0,001$) (anotación alergias 60% mejora absoluta 12% y relativa 28%, $p < 0,001$, anotación diagnóstico 65% no mejora). C2. Transcripción 92% (± 3)% (mejora absoluta 6% y relativa 43%, $p = 0,048$). C3. Dispensación 94 (2,5)% (mejora absoluta de 12% y relativa de 67%, $p < 0,001$). C4. Administración 82% (± 4) (mejora absoluta de 22% y relativa de 55%, $p = 0,022$), (registros administración correcta no mejora, devolución justificada 94% mejora absoluta 22% y relativa 78%, $p = 0,002$). Como acciones de mejora a corto plazo se realizan: informe de resultados a profesionales implicados en el proceso y revisión del circuito de DMDU.

Conclusiones: 1. En la 1ª evaluación se constata menor cumplimiento en los criterios C1 (Prescripción médica) (45%), sobre todo subcriterios de anotación de "alergia" y "diagnóstico" y en C4 (Administración) (60%), sobre todo en la "devolución". 2. Tras aplicar acciones de mejora, con difusión de resultados y revisión del circuito de DMDU, se

aprecian mejoras francas, significativas en C1 (sobre todo en anotación de alergias), C3 y C4 (sobre todo en devolución justificada). Mejoras más ligeras, también significativas en C2. 3. No se aprecian mejora en C1 (anotación de diagnóstico) que tiene el nivel de cumplimiento mas bajo, ni en C4 (registros administración correctos).

C205. Efecto sobre el coste del método de política antibiótica de un hospital terciario

López-Contreras J., Barrio JL., Gurgui M., Clopés A., Farré R., Esperalba J.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona (Barcelona).

Objetivos: Medir el efecto sobre el coste de un modelo adaptado de seguimiento para la utilización racional de los antibacterianos. La medida de intervención se inicia por su implicación en la generación de nuevas resistencias bacterianas y el gasto farmacéutico. En el presente análisis sólo se analizan los resultados relacionados con el coste.

Metodología: Ámbito: Hospital universitario de referencia de 600 camas. Se comparan dos períodos de 6 meses cada uno octubre-marzo de 1999-2000 (P1) y octubre-marzo 2000-2001(P2). Comienzo de la intervención: 1 de Septiembre de 2000. Métodos: Diariamente se obtiene un listado de los pacientes que inician antibióticos de uso restringido (AUR) (amicacina, aztreonam, cefepime, ceftazidima, cefotaxima, ceftriaxona, clindamicina, cloranfenicol, gentamicina, imipenem, levofloxacina, meropenem, piperacilina-tazobactam, teicoplanina, tobramicina, vancomicina, sultamicilina) y otro de los pacientes portadores o infectados por gérmenes multirresistentes (MRSA, Acinetobacter, BLEAS). Todos ellos son valorados por un adjunto de la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) en <72 horas desde el inicio del tratamiento. Se valora: indicación, dosis, vía de administración y duración esperable del tratamiento. En los tratamientos empíricos se revisan después los resultados microbiológicos y sugiere modificaciones precisas. Semanalmente con el Servicio de Farmacia se detectan los pacientes en tratamiento con 2 o más antibacterianos y también aquellos en que la duración del tratamiento sea >10 días (AUR y también antibióticos no restringidos). En sesión conjunta se seleccionan aquellos pacientes en que la confrontación de la pauta antibiótica con el diagnóstico principal sugiera que pueda existir inadecuación y son revisados por un consultor de la UEI. Un miembro de la UEI acude al pase de visita de la Unidad de Cuidados Intensivos 4 días por semana y otro al del Servicio de Hematología Clínica 1 día por semana. En todos estos casos se aplican los criterios de actuación anteriormente descritos. En caso de discrepancia entre el consultor y el médico responsable, se acepta la pauta propuesta por el médico responsable.

Resultados:

	Período 1	Período 2	Diferencial
Tiempo	6 meses	6 meses	
Altas	17.374	19.184	+1.810
Estancia media	6,82 días	6,21 días	-0,61
Peso	1,24	1,18	-0,06
Antibacterianos	231.616.432 ptas.	229.902.898 ptas.	-12.579.417
AUR	108.072.574 ptas.	98.593.098 ptas.	-9.479.476

Conclusiones: Dentro de los distintos modelos de política antibiótica, el método elegido y adaptado a nuestra institución ha demostrado eficacia en contener la tendencia al incremento del gasto en antibacterianos. Aunque la intervención está focalizada en los pacientes que inician tratamiento con AUR, el efecto de la intervención también

tiene una repercusión positiva sobre el uso general de los antibacterianos no restringidos.

C206. Análisis sistemático de la utilización de antibióticos como estrategia para mejorar la calidad de la prescripción

López-Cabezas MC., Homs E., Carrera R.

Hospital General de Vic (Barcelona).

Objetivos: Valorar la eficacia de una intervención pluridisciplinar sobre la utilización de antibióticos para mejorar la calidad de la prescripción en este grupo de medicamentos.

Metodología: Ámbito del estudio: hospital comarcal de 225 camas. Realizamos un análisis comparativo de la evolución de la prescripción de tres antibióticos de vigilancia especial: aztreonam, ciprofloxacina y ceftriaxona, durante el período 1995-2000. Como unidad de medida utilizamos la DDD/100 camas/día, y como indicador de calidad el grado de adaptación a la jerarquización de antibióticos, marcada por la política de antiinfecciosos del hospital, que es revisada y consensuada anualmente por la Comisión de Infecciones. Finalmente, realizamos una valoración económica de los resultados.

La intervención consiste en los siguientes puntos:

1. El Servicio de Farmacia realiza un estudio anual de la prescripción de antibióticos en DDD/100 camas/día. El estudio detallado de los diferentes grupos permite detectar desviaciones en la prescripción de un determinado medicamento. De esta manera, detectamos una desviación en la prescripción de aztreonam y ceftriaxona respecto a años anteriores y un aumento progresivo en la prescripción de ciprofloxacina endovenosa que no consideramos justificado.
2. Reunión y discusión de los resultados con la Comisión de Infecciones.
3. Difusión de los resultados entre los profesionales del hospital.
4. Puesta en marcha de medidas correctoras para el año siguiente (medidas informativas a través de un número especial del boletín informativo, y a través del sistema de seguimiento intensivo de antibióticos restringidos, basado en la coordinación farmacéutico/infectólogo).

Resultados: Tras la intervención se observa:

- Aztreonam: a. Disminución en la prescripción de aztreonam, potenciándose su utilización en infecciones graves por gram negativos cuando existe oto o nefrotoxicidad secundaria a aminoglicósidos, y b. Aumento en la prescripción de gentamicina.
- Ceftriaxona: la intervención ha potenciado la terapia secuencial, ya que se observa una disminución de la prescripción de ceftriaxona, acompañada de un aumento en la prescripción de cefuroxima oral.
- Ciprofloxacina: se consigue potenciar la terapia secuencial al observar estabilización de la prescripción de ciprofloxacina endovenosa, acompañada de un aumento en la prescripción de la forma oral.
- Contención de costes: se estima una contención de costes global del 20,3% en el presupuesto anual de los antiinfecciosos estudiados.

Conclusiones: Tras la intervención se observa una mejora en el perfil de utilización de los antibióticos estudiados, de acuerdo con los criterios marcados por la política de antiinfecciosos del centro, sumado a un impacto económico positivo. Así pues, la estrategia descrita, basada en el estudio sistemático de la utilización de antibióticos, unido a una buena coordinación entre los miembros de la Comisión de Infecciones y una difusión eficaz de los resultados, se presenta como una herramienta eficiente y reproducible en centros similares al nuestro, para mejorar la calidad de la prescripción antibiótica.

C207. La calidad de la medición en la práctica clínica: validez y fiabilidad de fichas de evaluación de destreza en la autoadministración de fármacos inhalados

Sánchez-Nieto JM., Carrillo A., López-Martínez P., Ato E., Jesús S., Fuentes I.

Hospital Morales Meseguer. Murcia (Murcia).

El problema de la calidad de la medición en la práctica clínica (PC) es complejo. Depende de las condiciones en las que se realiza, de la subjetividad del observador y del "patrón oro". Por ello, la calidad de una herramienta de medida depende de sus fiabilidad (*reliability*) y su validez (*validity*).

Objetivos: Determinar la validez y fiabilidad intra e interobservador de una ficha de evaluación cuantitativa de los pasos de la maniobra de inhalación (FEc) diseñada por nuestro grupo, como herramienta de medida de la destreza en la autoadministración de dos dispositivos, el cartucho presurizado (Cp) y el Turbuhaler® (Tb).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado mediante entrevista personal y demostración entre el personal de enfermería adscrito a los servicios de hospitalización. Herramienta de medición diseñada con escala cuantitativa asignando valores diferentes a cada paso de la maniobra de inhalación, con una puntuación máxima de 10 para el Cp y de 9 para el Tb. Muestreo por aleatorización (Z de 1,96 y precisión del 5%).

A todos los DUE incluidos se les citó mediante carta personalizada en grupos de siete, durante los treinta días consecutivos al inicio. Se les invitaba a realizar, individualmente, la autoadministración con los dos dispositivos en dos maniobras consecutivas (fiabilidad intraobservador). Frente al evaluado se situaban dos observadores con las FE y el investigador con los dispositivos patrón (*Usage trainer Turbuhaler*, para el Tb y *Inhalator Monitor Vitalograph*) ocultos a los observadores. La fiabilidad interobservador ("índice de concordancia Kappa") se calculó comparando las evaluaciones de los dos observadores con los resultados obtenidos por los dispositivos electrónicos. La fiabilidad intraobservador ("Kappa") se calculó comparando las dos evaluaciones de cada observador. La validez se calculó mediante la sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Resultados: Se evalúan 65 DUE y 260 observaciones. Concordancia intraobservador para el Cp, K= 0,803 (0,69-0,9) y para el Tb, K= 0,797 (0,682-0,911). Concordancia interobservador para el Cp, K= 0,803 (0,691-0,913) y para el Tb, K= 0,761 (0,638-0,882). Fiabilidad de la FEc para el Cp, K=0,811 (0,699-0,923) y para el Tb, K=0,758 (0,635-0,880). La validez de la FE con el dispositivo Cp fue: sensibilidad 82%, especificidad 96,7%, valor predictivo positivo 91,4% y valor predictivo negativo 91,6%. La validez de la FE con el dispositivo Tb fue: sensibilidad 73,8%, especificidad 97,7%, valor predictivo positivo 93,9% y valor predictivo negativo 88,6%.

Conclusiones:

1. Las fichas de evaluación con valoración numérica de los pasos de la maniobra de inhalación, para los dispositivos "cartucho presurizado" y "Turbuhaler®", diseñadas por nuestro grupo, han mostrado ser una herramienta de medición con excelente validez y fiabilidad para valorar la habilidad de los pacientes que precisan administrarse este tipo de medicación.
2. Su utilización rutinaria en la práctica clínica, a nivel hospitalario y de atención primaria, debe ayudar a identificar inicialmente a los pacientes que precisan un adiestramiento específico y la evolución de su destreza.

C208. Racionalización de la prevención de lesión aguda de mucosa gástrica en pacientes traumatológicos

Villegas F., Cabezas J., Esteo I., Gallego F., Rodríguez-Espejo R. Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería (Almería).

En la Comisión de Farmacia de nuestro hospital se detectó un aumento no esperado del gasto en gastroprotección por parte del Servicio de Traumatología y Ortopedia, especialmente en relación con los inhibidores de la bomba de protones administrados por vía parenteral. Como objetivo para el año 2000, una subcomisión se encargó de analizar el problema y plantear las acciones de mejora para resolverlo.

Tras el análisis se comprobó que la causa fundamental del gasto era el uso indiscriminado de Omeprazol endovenoso en pacientes que no necesitaban gastroprotección y/o en pacientes que podían tomar el fármaco por vía oral. Unido a lo anterior, el empleo de fármacos especialmente gastrolesivos como primer escalón de analgesia, convertía en necesario el empleo de gastroprotectores. La estrategia para la mejora fue la siguiente:

Métodos: Se diseñó una guía para racionalizar la profilaxis de Lesión Aguda de Mucosa Gástrica (LAMG) en pacientes traumatológicos, que fue presentada a los especialistas implicados, incluyendo en ella recomendaciones acerca del empleo de analgésicos y AINEs para el control del dolor postoperatorio. La guía fue implantada tras el consenso de todos los especialistas.

Para reforzar la adhesión se llevó a cabo un estudio de coste-efectividad previo a la implantación de la guía, durante el período febrero-junio de 2000, sobre los pacientes ingresados en traumatología con edad mayor de 14 años y con ingresos de más de dos días (N=151 pacientes). Se tomó una muestra aleatoria de 111 pacientes para p<0,01 y precisión de 95%.

Resultados: En el 60,4% de los pacientes se realizó profilaxis excesiva, cara o innecesaria, con un coste de No-calidad de 259.245 ptas. Se comprobó que el 88% del gasto en gastroprotección no era necesario. En el 28,8% de pacientes se realizó la profilaxis correcta y en un 12,6% la profilaxis fue insuficiente, aunque no se registró ninguna hemorragia digestiva.

El análisis permitió detectar también una serie de errores en la recogida de datos de cumplimentación de tratamiento durante el ingreso, y un preocupante abuso del empleo de Ketorolaco parenteral, para los que se implantaron acciones de mejora inmediatas.

Los resultados globales y el análisis por especialista, se presentaron de forma individualizada y privada.

Durante el mismo período del año 2001 se está realizando el mismo estudio coste-efectividad. Sus resultados definitivos están aún pendientes de análisis y se presentarán durante el congreso, aunque en la valoración preliminar de la Comisión de Farmacia se advierten importantes mejoras en la adhesión a la guía y en el gasto.

C209. Factores asociados con la infrautilización de beta-bloqueantes después de un infarto de miocardio

Vicente A., García-Montero JI., Castán Y., Moliner J. Zaragoza (Zaragoza).

Objetivos: Conocer el porcentaje de utilización de beta-bloqueantes (BB) en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), y las variables asociadas con la no utilización.

Metodología: Revisión de los informes de alta de pacientes con diagnóstico de IAM (código 410.***) en el Servicio de Cardiología del hospital entre octubre de 1999 y octubre de 2000. De las pautas de

tratamiento prescritas al alta se obtiene la variable "Uso de beta-bloqueantes" que será utilizada como variable respuesta. Las variables analizadas como explicativas son: tipo de IAM, angor post-infarto, fracción de eyección, prueba de esfuerzo, coronariografía, diagnósticos secundarios que pueden contraindicar el uso de BB, médico que firma el alta, duración de la estancia en el hospital, sexo y edad del paciente. Otras variables analizadas son: tipo de BB, dosis adecuada, inicio inmediato tras el IAM, reacciones adversas atribuibles al BB, riesgo de interacciones con otros fármacos.

Análisis de distribución de frecuencias, prueba de ji al cuadrado y test de comparación de medias (ANOVA y U de Mann-Whitney).

Resultados: Se revisaron los casos de 228 pacientes, 183 varones y 45 mujeres. La media de edad es de 66 años (rango 29-98). El 49,6% (113) de los pacientes son tratados con BB al alta. De las variables estudiadas, la edad de los pacientes es menor en el grupo a los que se prescribió BB (63,8 años, frente a 68,2 años de media en los que no los usaron; $p=0,009$, test de Mann-Whitney). Existen diferencias no significativas en el uso de BB según el tipo de infarto (más uso en infartos anteriores (52%) y No Q (56%), y menos en posteriores (47%). No hay diferencias significativas en la duración de la estancia hospitalaria (11 días en cada grupo), ni en los días pasados en UCI (2,7 días en los que no se usa BB, 3,6 días en los que sí) ni en la fracción de eyección (media de 49,7 en el grupo de no uso y 46,5 en los que sí). Según el médico que firma el alta las diferencias no son significativas, con variaciones en la tasa de uso de BB entre el 42 y 57%. No hay diferencias si el paciente ha tenido angor postinfarto (47%) como si no lo ha tenido (49,7%).

En los casos que se daba algún diagnóstico que contraindicaba el uso de BB la tasa de uso fue de 45,9% y en los que no los había de 50,9%. Cuando existía riesgo claro de interacciones entre BB y otros fármacos, la tasa de uso fue de 42,8% (6 casos de 14), si el riesgo era intermedio la proporción fue de 45,4% (35/77) y si no había ese riesgo de 52,5% (72/137).

Conclusiones: La infrautilización de BB en nuestro hospital es similar a la publicada por otros autores. De las variables explicativas propuestas en otros estudios, en los casos de nuestra muestra sólo la edad del paciente se relaciona con la probabilidad de uso de BB. Otras variables, como la presencia de diagnósticos que contraindicarían este uso o el riesgo de interacciones, no están claramente relacionados. Las variaciones de uso según el médico que firma el alta serán estudiadas con los datos obtenidos de la monitorización de este indicador.

C210. Calidad en la utilización de gastroprotectores ante el uso de AINEs

Rodríguez-Alcalá FJ., Esteban M., Modrego A.
(en representación de la Comisión de Calidad del Área)*
Gerencia de Atención Primaria de Toledo (Toledo).

Objetivos: Analizar la calidad en la utilización de fármacos gastroprotectores en pacientes tratados con AINEs, con el fin de identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar el impacto de las mismas.

Metodología: Ciclo de mejora de calidad iniciado en 1998 con la evaluación retrospectiva, por los profesionales implicados, de 1.039 historias clínicas, seguida de medidas correctoras de tipo educacional (difusión de resultados, sesiones, cursos) y posterior reevaluación (año 2000) de idénticos criterios en 496 historias. Unidades del estudio: mayores de 18 años tratados con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de 16 centros de salud. Muestreo en 2 etapas: 1ª. aleatorio sistemático del total de historias. 2ª. Reclutamiento de aquellas con consumo de AINEs en el último año. Los 4 criterios evaluados fueron: indicación correcta de gastroprotección, inicio y duración del tratamiento, fármacos utilizados.

Resultados: En la primera evaluación la indicación de gastroprotectores fue incorrecta en 45,2% de casos (90,4% estaba indicada y no se puso; 9,6% no estaba indicada y se puso); tras las medidas correctoras, este criterio se incumplió en 32,8% (95% estaba indicada y no se puso; 5% no estaba indicada y se puso), con diferencias significativas respecto a la evaluación ($p<0,01$). El incumplimiento al 2º criterio (inicio de la gastroprotección) pasó del 10% al 1% tras las medidas correctoras ($p<0,01$). El criterio 3 (duración de la gastroprotección) pasó de incumplirse en el 5,4% al 1% ($p<0,01$). El 4º criterio (fármaco utilizado para la gastroprotección) se incumplía en 67,7% de casos antes de la intervención y en 19,4% después ($p<0,01$). En la evaluación los gastroprotectores más utilizados fueron los Anti H2 (51,2% frente a 17,2% en la reevaluación). Sin embargo, en la reevaluación los más utilizados fueron los considerados de elección (inhibidores de la bomba de protones, misoprostol o acexamato de zinc) que supusieron un 80,1% frente al 32,3% al evaluar.

Conclusiones: La utilización de gastroprotectores en pacientes tratados con AINEs es inadecuada por dos motivos principales: no se indican correctamente y no se utilizan los gastroprotectores de elección. La difusión de resultados, unida a cursos y sesiones informativas conlleva una sustancial mejora en el uso de estos fármacos.

*Martín Blanco C., Baz Collado C., González Pérez A., Guillén Antón V., González Úbeda S., Fernández Proledesma A., García Palencia M., Viñas González B., Colino Martínez R., Carmona de la Morena J., Cano Masa C., Montero Fernández MJ.

C211. Implantación y seguimiento de una guía farmacoterapéutica de Atención Primaria. Experiencia de 8 años de trabajo

Calvo MJ., Villamor M., López-Gómez C., González-Sanz F.
Gerencia Atención Primaria Área 4. Servicio de Farmacia.
Madrid (Madrid).

Objetivos: La elaboración de las guías farmacoterapéuticas es un proceso lento y laborioso, aunque enormemente educativo y formativo para los profesionales que participan en su desarrollo. Es necesario evaluar el grado de implantación y realizar un seguimiento de su cumplimiento para justificar dicho trabajo. Este trabajo pretende describir la estrategia de intervención seguida para la implantación y seguimiento de 8 años de una guía farmacoterapéutica en una área de Salud.

Metodología: Estudio observacional en el que se analiza la estrategia de una intervención sobre la prescripción de medicamentos de una guía farmacoterapéutica mediante el seguimiento de las prescripciones de los médicos de una área de salud antes y después de la implantación de la guía.

Resultados: En relación a la prescripción de medicamentos de la guía farmacoterapéutica los resultados no han sido significativos en el primer año de implantación. A corto plazo (1 año) se consigue un ligero aumento en el número de envases prescritos incluidos en la guía, obteniéndose resultados muy importantes en cuanto al aumento de las prescripciones a medio (3 años) y largo plazo (a partir de 5 años).

Conclusiones: La implantación de guías farmacoterapéuticas en las áreas de salud necesita de un proceso de aprendizaje que solo dará beneficios medibles a medio-largo plazo. Se considera que es una buena estrategia introducir herramientas que promuevan el uso racional del medicamento acompañadas desde el primer momento de una evaluación periódica que sea conocida por todos los profesionales.

Sala 4. Mesa 24:
Infecciones Nosocomiales y Calidad Asistencial

C212. Evaluación y mejora de la profilaxis antibiótica quirúrgica

Gutiérrez-Urbón JM., Jorge S., Álvarez-Fortes E., Martín-Herranz I.

Servicio de Farmacia. Hospital Juan Canalejo. A Coruña (A Coruña).

Objetivos: Valorar y establecer medidas de mejora para el uso de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica (PAQ).

Metodología: Se realiza una auditoría periódica con las siguientes características:

Ámbito: Unidades Clínicas quirúrgicas del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (nº camas: 1390, nº ingresos/año: 42.574). Período: enero 1999-diciembre 2000. Método: Corte de prevalencia con una frecuencia de 6 meses (enero y diciembre).

Muestra: 100% de los pacientes ingresados en unidades quirúrgicas el día del corte y sometidos a cirugía durante el ingreso en curso. Indicadores de calidad: Indicación de profilaxis, elección de antibiótico, dosificación y vía de administración, momento de administración de la primera dosis y duración de profilaxis.

Medidas de mejora: Nueva edición del Manual de Profilaxis y Terapéutica antimicrobiana del hospital (mayo 1999), implantación de un sistema automático de dispensación de PAQ "kit de profilaxis" en las unidades de neurocirugía, traumatología y cirugía cardíaca (oct-nov 2000), inclusión de la PAQ en los objetivos pactados entre la dirección y los servicios (años 1999-2000), establecimiento de protocolos de PAQ en diversas unidades (años 1999 y 2000).

Resultados:

Número total de pacientes revisados: 1.522.

Número total de pacientes con profilaxis antibiótica: 670 (44%).

Número total de procedimientos quirúrgicos en el período de estudio: 53.717.

En la tabla se exponen los resultados por auditoría.

Indicador	Jun-99	Dic-99	Jun-00	Dic-00
Nº pacientes con PAQ	147	149	194	180
Indicación profilaxis(*)	89%	92%	93%	97%
Elección de antibiótico(*)	65%	68%	76%	78%
Dosis y vía adm(*)	71%	76%	89%	96%
Momento 1ª dosis(*)	57%	65%	76%	84%
Duración de profilaxis(*)	28%	39%	44%	73%

(*) Se expresa el porcentaje de profilaxis correctamente realizada.

Porcentaje de mejora de los indicadores en las unidades clínicas donde se implantó el kit de profilaxis: indicación de profilaxis 8,8%; elección de Ab: 8,8%; dosis y vía de administración: 8,8%; momento de administración de la 1ª dosis: 23,1%; duración de la profilaxis: 37,8%. La reducción de la duración de la profilaxis se deriva en un ahorro económico estimado por paciente y día de 560 ptas.

Conclusiones: El establecimiento de indicadores de calidad y la realización de la auditoría nos permiten evaluar la calidad de la PAQ. La introducción de medidas de mejora incrementa los porcentajes de profilaxis correctamente realizada y permite el ahorro de recursos económicos (coste no calidad).

C213. Evaluación externa como herramienta para la mejora de los planes de minimización de infección nosocomial

Pérez-Boillos MJ., García-Urbaneja M.

Comisión INOZ. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Objetivos: Elaborar una herramienta que ayudara a detectar puntos fuertes y áreas de mejoras en los planes de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial (PVPCIN). Identificar las áreas de excelencia, puntos fuertes y áreas de mejora existentes en la red de hospitales de agudos en este momento. Valorar la utilidad de esta herramienta.

Metodología: 1. Elaboración de un manual de evaluación que recogiera criterios de evidencia demostrada. 2. Selección y formación de equipos de evaluadores externos. 3. Evaluación externa mediante revisión de la documentación enviada por el centro evaluado y visita al hospital. 4. Envío al centro del informe de evaluación. 5. Valoración de todo el proceso y recogida de información sobre la puesta en marcha de mejoras (cuestionario autocumplimentado).

Resultados:

- Se ha diseñado un Manual de evaluación que incluye 52 criterios de evidencia demostrada: 25 de estructura y 27 de proceso (8 sobre vigilancia, 9 sobre normas de prevención, 6 sobre programas de prevención y 4 sobre actividades de control y prevención de resistencias) y una Ayuda donde se definen las evidencias a buscar en cada criterio durante la evaluación.
- Se han evaluado 12 PVPCIN (100% de los hospitales de agudos), detectándose áreas de excelencia, puntos fuertes y áreas de mejora.
- En una escala de 1-10 se han valorado con un 8,5 la utilidad del manual, con un 8,3 la de la evaluación externa y con un 8,6 la del informe de evaluación. El 93% de los encuestados considera que la evaluación externa aporta valor añadido sobre la autoevaluación y el 78% de los centros ha iniciado ya planes de mejora.

Conclusiones: Las herramientas diseñadas son útiles para la mejora. Han ayudado a la detección de puntos fuertes y áreas de mejora de los PVPCIN, facilitando el inicio de planes de mejora en los centros y permitiendo la identificación de líneas futuras de trabajo conjunto en la red. El manual diseñado puede ser aplicado en un proceso de evaluación externa. Está a disposición de los centros para ser utilizado en autoevaluaciones o en la preparación de procesos de acreditación.

C214. Control y prevención de infecciones nosocomiales en pacientes inmunodeprimidos ante pruebas invasivas (endoscopias)

Herrero-Franco N., Berrio-Pecero M., Alonso-Lobato ME., Aguayo-Pérez MJ.

Fundación Hospital Alcorcón (Hospital de Día). Alcorcón (Madrid).

Tema: Las infecciones nosocomiales, contraídas en el entorno hospitalario, han incrementado su incidencia en los últimos años y se han convertido en motivo de preocupación e investigación por el personal de enfermería adecuando protocolos de actuación, ante la contaminación del medio hospitalario y el material utilizado en endoscopias.

Objetivos: Evaluar la calidad en desinfección endoscópica mediante control bacteriológico y profundizar en el tema recopilando documentación relacionando enfermedad nosocomial, con endoscopias en pacientes inmunodeprimidos.

Método del estudio: Análisis retrospectivo de los cultivos de endoscopios desde 1999 hasta mayo de 2001. Esta información se halla en soporte informático utilizando el programa Excel. Revisión bibliográfica en

la que se mencionen pacientes inmunodeprimidos y pruebas invasivas (endoscopias), período comprendido entre los años 1996 al 2000. Cumplimiento del protocolo de toma de muestras en cuanto a recursos materiales, humanos, periodicidad y rotación de toma de muestras en endoscopios.

Resultados: Todos los cultivos realizados han sido negativos, excepto uno cuyo resultado positivo fue debido a contaminación en el procesado de la muestra. Al repetir, este resultado fue negativo.

Del análisis de la bibliografía realizado se puede deducir que la publicación de trabajos es escasa siendo menos de seis los trabajos recopilados en los que hagan una reseña de infección nosocomial por endoscopias en pacientes con síndrome de deficiencia inmunitaria, y totalmente mínimos los servicios de medicina preventiva hospitalaria que hacen referencia a recomendaciones.

Conclusiones: Todos los pacientes a los que se les va a realizar una endoscopia deben considerarse con el mismo riesgo para ser infectados, debiendo prestar mayor atención a enfermos inmunodeprimidos, por tanto si seguimos las normas de desinfección universal no haría falta ningún protocolo específico para estos pacientes, ya que los resultados que hemos obtenidos son totalmente óptimos, pero siempre llevando un control exhaustivo en el proceso de desinfección según protocolo de Medicina Preventiva.

C215. La evaluación, método eficaz para el seguimiento de medidas de prevención de la infección nosocomial

Elosegi M., Segura P., Castro MC., Zulueta C.

Hospital Comarcal del Bidasoa. Hondarribia (Gipuzkoa).

Introducción: En 1994, el equipo directivo del Hospital Comarcal del Bidasoa determinó implantar un sistema que nos permitiera evaluar el nivel de cumplimiento de procedimientos que tuvieran repercusión con la infección nosocomial. Para ello, se decidió utilizar las autoevaluaciones como método más idóneo.

Objetivos: Implantar un sistema de autoevaluación para conocer y evaluar el grado de cumplimiento de procedimientos que tienen relación directa con el desarrollo de la infección nosocomial.

Metodología: Proyecto liderado por la Dirección de Enfermería con la creación de un grupo de trabajo formado por enfermeras para: Seleccionar, revisar y actualizar los procedimientos a evaluar (sondaje vesical, venopunción, preparación prequirúrgica). Determinar criterios de calidad e indicadores. Determinar objetivos. Diseñar hojas de registro para cada tipo de procedimiento. Determinar el sistema de autoevaluación por muestreo (mensualmente, cada enfermera realizará una autoevaluación de cada procedimiento). Formar, a los profesionales de los servicios implicados (urgencias, quirófano y unidades de hospitalización) sobre los procedimientos a evaluar. En el año 1999, tras un incremento de la infección urinaria, se decidió complementar el sistema implantado hasta el momento con la realización de una evaluación externa.

Resultados:

- Implantación del sistema de autoevaluación en el año 1995 en los servicios determinados.
- Resultados de la autoevaluación, con un grado de cumplimiento superior al 90% en todos los procedimientos evaluados.
- Implantación del sistema de evaluación externa en el año 2000 en los servicios determinados.
- Resultados de la evaluación externa con un grado de cumplimiento sensiblemente inferior a los obtenidos por autoevaluación sobre todo en la venopunción y en la preparación prequirúrgica (por debajo del 50%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican que vamos por el buen camino. La evaluación externa completa el sistema implantado para conocer el grado de adecuación de nuestros profesionales a las

actividades de prevención. Es necesario disminuir las reticencias existentes y afianzar el espíritu de autocritica a través de la formación e información. Disponemos de una excelente herramienta para detectar áreas de mejora. Existen dificultades para evaluar la fase de "mantenimiento" de los procedimientos. Por ello es necesario disponer de los dos métodos de evaluación.

C216. Evaluación de la profilaxis antibiótica en los pacientes sometidos a cirugía electiva por carcinoma colorrectal

Parra PA., Morán J., Rojas MJ., Madrigal M., Romero E., Soriano H.

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario de Murcia (Murcia).

Introducción: Las complicaciones infecciosas tras las intervenciones quirúrgicas son una seria complicación, cuya incidencia se reduce significativamente con el uso de profilaxis antibiótica, indicada preferentemente en la cirugía contaminada y en la limpia-contaminada. La presente comunicación tiene como objetivo evaluar el uso de antibióticos, de forma profiláctica, en los pacientes sometidos a cirugía electiva de cáncer colorrectal, así como su ajuste a las recomendaciones de la comisión de antibióticos de nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los cáncer de colon y recto intervenidos en nuestro servicio durante los años 1997 y 1999, analizando el uso de profilaxis antibiótica y si ésta se adecuaba a las recomendaciones dadas por la comisión de antibióticos de nuestro hospital. Dicha comisión recomendaba, para la cirugía electiva colorrectal, la utilización de 1,5 gr/24h de metronidazol +100 mg/12h de tobramicina, vía intravenosa, comenzando la primera dosis una hora antes de la intervención y manteniendo las dosis durante 24-48h tras la cirugía.

Resultados: Durante los años 1997 y 1998 se intervinieron en nuestro servicio 79 pacientes por carcinoma colorrectal, de los cuales 66 se intervinieron de forma electiva y 13 de forma urgente por obstrucción o perforación. De los intervenidos de forma electiva, 55 (83,3%) habían recibido profilaxis antibiótica, y de ellos 41 (74,54%) recibieron los antibióticos y las dosis recomendadas por la comisión de antibióticos. Los 14 pacientes restantes, 13 recibieron las dosis de metronidazol recomendadas, siendo sustituido el aminoglucósido por una cefalosporina de tercera generación. 1 paciente recibió una profilaxis antibiótica que no se ajustaba a las recomendaciones dadas por la comisión.

Conclusiones: La profilaxis antibiótica ante cirugía contaminada y limpia-contaminada, como es el caso de la cirugía colorrectal, es un parámetro de calidad que en nuestro servicio se cumple en un elevado porcentaje (83,3%).

Las recomendaciones dadas por la comisión de antibióticos de nuestro hospital (en función de los gérmenes más frecuentes aislados en cada caso y de su sensibilidad a los distintos atbs) es seguido por nuestros facultativos en sólo un 74,54% de los casos.

Aunque las cifras de cumplimiento de este parámetro de calidad son altas, deberíamos establecer una mejora para intentar obtener cifras próximas al 100% en ambos parámetros medidos.

C217. Indicadores de calidad asistencial en el programa PREVINE de seguimiento de infecciones en cirugía

Navarro-Gracia JF., Haro AM., García-Abad I., Almela R., Rufete C., Arenas CA.

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

Objetivos: Definir una plantilla de indicadores básicos de calidad asistencial resultantes de un programa de seguimiento de infecciones nosocomiales en servicios quirúrgicos y exponer los primeros resultados y estándares.

Metodología: Estudio prospectivo de vigilancia de infecciones nosocomiales (IN) de enfermos intervenidos e ingresados en el Hospital General Universitario de Elche entre enero-1999 y marzo-2001. Recogida de datos y criterios de infección según protocolo PREVINE por personal experimentado de enfermería. Recopilación de indicadores y estándares sugeridos por los proyectos SENIC, NNIS y PREVINE, entre otros.

Resultados: Se siguieron 2.111 enfermos intervenidos. Se presentan 2 tablas separadas de indicadores: una primera tabla general, con los indicadores de frecuencia de las diversas localizaciones de IN, factores de riesgo (FR) endógenos y uso de los antibióticos y una segunda con los principales FR exógenos (prevenibles) a los que se exponen los pacientes. Se registra un 10,8% de IN en operados, aunque son las urinarias las infecciones más frecuentes (43,3% del total debido a la alta proporción relativa de cesáreas), seguidas de las infecciones quirúrgicas (IQ) (26,1%). Se observa un descenso en las IQ en cirugía limpia y en el índice de confirmación microbiológica de las IN. Existe un aumento en la proporción de las profilaxis quirúrgicas (PQ) administradas (90,1% en 2001), que en el 61,8% se juzga inadecuada por quedar fuera de los protocolos aprobados. Entre los FR exógenos, destaca el aumento de inmunosupresión, uso de sondas nasogástricas y el descenso de los sondajes urinarios (todos cerrados).

Conclusiones: Nuestra plantilla permite focalizar rápidamente la atención en aquellos indicadores más importantes y los procedimientos de eficacia reconocida en la prevención de IN. Todos los datos están disponibles mediante una explotación de los datos del programa PREVINE y pueden ser fácilmente recogidos por personal de enfermería con asesoramiento médico. Los estándares permiten la comparación con los mejores hospitales y también se puede comparar nuestra evolución en el tiempo. Tras el estudio detallado de los indicadores fijamos como objetivos prioritarios para 2001 la actualización de los protocolos de PQ en cirugía y la reducción de FR como la inmunosupresión y las sondas nasogástricas.

C218. Programa de prevención y control de la infección nosocomial ante la construcción de un nuevo hospital

Barrio JL., Cotura MA., Gálvez ML., Padrós R., Gurguí M., Canal R.

Servei de Malalties Infeccioses. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (Barcelona).

Introducción: Existen numerosas referencias bibliográficas sobre el riesgo de brotes epidémicos nosocomiales, sobre todo por hongos ambientales en relación con obras hospitalarias. Nuestro centro se halla en fase de construcción de un nuevo edificio por lo que se ha establecido un programa específico de prevención y control de la infección nosocomial.

Dicho programa se basa en la creación de una comisión de prevención de riesgos, el establecimiento de una serie de normas de prevención estructurales, establecimiento de circuitos y medidas de control protocolizadas, basados en directrices nacionales e internacionales, y el seguimiento epidemiológico de la infección nosocomial. Se presenta el diseño y resultados de dicho seguimiento epidemiológico.

Metodología: Se ha establecido un estudio de incidencia prospectivo de la infección nosocomial de todos los pacientes ingresados en el área de riesgo próxima a las obras. La recogida y proceso de los datos ha sido realizado por el equipo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas con el apoyo de los diferentes equipos asistenciales de

las diferentes áreas implicadas. Los datos básicos se obtienen del censo de ingresos del hospital y las fuentes para la detección de los casos son los resultados microbiológicos, la prescripción de antimicrobianos y las visitas seriadas a los diferentes servicios. Los criterios y definiciones de la infección nosocomial y sus tipos se han basado en los del CDC.

Resultados: Desde el inicio de las obras en febrero de 2001 hasta finales de mayo se han controlado 2.701 pacientes ingresados en áreas de riesgo adyacentes a la zona de las obras, con un intervalo entre 193 y 374 pacientes semanales. La incidencia semanal de infección nosocomial ha oscilado entre 1,13 y 4,14%, con un predominio de infección urinaria. No se ha objetivado ningún incremento en la incidencia de infección respiratoria ni quirúrgica, ni se ha detectado ningún brote epidémico por patógenos ambientales.

Comentario: Los datos obtenidos muestran que el índice de infección nosocomial se mantiene por debajo del 5%, cifra que consideramos límite en relación con diferentes estudios de referencia.

Conclusiones:

- El estudio de incidencia prospectivo es un método útil y exacto para el seguimiento epidemiológico de la infección nosocomial en relación con la construcción de un nuevo centro.
- No se ha objetivado un incremento del índice de infección nosocomial.
- No se han detectado brotes epidémicos hospitalarios por patógenos ambientales.
- El equipo que realiza el seguimiento epidemiológico es el mismo que dirige y controla las medidas de prevención, lo que permite adecuar los recursos.
- Las medidas de prevención adoptadas han sido eficaces para evitar el riesgo de infección nosocomial en relación con las obras del nuevo hospital.

C219. Innovaciones en calidad y esterilización

González de la Flor P.*, Navarro-Espigares JL.†

*Hospital Universitario Ciudad de Jaén (Jaén).

†Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada (Granada).

Introducción: Los programas de análisis y mejora del valor son uno de los elementos que caracterizan a los nuevos estilos de dirección basados en la calidad total y la gestión del valor. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de un programa de análisis y mejora del valor sobre la central de esterilización de un hospital.

Material y métodos: Se diseñó un estudio cuasiexperimental pretest-postest sin grupo control. El ámbito de la intervención fue la central de esterilización del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, desde noviembre de 1999 hasta diciembre de 2000. La intervención se efectuó sobre los procesos realizados en la central y sus efectos se midieron sobre los materiales procesados y la satisfacción de los clientes. Dicha intervención se articuló en 6 líneas de actuación: sobre los sistemas de procesamiento, control de procesos, registro de los mismos, nivel de satisfacción de clientes, cálculo de la producción y coste de la central y sistema de facturación interno.

Resultados: Se implementaron un total de 18 innovaciones. Por línea de actuación, el mayor número de las mismas se implantó en el sistema de procesamiento: 7. El grado medio de implementación fue del 99,4%. Se crearon 14 indicadores de calidad, alcanzándose el estándar fijado en el 90% de los casos. El número de ciclos completos de esterilización con nivel de calidad adecuado aumento de 247, en la fase preintervención, a 332 durante la fase postintervención, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). La imputación de los costes de esterilización a las intervenciones de cirugía cardíaca supuso el 0,1% del coste total medio de dichas intervenciones.

Discusión y conclusiones: El programa ha permitido aumentar las funciones que cumple el material esterilizado sin modificar el coste final, lo que ha producido un aumento del valor del mismo. El conocimiento de los costes de esterilización por intervención realizada permite un adecuado control de gestión, incluyendo el análisis de desviaciones.

*Este estudio forma parte de un proyecto de investigación financiado por el Servicio Andaluz de Salud (Expediente SAS 140/99).

C220. La infección de herida quirúrgica triplica el coste de la cirugía

Carrasco G.*, Ríos J., Murillo C.*

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).
Universitat Pompeu Fabra (UPF). Barcelona (Barcelona).
*EUIF Blanquerna, Universidad Ramon Llull.
Barcelona (Barcelona).

Las infecciones quirúrgicas postoperatorias son el segundo efecto adverso de la asistencia hospitalaria para cuya evaluación se utiliza la estimación imprecisa de los costes financieros que comporta la prolongación de la estancia hospitalaria sin medir los costes variables que inciden significativamente en su coste total.

Objetivos: Definir un sistema de medición de los costes reales de la infección postquirúrgica y determinar sus costes en dos de los procesos asistenciales frecuentes: apendicectomía y colectomía.

Metodología:

Diseño: Se aplicó la metodología de apareamiento (*matching*) individual de pacientes agrupados por múltiples características en pacientes ingresados y operados de apendicectomía y colectomía en el Hospital de Barcelona durante los años 1998 y 1999, que presentaron una infección de sitio quirúrgico en el postoperatorio.

Tipos de apareamiento: 1. apareamiento de pacientes por: diagnóstico principal, procedimiento quirúrgico principal, edad (diferencia absoluta de edades inferior o igual a 5 años) y género. Se preestímó una muestra de 23 casos y 23 controles para los pacientes operados de apendicectomía y de 20 pares de casos y controles en los de colectomía. 2. en el segundo de los apareamientos se utilizó además como criterio de selección una nueva variable: el número de diagnósticos secundarios (número de diagnósticos al alta menos diagnóstico principal) para eliminar el factor de confusión determinado por la comorbilidad. La muestra entonces fue de 17 pares de casos y controles en la apendicectomía y 14 pares de casos y controles en la colectomía.

Fuentes de información: a. Sistema de información que contiene todos los registros e historias clínicas en soporte electrónico incluyendo los costes generados en tiempo real. b. Contabilidad analítica calculó los costes reales (paciente a paciente) a partir de datos reales como el consumo de farmacia, del material sanitario, las pruebas adicionales de diagnóstico y los días de estancia generadas.

Análisis estadístico: se realizó efectuando comparación de medias. Se utilizaron pruebas no paramétricas teniendo en cuenta el tamaño de la muestra y se aplicó el test de Wilcoxon para variables continuas con el fin de comparar la estancia hospitalaria y los costes. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,01$ para obtener mayor precisión.

Resultados: Las diferencias de estancia hospitalaria y costes entre ambos grupos (infectados y no infectados) en ambos apareamientos y en los dos procesos asistenciales analizados fueron estadísticamente significativas tal como muestra la Tabla.

Incremento de la estancia hospitalaria y costes añadiendo los reintegros^{1,2}

Operación	Estancia en días	Estancia en ptas	Costes alternativos	Total
Apendicectomía	8,4	286.530	73.808	360.338
Colectomía	20,9	814.881	563.881	1.378.789

¹Pesetas constantes ajustadas por inflación al año 1999.

² $p < 0,01$ para todas las comparaciones.

Conclusiones: Se aporta una metodología válida para estimar el impacto económico de las infecciones de sitio quirúrgico. La infección de sitio quirúrgico determina una prolongación de la estancia hospitalaria superior a 7 días en los pacientes intervenidos por apendicectomía y de más de 15 días en la colectomía. La infección de herida quirúrgica triplica los costes directos totales por paciente siendo superior a 300.000 pesetas en la apendicectomía y de más de 1.000.000 en la colectomía.

Sala de Cámara. Mesa 25:

Las expectativas de los ciudadanos y de los profesionales

C221. Adecuación de los servicios sanitarios incorporando las expectativas de la comunidad

Ríos L., Simón R., Puig J., Bueno MJ., Carbonell JM., Colomes L.
Grup SAGESSA. Tarragona (Tarragona).

Objetivos: Adecuar los servicios de una Área Básica de Salud (A.B.S.) incorporando las expectativas de la población.

Metodología: 1. Encuesta específica siguiendo la metodología: Definición de expectativa, delimitación de las dimensiones, redacción de la encuesta telefónica y validación. Alfa Cronbach = 0,86. Muestra ($p=q=50\%$, $\alpha=0,05$, $i=0,05$) de 375 individuos. 2. Adecuación de los servicios según resultados de la encuesta.

Resultados: 1. Valoración de expectativas: 84,6% de los encuestados referían utilizar habitualmente los servicios públicos de atención primaria. Las amas de casa, y mujeres en general, prefieren ser atendidas siempre por el mismo médico ($p=0,019$), incluso de urgencia. Este mismo colectivo, junto con pensionistas, se inclinan mayoritariamente por explicaciones verbales por parte de su médico ($p=0,001$ y $p=0,025$). El 82,6% preferían solicitar visita vía telefónica, si bien los pensionistas prefieren acudir al A.B.S. personalmente para solicitar visita o recetas ($p=0,004$). En el mismo sentido, los muy utilizadores (más de 6 veces en un año) aceptan mejor la cita previa ($p=0,005$). El 35% quieren visitarse en el mismo día y el 20,3% al día siguiente como máximo. El 63,6% no encuentran correcto esperar más de 15 minutos para visitarse. La mejor hora para la visita de pediatría es de 9 a 12 horas (25,1%) y de 17 a 19 horas (26%). Un 82% preferían ser visitados por su médico si están ingresados y el 77,1% creen que se deben dar charlas y conferencias a la población. 2. Adecuación de servicios: Reestructuración de la atención telefónica, creación de una consulta de incidencias, monitorización del tiempo de espera, cambios en la cita previa de las consultas pediátricas, disminución de la variabilidad profesional, convenio de colaboración con los medios de comunicación locales, circuito para detección de los ingresos y programar visita del MF, sistematización de la información de coordinación interniveles. Informatización de la prescripción crónica y dispensación desde admisiones. Ampliación de la cartera de servicios: dietista, psicólogo, asistente social, ginecólogo, odontólogo y proceso de extracción de sangre en el centro.

Conclusiones: El anterior modelo de atención primaria ha creado unos hábitos de actuación por parte de la comunidad que, de no ser tenidos en cuenta, pueden hacer el proceso de reforma traumático. El medir e identificar las expectativas nos ha resultado esencial para conseguir una determinación basal, adecuar los servicios y establecer proyectos de mejora para incrementar la satisfacción de nuestros usuarios.

C222. Expectativas de la población de referencia respecto a su centro de salud. Tres experiencias

Simón R., Ríos L., Carbonell JM., Colomé L., Nualart LI.
GRUP SAGESSA. Tarragona (Tarragona).

Objetivos: Analizar las características diferenciales de las expectativas manifestadas que presentan la población de referencia respecto a tres centros de salud ubicados en ámbitos distintos (urbano, semiurbano y rural).

Metodología: 1. Encuesta: 23 preguntas cerradas (diversas opciones) y 7 preguntas abiertas. Validación encuesta: Alfa Cronbach=0,86 La muestra ($p=q=50\%$, $a=0,05$, $i=0,05$) es de 375 individuos en cada centro de salud ($n=1,125$), se pasa la encuesta antes de la puesta en marcha de cada centro. 2. Estudio transversal descriptivo de los resultados obtenidos de las tres poblaciones a estudio. Análisis de los datos por comparación de proporciones.

Resultados: La población rural es la más frecuentadora respecto a los servicios de salud.

Accesibilidad ($p=0,000$): la población urbana prefiere solicitar hora previamente y prefiere venir personalmente al centro en lugar de hacerlo por teléfono. Respecto a la solicitud de recetas, la población urbana prefiere esperar a que se las hagan.

Capacidad de respuesta ($p=0,000$): la población urbana es la menos exigente respecto a la solicitud de una visita (1-2 días después), la visita urgente (el mismo día) y el tiempo de espera (15-30 min). La población semiurbana es la más exigente, al día siguiente en el primer caso, un máximo de tres horas en el segundo y un tiempo de espera entre 5-15 min.

Comunicación ($p=0,000$): respecto al tipo de información que desean recibir, la población rural deposita su confianza en el profesional (que haga lo que crea conveniente).

Continuidad asistencial ($p=0,000$): en el momento de un ingreso hospitalario es la población rural la que se decanta por seguir manteniendo el contacto con el médico de familia durante el ingreso. En caso de situación urgente (no vital) la población urbana prefiere utilizar los servicios de urgencias hospitalarios a los del centro de salud.

Conclusiones: Aunque el estudio se realiza antes de la puesta en marcha de un centro de salud reformado, la población ya ha estado en contacto con el sistema sanitario (ambulatorio), por ello se observa que las expectativas manifestadas obedecen en cierta manera a la experiencia previa, no obstante la población semiurbana presenta mayor grado de exigencia en cuanto a lo que espera respecto a su centro de salud.

C223. ¿Qué características han de reunir los centros de salud según los usuarios? Un estudio cualicuantitativo

Palacio F.*, Pla M.†, Marquet R.†, Piñol JL.†, Oliver A.†, Castro P.†
*CS. Ondarreta (Osakidetza, Svs). †DAP Reus (ICS, Tarragona)

Objetivos: Identificar las características que los usuarios creen que han de reunir los centros de salud. Conocer la importancia relativa de cada una de las características identificadas.

Metodología: *Ámbito:* La dirección de Atención Primaria de Reus.

Fase cualitativa: Se realizaron 4 grupos focales, rurales, urbanos de clase media-alta, urbanos de clase media-baja y mayores de 65 años. Identificaron las características que ha de reunir el mejor centro de salud posible (expectativas realistas). *Fase cuantitativa:* Con el listado de características identificadas se elaboró una encuesta que se pasó a usuarios de los 4 sectores sociales de estudio, para que puntuaran cada uno de los aspectos en función de su importancia (Respuesta tipo Lyker, 1= nada importante, 10 = muy importante). Encuesta por correo, con dos rondas y sobre de respuesta franqueado. Se obtuvieron los listados de características que debe reunir un centro de salud, ordenadas según su importancia, del conjunto de usuarios estudiado y según edad, género y clase social.

Resultados: En los grupos participaron 30 personas, que identificaron 136 características que (por similitudes) quedaron reducidas a 60. Correspondían a estructura física 9, 17 a organización, 9 a relaciones personales y 25 a oferta de servicios.

La encuesta se envió a 225 personas. Tasa de respuesta del 43%. Las 5 características más puntuadas fueron: 1. El centro dispone de suficiente material, para curas, pequeña cirugía, vendajes, etc. 2. Se preocupan de facilitar el acceso a otros servicios, cuando es urgente. 3. El centro tiene cuidado de su mantenimiento y de evitar riesgos físicos y de contagio a los pacientes. 4. Los profesionales tienen un trato educado y respetuoso. 5. Los profesionales te escuchan, te atienden.

De las 20 más valoradas, 3 correspondían a estructura, 5 a organización, 9 a relaciones personales y 3 a oferta de servicios.

Conclusiones: Aparecen junto a características esperadas, como las relacionadas con el trato, otras que no presuponíamos. Parece que características de las que se disfruta se infravaloran y que las expectativas se enfocarían hacia características de las que se carece. Las relaciones personales siguen siendo bien valoradas. Los 9 aspectos identificados al respecto se puntuaron entre los 20 primeros.

C224. Expectativas de los ciudadanos andaluces sobre los procesos asistenciales

Prieto MA., Escudero MJ., March JC., Hernán M., Fernández de la Mota E.*, Torres A.*

Escuela Andaluza de Salud Pública y *Dirección General de Organización de Procesos y Formación (Consejería de Salud. Junta de Andalucía).

Introducción: La gestión por procesos integrados (GPI) es el modelo que define Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para garantizar la continuidad asistencial. Se trata de un sistema de gestión enmarcado en los principios de calidad total que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de los aspectos que se deben mejorar y de las herramientas para conseguirlo. La GPI trata de avanzar desde el paradigma tradicional de "cómo mejorar las cosas que venimos haciendo" hacia otro nuevo basado en "para quien lo hacemos y cómo hacer correctamente las cosas correctas". La GPI incorpora las expectativas de los ciudadanos en el diseño de los procesos, ya que el fin último de éstos es satisfacer las necesidades de los destinatarios y dar respuesta a sus expectativas.

Objetivos: Conocer las expectativas de los ciudadanos andaluces sobre diferentes procesos asistenciales para incorporarlas a la GPI.

Metodología: Se ha utilizado un abordaje cualitativo basado en grupos focales y en entrevistas semiestructuradas. En cada uno de los procesos asistenciales estudiados (5 procesos asistenciales: diabetes, cefaleas/migrañas, dolor torácico, ataque cerebro vascular, y

cáncer de cuello-útero) se han realizado un mínimo de dos grupos focales por segmento de opinión para garantizar un nivel suficiente de saturación. Para el diseño de los grupos se han tenido en cuenta criterios de homogeneidad inclusiva y heterogeneidad excluyente. En total se han realizado 16 grupos focales y 30 entrevistas semiestructuradas. En todos los casos se utilizó un guión de entrevista que incluía preguntas sobre dos grandes áreas: 1. Recorrido asistencial vivido y calidad percibida en las distintas etapas del mismo. 2. Expectativas sobre la atención que creen que deben recibir. Se han identificado expectativas de 4 tipos (Thompson y Suñol): ideales, previas, normativas y no formadas. La información recogida se ha analizado mediante análisis de contenido.

Resultados: Entre los resultados globales (además se obtienen resultados específicos de cada proceso asistencial) señalar:

Tipo de expectativa:

- **Ideales:** Aspiraciones y deseos moderados. En pacientes crónicos deseo de un “descubrimiento que les cure”. Apoyo emocional. Poder hablar sobre los aspectos no clínicos del proceso. Menos trámites. Más coherencia. Menos tiempos de espera. Participar en grupos autoayuda y EpS. Participar en la toma de decisiones.
- **Previas:** Alto nivel científico técnico de los profesionales. Tecnología avanzada. Alto nivel de resolución. Capacidad de respuesta en situaciones graves. Los tratamientos más avanzados. Disponibilidad de los medios y recursos que necesiten. No racionalización de recursos. Ser bien informados. No errores.
- **Normativas:** Más agilidad. Más coordinación. Más accesibilidad al especialista: citas a demanda y teléfono. Pruebas complementarias en poco tiempo. Teléfono 24 horas. Programa de dispensación largos tratamientos. Comunicar los diagnósticos con “tacto”. Seguimiento individual. Un responsable único de su proceso.
- **No formadas:** Pocas expectativas sobre la dimensión relacional y psicológica de la práctica sanitaria. Imagen de las/os enfermeras/os poco visible y/o ligada sólo a la amabilidad.

C225. Expectativas de los ciudadanos andaluces sobre el proceso asistencial de la diabetes

Prieto MA., Escudero MJ., Fernández-Fernández I., March JC., Hernán M., Fernández de la Mota E*.

Escuela Andaluza de Salud Pública y *Dirección General de Organización de Procesos y Formación (Consejería de Salud. Junta de Andalucía).

Introducción: La gestión por procesos integrados (GPI) es el modelo que define Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para garantizar la continuidad asistencial. La GPI incorpora las expectativas de los ciudadanos en el diseño de los procesos, ya que el fin último de éstos es satisfacer las necesidades de los destinatarios y dar respuesta a sus expectativas.

Objetivos: Conocer las expectativas de los ciudadanos andaluces sobre el proceso asistencial de la diabetes.

Metodología: Se ha utilizado un abordaje cualitativo basado en grupos focales. Se han realizado 4 grupos: 2 con diabéticos tipo 1 y familiares y otros 2 grupos con diabéticos tipo 2 y familiares. La información ha sido analizada mediante análisis de contenido y sistematizada en cinco áreas: proceso asistencial experimentado, vivencia de la enfermedad, calidad percibida y expectativas en relación a los centros de salud, a las consultas de los endocrinos, al resto de la atención especializada, a las unidades de hospitalización y en relación también con los servicios de urgencias.

Resultados: Destacamos los referidos a estas 3 dimensiones: **Accesibilidad:** Acceso preferente en citas médicas por enfermedades co-

munes y para obtención de medicación y material para el control. Atención en el mismo día y “carnet de diabético”. Teléfono 24 horas para resolver dudas. Cita única y coordinada de pruebas complementarias. Coordinación de la cita de pruebas complementaria y de consulta médica. Posibilidad de obtener una cita con el endocrino cuando el paciente lo necesite. **Comunicación:** Más información sobre avances y nuevos tratamientos. Que los profesionales informen sin prisas, que les permitan (y pregunten) hablar sobre sentimientos y miedos. Que se interesen por los aspectos psicológicos. Que cuiden la forma de dar la noticia del diagnóstico. Actividades grupales. **Competencia:** Un profesional especializado en diabetes en cada centro de salud. Médicos y pediatras con conocimientos suficientes para saber qué hacer en las situaciones problema. Que los médicos de cabecera y los endocrinos se comuniquen entre ellos. Apoyo y atención psicológica. Que los profesionales que les atienden en urgencias sean endocrinos. Que los historiales de los pacientes estén informatizados. Que los médicos reconozcan los conocimientos de los pacientes.

C226. La perspectiva enfermera sobre la calidad percibida por los pacientes en las unidades de gestión de cuidados

Rodrigo A., Gómez-Núñez I., Martínez-Torvisco F*, Prieto MA.*

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

*Escuela Andaluza de Salud Pública.

Introducción: 4 Unidades de Cuidados de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía (Traumatología, Urología, Maxilofacial, Oftalmología y Cirugía General) han desarrollado un proyecto de investigación-acción participativa durante los primeros meses del año 2001. Este proyecto tenía el objetivo de analizar la calidad percibida por los pacientes y familiares desde distintas ópticas, combinando diferentes metodologías, para proponer mejoras concretas en la calidad de la atención que reciben los pacientes y sus familiares. Se trata de un proyecto piloto, que una vez evaluado será extendido al resto del hospital.

Los propios profesionales participaban como investigadores en algunas fases del proyecto, además de contar con asesores externos en diferentes etapas (profesores de la EASP). La participación de los profesionales en el análisis de la calidad percibida y en la propuesta de estrategias de mejora se ha considerado uno de los factores clave para el éxito de esta iniciativa.

Objetivos: En esta comunicación se presentan los resultados obtenidos en los grupos focales realizados con los profesionales enfermeros de las 4 unidades de cuidados.

Metodología: Se han realizado cinco grupos focales, uno por cada unidad, excepto una de ellas donde se realizaron dos grupos. Los grupos estuvieron formados por el personal de enfermería de cada una de las unidades. La moderación del grupo la llevó a cabo una de las enfermeras y la supervisora de la unidad realizó la labor de observadora. Además hubo un segundo observador ajeno a la unidad (asesor externo). Los participantes de cada grupo fueron entre 8 y 12. La duración media de los grupos fue de 1 hora y media. El guión de entrevista grupal se diseñó siguiendo el modelo Servqual de Parasuraman de calidad percibida, que recoge las siguientes dimensiones: elementos tangibles, fiabilidad, interés, garantía y empatía. Los grupos focales fueron grabados y posteriormente transcritos. La información obtenida se analizó mediante análisis de contenido a partir de las categorías del Servqual.

Resultados y conclusiones: La información obtenida analiza la calidad percibida por los pacientes de las unidades desde la perspectiva de los profesionales.

C227. La entrevista semi-estructurada para conocer la calidad percibida por el paciente en cuatro unidades de gestión de cuidados

Romero MJ., Castellano A., Bilbao I.*, Prieto MA.*

Hospital Universitario Reina Sofía. *Escuela Andaluza de Salud Pública.

Introducción: 4 Unidades de Cuidados de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía (Traumatología, Urología, Maxilofacial, Oftalmología y Cirugía General) han desarrollado un proyecto de *investigación-acción participativa* durante los primeros meses del año 2001. Este proyecto tenía el objetivo de analizar la calidad percibida por los pacientes y familiares desde distintas ópticas (las de los profesionales y las de los usuarios) y combinando diferentes metodologías (cuantitativas: cuestionario y cualitativas: entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación participante) para proponer mejoras concretas en la calidad de la atención que reciben los pacientes y sus familiares en las unidades que participan en el estudio. Se trata de un proyecto piloto, que una vez evaluado será extendido al resto del hospital.

Los propios profesionales participaban como investigadores en algunas fases del proyecto, además de contar con asesores externos en diferentes etapas (profesores de la EASP). La participación de los profesionales en el análisis de la calidad percibida y en la propuesta de estrategias de mejora se ha considerado uno de los factores clave para el éxito de esta iniciativa.

Objetivos: En esta comunicación se presentan los resultados obtenidos en las *entrevistas semiestructuradas* que las enfermeras han realizado a sus pacientes en cada una de las 4 unidades que participan en el estudio.

Metodología: Una vez formadas las enfermeras en la técnica de entrevista, los profesionales de las 4 unidades realizaron un total de 63 entrevistas semiestructuradas con pacientes ingresados en las propias unidades antes del alta. Las entrevistas se realizaron a través de un guión diseñado a partir de las dimensiones de la calidad percibida del modelo Servqual de Parasuraman. Se recogía información sobre: elementos tangibles, fiabilidad, interés, garantía y empatía en los cuidados recibidos.

La información obtenida se analizó mediante análisis de contenido a partir de las categorías del Servqual. El proceso de análisis se sometió a triangulación entre los profesionales de las unidades y los asesores externos.

C228. Expectativas de los ciudadanos andaluces sobre el proceso asistencial "cefaleas/ migrañas"

Prieto MA.*, March JC.*, Escudero M.*, Hernán M.*, Gómez-Aranda F., Fernández de la Mota E.†

Escuela Andaluza de Salud Pública y *Dirección General de Organización de Procesos y Formación (Consejería de Salud. Junta de Andalucía).

Objetivos: Conocer las expectativas de los ciudadanos andaluces sobre el proceso asistencial de cefaleas/migrañas, en el marco del modelo que define el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía sobre la gestión por procesos integrados para garantizar la continuidad asistencial.

Metodología: Se ha utilizado un abordaje cualitativo basado en 17 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales, a mujeres y hom-

bres, entre los 9 y los 67 años, a quienes se ha accedido mediante la consulta de cefaleas de un hospital, a través del servicio de urgencias y en la consulta de neurología de un ambulatorio. Se utilizó un guión de entrevista con preguntas sobre el recorrido asistencial vivido y la calidad percibida en las distintas etapas del mismo y expectativas sobre la atención que creen que deben recibir.

Resultados: *Sobre el proceso vivido*, se pueden entresacar que es un proceso de altibajos para toda la vida y además, éste encadena en el caso de las niñas, a ellas y su dolencia con sus madres. El proceso seguido es diverso y en él aparecen en diversos momentos, pediatras, urgencias, oftalmólogos, médicos/as de AP, neurólogos, otros especialistas, neurólogos privados o médicos de mutuas. Encontramos muchas formas de vivir y asumir la enfermedad, en relación con la frecuencia e intensidad de los dolores y las crisis. En muchos casos, aparece resignación, ligada a la rutina de saber lo que les va pasar y como lo van a vivir. *Sobre la Accesibilidad*: que se prioricen las demandas de atención para las consultas de especialidad, de forma que cuando algo es grave o urgente realmente reciba la atención rápidamente. Que resulte fácil acceder a la consulta de especialidad cuando sea necesario y poder contactar telefónicamente con los especialistas en el espacio entre consultas. Que se puedan hacer las pruebas complementarias con agilidad. *Sobre la capacidad de respuesta*: que cuando alguien acude a un centro sanitario se ponga interés en solucionar su problema y no hacerles volver reiteradamente. Que les permitan participar en algunas decisiones, como negociar la frecuencia de las citas. *Sobre la comunicación*: que les escuchen y les hablen, y que esto se haga con la necesaria tranquilidad, sin prisas. Que se les informe debidamente sobre la enfermedad y los tratamientos. Que se hagan las preguntas y se comuniquen los diagnósticos con tacto. Que no se utilice la "táctica del miedo" para forzar el cumplimiento de los tratamientos.

C229. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales

Solano D., Soldevilla A., Luna E., Pérez-Gómez I., Herenas M.

Unidad de Enfermería Servicio Neurología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (Córdoba).

Introducción: La intimidad es uno de los aspectos más frecuentes y menos cuidados en la asistencia sanitaria. Desde exploraciones diagnósticas hasta la hospitalización, el paciente posiblemente se ve sometido a una constante agresión a sus valores. Cuando esto es contemplado y cuidado por los profesionales y especialmente los de enfermería, a través de diversas estrategias implícitas en el cuidado, se muestra como uno de los elementos que mayor satisfacción y confianza despierta en nuestros clientes.

Objetivos: Pretendemos identificar las características asociadas al concepto de intimidad desde una perspectiva global, esto es, desde los pacientes, con sus vivencias, gustos, apetencias, preferencias y expectativas, y desde los propios profesionales de enfermería, muchas veces llevados por una dinámica proteccionista.

Material y métodos: Se trata de un estudio cualitativo realizado a través de la convocatoria de grupos focales de opinión, dirigidos a pacientes (y/o cuidadores principales) ingresados en la Unidad de Enfermería del Servicio de Neurología de nuestro hospital, en el período comprendido entre el día 1 y 30 de junio de 2001. Paralelamente se ha realizado la misma técnica focal con un grupo de profesionales de la misma unidad.

Posteriormente se realizará una técnica nominal de grupo con los profesionales para los siguientes fines: identificar la oferta de cuida-

dos actual relacionados con la intimidad; comparar resultado de los grupos focales con la oferta de cuidados, y priorización y ajuste a las expectativas del cliente.

Resultados: Los resultados de esta experiencia dejan ver el alto grado de empatía de los profesionales cuando atendemos a esta faceta implícita del cuidado diario. El cliente “agradece” la naturalidad como factor que minimiza esta agresión que puede sentir; siendo puntos débiles “las caras nuevas” o desconocidos, no considerar necesario

el pedirles “permiso” o los comentarios “fuera de tono ante sus necesidades”; y aunque prefieren habitaciones compartidas reconocen que sienten vergüenza al realizar la eliminación o cuando le realizan la higiene.

Conclusiones: Esta metodología para la mejora asistencial supone un enfoque global en el abordaje de la intimidad y promueve la aproximación entre la oferta de cuidados, la calidad percibida de los mismos y la expectativas de nuestros clientes.