

# COMUNICACIONES PÓSTERS

## TEMA 1

### Orientación al cliente

#### MEJORA DE LA ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Pérez S, Tácito V, Consol T, Pomar A  
Hospital Comarcal del Oriente de Asturias.

P-002

**Introducción:** La aceptabilidad fue definida por Avedis Donabedian como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias (Donabedian A. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990; 114:1115-8).

**Objetivos:** Mejora de la aceptabilidad en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) mediante la elaboración de un plan de comunicación externo.

**Material:** Se elaboraron instrumentos tomando las necesidades de información requerida a los profesionales, y todas las sugerencias y quejas recibidas en la Unidad de Atención al Usuario (UAU) durante el ejercicio 2001.

**Resultados:** Se presentan los instrumentos (soporte papel, paneles), y los ítems/seleccionados del plan de comunicación: equipamiento, derechos, tiempos medios de espera para la atención y resolución, actividad media anual del servicio, circuitos informativos, de derivación, normas de conducta y recomendaciones. Se aprecia una tendencia a la disminución del número de reclamaciones recibidas en la UAU desde su puesta en marcha.

**Conclusiones:** El gran reto de los proveedores de servicios de salud es reconocer y reconciliar las discrepancias entre las limitaciones de la oferta... y las preferencias individuales manteniendo el mejor nivel de calidad posible (Zurita B. Rev. Calidad Asistencial 2001;16:S95).

#### LA OPINIÓN USUARIA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Carrasco E

P-001

**Palabras clave:** Opinión Usuaría. Herramienta de Gestión.

**Objetivos:** Aplicar un Modelo Global de Gestión de Opinión Usuaría, para Instituciones de Salud.

**Métodos:** Definición de todos los Procesos involucrados. Definición Flujograma. Aplicación de los Criterios definidos. Determinación de los métodos de recolección de datos (Creación de una Base de Datos). Reunión con la Dirección y Jefes de Servicio. Aplicación del Modelo propuesto. *Descripción General:* La Gestión de la Opinión Usuaría nos entrega la posibilidad exacta de conocer la opinión de nuestros Usuarios del como entregamos nuestros servicios y nos ofrece la oportunidad de cumplir sus expectativas, a través de un Plan de Mejoramiento continuo y así brindar una mejor atención en salud con estándares de calidad establecidos. Al realizar un análisis del Sistema existente en la Institución, se comienza con la aplicación de este Modelo Global de Gestión de la Opinión Usuaría, como Plan de mejora. Se crean Buzones de Opinión Usuaría, Volantes de Opiniones. Se logra formalmente la Oficina de Atención al Usuario. Realizado el Flujograma, se determinan los distintos caracteres, para la creación de una base de datos, la que nos aportará elementos para el uso adecuado de los resultados obtenidos en el proceso de medición de la satisfacción usuaria, que permita integrar esta opinión en la toma de decisiones de la organización.

**Resultados:** Del total de las Opiniones 1.919: un 54% son reclamos, un 39% son felicitaciones y un 7,08% son sugerencias. *Reclamos:* Comp. Tec. 5%, Espera 23%, Inf. Usuario 7,6%, Infraestructura 3,3%. *Proced. Adm.* 42%, *Trato Adm.* 4,7%, *Trato Clínico* 15%. *Felicitaciones:* Comp. Tec. 2,2%, Espera 0,6%, Inf. Usuario 1,3%, Infraestructura 1,3%. *Proced. Adm.* 3,1%, *Trato Adm.* 8%, *Trato Clínico* 83,2%. *Sugerencias:* Comp. Tec. 0,7%, Espera 2,9%, Inf. Usuario 2,2%, Infraestructura 23%. *Proced. Adm.* 71%, *Trato Adm.* 0,7%, *Trato Clínico* 0%. El tiempo de respuesta a cada opinión es de 2 días hábiles por vía telefónica y de 21 días hábiles para la respuesta final escrita o correo electrónico. Las respuestas finales de las Opiniones 2002; es un 31% respuesta verbal, 16% respuesta por escrito o correo electrónico, y un 45% de opiniones sin datos para su respuesta, pero con gestión interna satisfactoria, y un 8% restante se encuentra en proceso de Auditoría. Cabe señalar que las felicitaciones y sugerencias tienen una respuesta inmediata de agradecimiento.

**Conclusiones:** Este Modelo de Gestión permite ser aplicado en cualquier Institución de Salud, ya que posee, todos los requisitos de calidad de ser evaluados. De toda la aplicación del Modelo ya descrito, se confecciona una encuesta de satisfacción Usuaría que se está aplicando, con el fin de medir y evaluar por completo todos los procesos desde la admisión hasta e alta y así mejorar.

#### CALIDAD PERCIBIDA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Prat A, Santiñá M, González M, Martínez G, Conesa A, Asenjo MA  
Hospital Clínico Vilaroel.

P-003

**Palabras clave:** Consultas Externas. Encuesta. Hospitales.

**Objetivos:** Las consultas externas hospitalarias representan un ámbito asistencial con una progresiva relevancia en empresas de servicios. Con la finalidad de contribuir a la identificación de oportunidades de mejora en el plan de calidad, el objetivo de este trabajo es determinar los niveles de satisfacción de los clientes atendidos en este nivel de asistencia.

**Métodos:** La población objeto de estudio está configurada por los enfermos atendidos durante 2002 en el Hospital Clínico Universitario de Barcelona. El diseño del trabajo corresponde a un estudio epidemiológico descriptivo de tipo transversal bietápico (mayo y noviembre). El instrumento utilizado ha sido un cuestionario específico de 12 preguntas (11 cerradas y 1 abierta), de cumplimentación anónima y voluntaria.

**Resultados:** Se han obtenido un total de 1.521 cuestionarios. Un 84,7% de los encuestados conocen el nombre de médico que les ha visitado, mostrando unos porcentajes de satisfacción con respecto al trato dispensado y la información proporcionada por los facultativos del 96,3% y 94,7% respectivamente. La valoración global del servicio recibido ha obtenido una puntuación de 8,42 (sobre un máximo de 10).

**Conclusiones:** El análisis de los resultados en base a los diferentes Institutos/Servicios implicados ha permitido identificar oportunidades de mejora en relación a la programación de las visitas y a determinados componentes ambientales (megafonía y ascensores).

## MEJORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

P-004

Pardo-Gracia MA, Aller-Blanco A, López-Cortés V, Clemente-Jiménez L, Escribano-Pardo D, Gabas G  
Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca.

**Palabras clave:** Anticoagulación Oral. Atención Primaria.

**Objetivos:** Que los pacientes que reciben anticoagulación oral estén captados. Que haya información en la Historia Clínica sobre el tratamiento y la causa. Que los pacientes anticoagulados estén bien informados. Actualización de los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el tratamiento anticoagulante oral (A.C.O.).

**Métodos:** Se propone al Equipo realizar las siguientes actividades de mejora: 1) Conseguir un listado de todos los pacientes del Centro que reciben A.C.O. 2) Registrar en la Historia Clínica del paciente "Tratamiento con Sintrom" o "paciente anticoagulado" y causa. 3) Elaborar una hoja de información para el paciente. 4) Dos sesiones de formación sobre A.C.O. para Medicina y Enfermería. 5) Elaboración de una hoja de interacciones farmacológicas para incluir en la Historia Clínica.

**Resultados:** En este momento el proyecto está poniéndose en marcha y se han conseguido los siguientes resultados: 1) La elaboración de un listado informatizado con los pacientes que reciben Sintrom. 2) En estos momentos se está valorando en una muestra de 50 Historias si está registrado el dato de "tratamiento con Sintrom" y la causa. En breve tendremos estos resultados. 3) Se han realizado 2 sesiones formativas con el siguiente contenido: La primera fue referente a las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento A.C.O. y la segunda respecto al manejo práctico y situaciones especiales en el tratamiento A.C.O. 4) Se ha elaborado la hoja de interacciones farmacológicas para incluir en la Historia Clínica. 5) En estos momentos también se está elaborando una hoja de información al paciente.

**Conclusiones:** Este Proyecto de Mejora nos ha permitido darnos cuenta del escaso control que desde nuestro Centro de Salud se tiene de estos pacientes, y por otra parte la buena aceptación por parte del equipo, tanto del personal médico como de enfermería para ponerlo en marcha.

## INFLUENCIA DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

P-006

Ávila L, Monreal JL, Lucas-Imbernón FJ, Cencerrado V, Domínguez JP, García C

**Palabras clave:** Cliente Externo. Reclamaciones. Mejoras.

**Objetivos:** *Objetivo general:* Influencia de las mejoras inducidas por las reclamaciones de los usuarios, en la calidad asistencial. *Objetivos específicos:* 1 Análisis de las reclamaciones de los usuarios en un CHUA. 2 Evolución de las reclamaciones de los usuarios al implantar mejoras inducidas por las mismas reclamaciones.

**Metodología:** *Tipo de estudio:* Descriptivo y analítico comparativo de las reclamaciones realizadas entre los años 2001 y 2002. *Marco de la muestra:* Reclamaciones de los años 2001 y 2002. *Variables a estudio:* las reclamaciones son clasificadas por códigos y por servicios. Nivel de significación estadística  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:**

Códigos	2001	2002	%2002/2001
Lista de espera quirúrgica	63	28	-55,56%
Extravío historia clínica	262	129	-50,76%
Demora en la asistencia	821	412	-49,82%
Organización y normas	116	62	-46,55%
Falta de asistencia	72	44	-38,89%
Suspensión acto asistencial	41	27	-34,15%
Servicios concertados	25	55	120%
Otras insuficiencias en la estructura	22	41	83,86%
Total de reclamaciones	1.769	132	-36,01%

Las acciones de mejora realizadas han sido: 1) PELE (Plan Especial de Lista de Espera). 2) Conciertos con otros Centros. 3) Plan de Acogida. 4) Privatización del Servicio de Archivos.

**Conclusiones:** 1) El número de reclamaciones de los usuarios del CHUA ha disminuido, siendo este descenso mayor en el Hospital Perpetuo Socorro. 2) Las acciones de mejora han sido: PELE, Conciertos; Plan de Acogida y Privatización del Servicio de Archivos. 3) Las acciones de mejora realizadas han tenido resultados positivos en los códigos: Lista de Espera, Falta de Asistencia, Demora de la Asistencia, Suspensión del Acto Asistencial, Extravío de Documentos y Organización y Normas. 4) Los servicios en los que más han descendido las reclamaciones han sido Medicina Interna, Alergia, Rehabilitación y Salud Mental.

## ENFERMERA VERSUS MADRE LACTANTE. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

P-005

Martínez-Soriano GM, Maestre-Martínez MI

**Palabras clave:** Lactancia. Grupo. Asociación.

**Objetivos:** 1) Crear un Grupo de Madres de Apoyo. 2) Fomentar, facilitar y proteger la Lactancia Materna. 3) Divulgar criterios de calidad en Lactancia Materna. 4) Proporcionar a otras mujeres (madres y futuras madres) los conocimientos necesarios, técnicos y prácticos, para llevar a cabo la Lactancia Materna con éxito y dárles apoyo emocional. 5) Facilitar que las madres sientan confianza en su habilidad de amamantar a sus hijos y de tomar sus propias decisiones. 6) Crear un entorno social de concienciación que permita que las mujeres que opten por la Lactancia Natural puedan llevarla a cabo.

**Métodos:** 1) Crear un Grupo de Madres de Apoyo. 2) Fomentar, facilitar y proteger la Lactancia Materna. 3) Divulgar criterios de calidad en Lactancia Materna. 4) Proporcionar a otras mujeres (madres y futuras madres) los conocimientos necesarios, técnicos y prácticos, para llevar a cabo la Lactancia Materna con éxito y dárles apoyo emocional. 5) Facilitar que las madres sientan confianza en su habilidad de amamantar a sus hijos y de tomar sus propias decisiones. 6) Crear un entorno social de concienciación que permita que las mujeres que opten por la Lactancia Natural puedan llevarla a cabo.

**Resultados:** Formamos un Grupo de Apoyo con denominación y logotipo propios, en trámite de constituirnos como Asociación. Iniciamos divulgación en el Área a través de los medios de comunicación; folletos y carteles para distribuirlos en cursos de preparación al parto, consulta prenatal y alta hospitalaria.

**Conclusiones:** Conocidos los efectos beneficiosos de la Lactancia Materna, encaminamos nuestro esfuerzo a la mejora de la Salud Materno-Infantil en nuestro ámbito, enriqueciéndolo con nuestra experiencia como enfermeras y madres lactantes.

Quizás el apoyo diario madre a madre junto con una atención más especializada en los Servicios de Salud, sería más efectivo que cualquiera de ello por separado.

## PROYECTO DE MEJORA: ENTREVISTA EN EL DESPACHO

P-007

Esquedo-Bellmunt MI, Castellví-Sampol A, Fornieles-Acedo A, García-García C, Roca-Queralt A

**Objetivos:** Elaborar criterios que permitan identificar a las familias (f) tributarias de intervención fuera del domicilio. *Indicador:* n° de f a las que ha realizado la valoración (V)/N° 1eras visitas (1). Derivar a las f tributaria a una entrevista en el despacho. *Indicador:* n° de f entrevistadas/n° de f tributaria (2). Comparar la V objetiva (o) y subjetiva (s) de cada caso.

**Métodos:** -Búsqueda bibliográfica. -Definición de cada criterio y elaboración de una hoja de registro. -Prueba piloto con las 1eras visitas realizadas durante el periodo XI-XII/02.

**Resultados:** Ítem: Ausencia de espacio físico: domicilios pequeños o que no permiten una entrevista en él. V5 puntos (p). Necesidad de soporte emocional: cliente (c) y f directa que presenta un gran impacto emocional, f con riesgo emocional. V2p. Falta de coordinación entre los miembros de la f, existe divergencia de criterios que pueden afectar a la atención del c.V2p. Planteamiento de nuevas actuaciones que suponen un cambio importante en la atención V1p. Ausencia física de alguno de los cuidadores implicados: aquel cuyo horario laboral coincide con el nuestro. V5p. Existencia de un pacto de silencio: Intervención que requiere un cuidadoso trabajo con la f que no es posible realizar en el domicilio. V5p. V: Se realizará sobre un total de 20p, se considera criterio para concertar una entrevista cuando se obtenga una puntuación  $\geq 10$ .

**Indicadores:** *Formula 1:* Explicación de criterios: denominador: n° de 1eras candidatas a seguimiento por parte de Pades y seguimiento > a una semana. *Estándar:* 95%. Resultado 30/30 = 100%. *Formula 2:* Explicación de criterios: denominador: n° de 1eras candidatas a entrevistas en despacho. *Estándar:* 80%. Resultado: 7/9 = 77,77%. 3 N° total de entrevistas realizadas, revisar en cuantas ha coincidido la V o y s. De las 30 f a las cuales se realizó V, la relación o-s se cumplió en 29 casos, (si no hubo concordancia se realizó una entrevista en el despacho con la f).

**Conclusiones:** En los 2 casos en los cuales no se pudo realizar una entrevista, fue por dificultades planteadas por la f para acudir al despacho, fueron seguimientos difíciles, con claudicación de los cuidadores y el c ingreso en un CSS. De los 30 casos, hubo uno en que no hubo concordancia o-s, por lo tanto consideramos que se trata de una herramienta válida para mejorar nuestra calidad asistencial. Respecto a la definición de criterios, se considera instrumento de soporte tanto a la f como al c o ambos con una sola puntuación de 2 p. Falta por pasar esta tabla a otros equipos Pades para validar si los criterios definidos son claros.

## MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE HELLIN. ESTUDIO COMPARATIVO DE RECLAMACIONES Y QUEJAS 2001-2002

Monreal JL, Ávila L, Monreal AB

P-008

**Palabras clave:** Reclamaciones. Calidad. Quejas Verbales.

**Objetivos:** *Objetivo general:* Mejora en la Calidad Asistencial producida en el Hospital de Hellin durante el año 2002 y basada en quejas verbales y reclamaciones del 2001-2002. *Objetivos específicos:* 1) Análisis de las quejas verbales y reclamaciones por códigos de motivos. 2) Cambio de número y orientación de quejas verbales y reclamaciones en el Hospital de Hellin durante el 2002 e influencia de las mejoras establecidas. *Objetivo concreto:* Estudio comparativo de las reclamaciones y quejas verbales en el Hospital Hellin en los años 2001-2002.

**Métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo y analítico comparativo de las quejas verbales y reclamaciones tramitadas por el Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Hellin en los años 2001-2002. *Marco de la muestra:* Quejas verbales y reclamaciones 2001-2002. Variables a estudio: quejas verbales y reclamaciones clasificadas por códigos de motivos. Nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Durante el año 2002 han variado considerablemente el número total de reclamaciones y quejas verbales produciéndose una disminución del -30,6% de reclamaciones y -10,33% de quejas respectivamente. En cuanto a los motivos de reclamaciones y quejas destacar los descensos con respecto al 2001 de Lista de espera -50% y -48,94 de quejas, Incumplimiento de horario -50% en quejas, Demora en la Asistencia -89,36% en quejas y 100% en reclamaciones, Trato personal -50% en quejas, Disconformidad con la Asistencia recibida aumentando un 14,3% en reclamaciones y -52,63% en quejas, Servicios y centros Concertados -100% en reclamaciones y -50% en quejas.

**Conclusiones:** 1) El nº de quejas verbales totales ha disminuido. 2) El nº de reclamaciones escritas totales ha disminuido respecto al 2001. 3) Las acciones de mejora de calidad asistencial han resultado positivas para los motivos Lencería, Lista de Espera, Demora en la Asistencia, Suspensión del acto asistencial, Extravío de objetos y documentos, organización y normas, Servicios y centros concertados y en otras Insuficiencias del proceso. 4) El Transporte Sanitario obtiene resultados negativos aumentando tanto el nº de reclamaciones como el de quejas verbales produciendo poca satisfacción en el usuario.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN MUTUA UNIVERSAL

Devesa-Pardo J, Fernández-Bretones M, García-Robles A, Niñerola R, Blanch-Malet JM  
Mutua Universal, Barcelona.

P-009

**Palabras clave:** Satisfacción. Encuesta. Centro asistencial.

**Objetivos:** Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes que son atendidos por contingencia laboral en los centros asistenciales de Mutua Universal respecto a: 1) Satisfacción general. 2) Asistencia médica técnica. 3) Información. 4) Actuación del personal de recepción. 5) Relación médico paciente. 6) Demora en visita. 7) Coordinación personal sanitaria. 8) Habitabilidad y hostelería.

**Métodos:** Mediante encuesta telefónica de 17 preguntas a pacientes visitados en los centros asistenciales por contingencia laboral, independientemente de que cursaran baja laboral. El equipo de encuestadores tiene un mismo perfil profesional (DUE) y de conocimiento. Los pacientes de la muestra se seleccionan de forma "randomizada". La encuesta se realiza no antes de dos semanas de cerrado el caso ni después del mes. Se utiliza una escala de respuesta del 1 al 10 asociando: *Muy insatisfecho* (1-2), *Insatisfecho* (3-4), *Indiferente* (5-6), *Satisfecho* (7-8), *Muy satisfecho* (9-10), *Sin valoración* (SV). El diseño muestral de la encuesta se ha realizado partiendo de la premisa de asegurar la representatividad estadística de los resultados a un nivel por lo menos Territorial (11 territoriales). Para ello la representatividad se ha obtenido bajo un nivel de confianza del 95%. Se realizaron 3.038 llamadas efectivas de las que respondieron la encuesta 2.418 (80%).

**Resultados:** La satisfacción general del paciente se sitúa en una media del 7,2 con una desviación típica del 2,46. Lo mejor valorado es la habitabilidad y hostelería, y la relación médico-paciente, mientras que lo peor las demoras en la visita, y la información. En estos dos grupos peor valorados se recogen las mayores "desviaciones típicas". Las variables que más se correlacionan con la satisfacción general, han sido el tratamiento médico recibido, el trato personalizado y el interés mostrado por el personal sanitario. Por otro lado influyen poco en esta satisfacción general el tiempo de espera para la visita, y la limpieza de instalaciones del centro (aunque estas dos últimas hayan sido muy bien valoradas). El paciente valora más las capacidades profesionales y personales que las infraestructuras. La satisfacción general no es influida por el hecho de que el paciente este o no de Baja laboral. El género femenino muestra una mayor satisfacción general, así como el rango de pacientes de más de 45 años.

**Conclusiones:** Se dispone de un notable nivel de satisfacción general. Se identifican las oportunidades de mejora sobre las que acometer los planes de acción.

## CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS A TRAVÉS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Gutiérrez-Rodero F, Peral-Brotons Y, Zaragoza-Ramón A, Montolio-Guerrero F, Haro-Pérez AM, Navarro-Gracia JF

P-010

**Palabras clave:** Calidad asistencial. Encuestas de satisfacción. Hospital de día. Infecciosas.

**Objetivos:** Conocer, por medio de una encuesta de satisfacción (ES) específica y adaptada al hospital de Día de Enfermedades Infecciosas (HDEI), el grado de satisfacción general percibido por los pacientes y los componentes básicos de la misma.

**Métodos:** Elaboración de un cuestionario específico que consta de: presentación, espacio para la etiqueta, 9 ítems categóricos en escala de Likert y un espacio en blanco para comentarios libres. Muestreo consecutivo a todos los pacientes atendidos entre el 2/1/03 y el 13/2/03 que hubieran sido atendidos al menos 4 veces en HDEI. Contestación al cuestionario al finalizar la visita. Se calculan las proporciones de respuesta de satisfacción global y sus componentes (información, trato, accesibilidad y confort).

**Resultados:** Se recogen 125 cuestionarios (100% de entregados). Un 43,2% opta por no pegar la etiqueta en la ES. El 96% se declaran globalmente muy satisfechos con la atención recibida, el 95,2% con el trato, el 88,8% con la accesibilidad, el 67,2% con la información verbal y escrita y el 75,2% con las instrucciones. Por contra, sólo el 41,6% valora positivamente el confort. Los pacientes más descontentos escriben la mayoría de comentarios (intimidación y espacio fundamentalmente).

**Conclusiones:** El sistema de consulta y modelo de encuesta responden bien a las necesidades de información del HDEI, aunque es laborioso. La satisfacción general y por áreas es muy elevada, superior incluso a la obtenida en otros hospitales de día a pesar de atender a pacientes con problemática socio-sanitaria. La información obtenida está siendo integrada por el equipo en la realización de actividades de mejora.

## CICLO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR Y ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Gómez-Navarro R, Galve-Royo A, Albiñana-Tarragó J, Andréu-Román M

P-011

**Palabras clave:** Cirugía Menor. Calidad.

**Objetivos:** Aumentar cobertura facilitando la accesibilidad y mejorar la calidad en el Servicio de Cirugía Menor. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el mismo.

**Métodos:** Metodología de Ciclo de Mejora. Detección de problemas mediante la lluvia de ideas. Análisis cualitativo de causas realizando Diagrama de Ishikawa. Análisis cuantitativo de la situación de partida. Sesiones clínicas sobre técnicas e indicaciones de Cirugía Menor y puesta en marcha la "Consulta de Apoyo de Cirugía Menor" (CACM) en Octubre de 2002 con dos responsables (médico y enfermero) formados y motivados. Encuesta de satisfacción a los pacientes utilizando la validada por la SGAP. Primera evaluación de resultados en mayo de 2003.

**Resultados:** Aumento actividad programada del 22% al 81%. 47 intervenciones realizadas (28 en CACM y 19 en consultorios locales). *Criterios:* Constancia en la Historia Clínica de: Diagnóstico, Localización lesión, Presencia de dos profesionales, Alergia anestésicos, Problemas coagulación, Ingesta anticoagulantes/antiagregantes, Antecedentes queloides, Otras alergias, Consentimiento informado, Procedimiento, Anestésico empleado, Plan de cuidados, Informe A.P., Técnica empleada, Complicaciones operatorias y Complicaciones postoperatorias. En todos se han alcanzado cumplimientos que oscilan entre el 87,2 y el 100%. *Diagnósticos:* 20 infiltraciones; 6 Nevus, 6 Queratosis seborreicas, 1 Quiste epidérmico, 4 Patologías ungueales, 1 Ca. de células escamosas, 6 Heridas, y 3 Abscesos. *Técnicas:* 6 Sutures, 3 Drenaje absceso, 11 Escisión fusiforme, 2 Curetaje, 4 Cirugía uña, 20 infiltraciones, 1 extirpación de lesión. *Resultados encuesta de satisfacción:* El tiempo pasado desde que fue por primera vez al médico con este problema hasta que lo han resuelto: 67% NS/NC. 17% poco, 17% muy poco. Las explicaciones dadas sobre lo que le iban a hacer le han parecido: 67% bastantes, 33% NS/NC. La limpieza de la sala era: 50% buena, 17% muy buena, 33% NS/NC. ¿Cómo le han atendido en relación con este problema? 50% bien, 50% muy bien.

En caso de un problema similar ¿haría? 17% ir al especialista, 17% me da igual donde me lo hagan, 50% de nuevo en el Centro de Salud, 17% NS/NC.

**Conclusiones:** La actividad ha cumplido satisfactoriamente los objetivos planteados, ampliándose la cobertura y garantizándose un alto cumplimiento de los criterios de calidad. La CACM ha sido una estructura útil para conseguirlos. La satisfacción de los usuarios es alta a pesar de la dificultad de la realización de encuestas telefónicas a pacientes de ámbito rural.



## VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ABURRIMIENTO EN ENFERMOS DE SALUD MENTAL INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

Malé-Pegueroles I, Pozo-Martínez T, López-Garro M, Cobo-Cebrián C, Angulo-Ortega A, Palomera-Fanegas E  
*Hospital de Mataró.*

**Palabras clave:** Aburrimiento. Psiquiatría. Enfermería.

**Objetivos:** Conocer el grado de actividad, entretenimiento y aburrimiento de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del Hospital de Mataró. Conocer los factores asociados al aburrimiento.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado por enfermería. La población a estudio fueron los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos. Se seleccionaron aleatoriamente 87 casos, en un período de 5 meses. El instrumento del estudio fue un cuestionario de opinión del paciente, a responder durante siete días consecutivos. Como medida del resultado principal se comparó la opinión del enfermo y sus actividades durante los días festivos, con la de los días laborables.

**Resultados:** *Respuestas:* Media de porcentajes de pacientes Bastaste/muy aburrido Bastaste/muy entretenido. Días laborables 30,62%, 49,08%. Días festivos 56,30%, 34,45%. Existen diferencias significativas ( $p = 0,0007$ ) entre las medias de personas/día que respondieron que se habían aburrido bastante o mucho, entre semana y el fin de semana, y las que respondieron que se habían aburrido poco o nada, al igual que entre los que se habían entretenido bastante o mucho y los que respondieron poco o nada ( $p = 0,046$ ). También se encontraron diferencias entre los cinco días laborables, para cada uno de los grados de aburrimiento y de entretenimiento ( $p < 0,05$ ) y respecto a la voluntariedad del ingreso (judicial o voluntario), en el primer día ( $p = 0,014$ ).

**Conclusiones:** La participación en Laborterapia disminuye la percepción de aburrimiento. Los pacientes se aburren más los fines de semana que los días laborables y pasan estos últimos más entretenidos. En ingresos judiciales la percepción de aburrimiento el primer día fue más alta, mejorando conforme se fueron adaptando al entorno. *Propuestas de mejora:* objetivos: disminuir la percepción de aburrimiento los fines de semana, educar en los hábitos cotidianos del paciente y lograr una mejora de sus capacidades físicas y mentales. Se establece un programa de actividades de educación sanitaria a realizar por el personal de enfermería: cinesiterapia lumbar y escuela de espalda, dietética y nutrición, higiene dental... Para poder aumentar la cifra de participación en Laborterapia se propone evaluar la asistencia a cada actividad para determinar cuales tienen mejor aceptación y conocer los factores asociados a la no participación.

P-012

## SATISFACCIÓN DEL PACIENTE INCLUIDO EN VÍA CLÍNICA DE UN PROCESO SIN INGRESO

Robles M, Dierssen T, Gordo MA, Marcano N, Gonzalez D, Herrera P  
*Hospital de Sierrallana, Cantabria.*

**Palabras clave:** Vía clínica. Cataratas. Satisfacción.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos por cataratas e incluidos en la vía clínica.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado a través de encuesta entregada a todos los pacientes con el resto de documentación de la vía clínica. La encuesta es autocumplimentada y entregada personalmente por el paciente en la consulta. Consta de 8 preguntas cerradas y 2 abiertas en las que el paciente expresa sus sugerencias.

**Resultados:** La tasa de respuesta ha sido del 91,32% (579/634). En relación a satisfacción general, el 98,1% de los pacientes afirmó recomendar a sus familiares los servicios del Hospital. En lo referente a la información recibida sobre el proceso el 91,5% reconoció la explicación del pictograma de la vía, el 52,5% valoró la información recibida sobre su proceso como completa, siendo para el 34,4% muy completa. El 98,3% de los pacientes encuestados valoró la información recibida sobre las atenciones sanitarias que se iban a suceder como buena (31,3%) o muy buena (67%). El 80,8% de los pacientes conocían el nombre del facultativo que les había atendido, mientras que en el 27,5% conocían el de la enfermera. El 98,1% de los intervenidos reconoció no haber experimentado dolor durante el periodo postoperatorio. En lo que respecta a las sugerencias aportadas el aspecto más frecuentemente valorado resultó ser la atención recibida por el personal (74,85%) seguido por la rapidez de la intervención y la ausencia de dolor (2,2% y 1% respectivamente). 64 pacientes afirmaron encontrarse satisfechos con todo. Entre los aspectos peor valorados destaca el tiempo de espera previo a la intervención considerado prolongado para 44 pacientes.

**Conclusiones:** La alta tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción (91,32%) entre los pacientes sometidos a intervención de cataratas por cirugía mayor ambulatoria, contrasta con la habitualmente obtenida en este tipo de encuesta. Consideramos muy importante la implantación de aspectos relacionados con la información de la vía clínica. La atención personalizada y la amabilidad de la atención recibida fueron los aspectos destacados por los pacientes como mejor valorados.

P-013

## LA INFORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL

Álvarez-Muñoz M, Eyaralar-Riera B, Carro-Fernández P, Portilla-Gutiérrez A, Antuña-León E, Núñez-Batalla F  
*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Asturias.*

**Palabras clave:** Hipoacusia. Información.

**Objetivos:** 1) Presentar con rigor el programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil (PADAI) a la sociedad asturiana. 2) Homogeneizar tanto el contenido como el proceso de la información en cada una de las diferentes fases del proceso de atención en este Programa. 3) Información global, continua, homogénea y centrada en el niño/a y sus familias.

**Métodos:** 1) Realización de informes técnicos y vías de práctica clínica, mediante grupos de trabajo interdisciplinares. 2) Valoración y Evaluación de toda la documentación por la Comisión Técnica del programa. 3) Divulgación de la información a: población, gestores, profesionales sanitarios, de atención temprana y educación. 4) Sesiones de presentación antes y después de la puesta en marcha del programa. 5) Cursos de formación de profesionales.

**Resultados:** 1) Altísimo grado de satisfacción en las familias. 2) Gran aceptación y compromiso por parte de los profesionales de todos los ámbitos relacionados con el proceso. 3) Compromiso institucional para la continuidad y mejora del proceso. 4) La presentación del PADAI a nivel nacional facilitó su difusión, siendo modelo de referencia para otras Comunidades Autónomas.

**Conclusiones:** 1) Organizar la información es clave para el éxito de un programa. 2) La Gestión del Conocimiento es un proceso importante en toda la elaboración de Proyectos, lo que facilita la difusión y el compartir la información. 3) Disponer de documentos escritos, constituyen un apoyo permanente a todos los involucrados en el programa. 4) Es necesario someter a criterios de calidad la información que se facilita a cualquier implicado en un programa, de la misma manera que se somete el resto de los procesos.

P-014

## COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA ORIENTADA AL PACIENTE: PROYECTO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TELECITA

Gracia-San Román FJ, Monteagudo-Piqueras O, Alonso-Vigil P, Palau-Beato E, Pardo-Hernández A, Molina-Muñoz M  
*Hospital Maternal, Madrid.*

**Palabras clave:** Telecita. Evaluación. Mejora Continua.

**Objetivos:** *Objetivo General:* Evaluación del proyecto de Telecita como parte de la estrategia de asistencia integrada de los pacientes entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Objetivo Específico:* Valoración de la adecuación de la utilización de la aplicación de Telecita durante el año 2002 en tres Áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se pretende: -Conocer los aspectos estructurales necesarios. -Analizar el procedimiento utilizado en las distintas áreas. -Evaluar la actividad/efectividad de citación.

**Métodos:** A través de la revisión de la documentación referente a la aplicación de Telecita y de reuniones con los responsables del proyecto del Instituto Madrileño de Salud, se diseña un borrador del protocolo de evaluación a aplicar en las áreas 3, 8 y 10 de la Comunidad de Madrid. La elaboración de dicho protocolo sigue las líneas definidas en el Plan de Evaluación Sanitaria del año 2003 de la Consejería de Sanidad.

**Resultados:** El protocolo de evaluación valora los siguientes aspectos, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada: -Recursos materiales y humanos necesarios. -Aspectos procedimentales utilizados para la citación de pacientes. -Actividad desarrollada: Se recogen los datos de utilización de telecita y se elaboran indicadores para valorar la evolución a lo largo del año 2002. -Incidencias comunicadas por los usuarios. -Reclamaciones realizadas por los pacientes.

Una vez finalizada la evaluación se realizará un informe de cada Área en el que se recogerán los puntos fuertes y las áreas de mejora.

**Conclusiones:** -La comunicación entre niveles asistenciales es un proceso necesario para la continuidad de los cuidados orientados hacia el paciente. -En la búsqueda de la asistencia integral de los pacientes surge la necesidad de instrumentos que faciliten el intercambio de información. -La adopción de la metodología de evaluación como herramienta de trabajo está implícita en el camino hacia la mejora continua de la calidad asistencial.

P-015

### LA ACTIVIDAD COMUNITARIA: ¿QUÉ FACTORES PUEDEN ACTUAR COMO ELEMENTOS DE MEJORA EN SU DIFUSIÓN?

P-016

Rabadá-Quilez MJ, Valero-Sales J, Ibricu-Barro A, Albalat-Balaguer E, Figols-Gómez N, Cots-Gassó M  
CAP La Selva de CAMP, Tarragona.

**Palabras clave:** Actividad comunitaria. Comunicación. Equipo de mejora.

**Objetivos:** Describir los circuitos de una ABS para optimizar el contacto entre ésta, la población y los medios de comunicación locales, creando un área de actividad comunitaria con un responsable de la misma que evalúe la respuesta de esta intervención.

**Métodos:** Elección de responsable y presentación a personal referencia de asociaciones, centros educacionales (población diana) y medios de comunicación. *Se crearon dos circuitos: Primer circuito:* ABS-población diana. Comunicación de la demanda de la población diana al responsable. Definición de la demanda, elección personal del equipo de atención primaria más indicado para realizar dicha actividad, información a los medios de comunicación locales (radio, televisión). Ampliación de la información a la población general. *Segundo circuito:* medios de comunicación locales-ABS. Demanda bidireccional: emisión de información (reportajes, entrevistas) y consejos sanitarios. Contacto entre responsables para acuerdo de fechas y condiciones de emisión. Confirmación de actividades a través de vía telefónica o fax.

**Resultados:** La existencia de una persona de referencia mejoró la captación de demandas comunitarias, la distribución de las actividades entre el equipo de atención primaria, el registro de las mismas y la conexión con los medios comunicación locales. Se evidenció una mayor afluencia de la población diana en las actividades realizadas debido a la confirmación por escrito y a un mayor conocimiento en la población de los actos realizados por el ABS gracias a la difusión de los medios de comunicación.

**Conclusiones:** Creemos que la elección de una persona responsable de la actividad comunitaria es necesaria para establecer y coordinar circuitos de actuación entre la ABS, los medios de comunicación y la población. La inclusión de los medios de comunicación en nuestros circuitos ha mejorado la difusión de las actividades comunitarias a la población. La confirmación vía telefónica o fax de las actividades conlleva una mejora en la planificación y organización tanto del cliente interno como externo.

### LA UNIDAD DE ATENCIÓN CONTINUADA EN ONCOLOGÍA AUMENTA LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL Y OPTIMIZA EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

P-018

Chicote S, Ferro T, Vidal-González-Barca E, Martínez I, Valverde Y, Vidal A

**Palabras clave:** Continuidad. Asistencia. Teléfono.

**Objetivos:** Proporcionar un servicio de atención continuada e integral a los pacientes oncológicos: -Disminuir la asistencia a los servicios de urgencias. -Proporcionar información relacionada con todo el proceso asistencial. -Proporcionar educación sanitaria

**Métodos:** Creación de una unidad especializada en proporcionar atención telefónica: Criterios de valoración con registro de decisión teniendo en cuenta la variabilidad de las patologías. Informático del proceso asistencial. Protocolos de actuación según problemas. Información escrita a los pacientes con las causa de acceso telefónico a la unidad de atención continuada. Formación de 2 Diplomadas de Enfermería especialistas en oncología para coordinar todo el proceso.

**Resultados:** Desde el inicio de la Unidad de Soporte y Atención continuada en mayo del 2002 hasta marzo del 2003: 1.530 pacientes con patología onco-hematológica atendidos: *Diagnósticos prevalentes:* colon: 22%, pulmón: 12%, mama: 18%, ginecológicos: 12%. *Motivos de consulta:* fiebre: 14%, diarreas: 12%, Dolor: 12%, Náuseas y vómitos: 10%, Mucositis: 8%. *Categoría consulta:* Toxicidad: 44%, control síntomas: 33%, Dudas terapéuticas: 6%. *Resolución asistencia:* 43% asistencia en unidad, 41% telefónica (educación sanitaria y fármacos).

**Conclusiones:** La atención telefónica proporciona al paciente y su entorno un instrumento de apoyo y refuerzo durante el proceso asistencial, aumentando la calidad del mismo. Permite seleccionar la atención intermedia y evitar así las visitas continuadas a los servicios de urgencias por causas injustificadas, disminuyendo así los costes. La atención telefónica descongestiona las llamadas directas a los especialistas, evitando interrupciones en la asistencia cotidiana. Ofrecer soporte en la atención ambulatoria proporciona al profesional.

### MALTRATOS A ANCIANOS. HEMOS DETECTADO UN CASO, ¿QUÉ HACEMOS?

P-017

Cots-Gassó M, Zafra-Sánchez MC, Ibricu-Barro A, Valero-Sales J, Roca-Ramón T, Castejón-Sanz E  
ABS La Selva del CAMP, Tarragona.

**Palabras clave:** Maltrato al anciano. Equipo de mejora. Atención Primaria.

**Objetivos:** Crear un protocolo de atención al anciano maltratado para actuar ante la detección de un posible caso.

**Métodos:** Tras la detección a partir de una denuncia de maltrato a un anciano se creó un equipo de mejora para protocolizar la actuación del equipo de Atención Primaria. Se realizaron reuniones interdisciplinarias con la asistencia del equipo de Atención Primaria incluida la trabajadora social. En primer lugar se convocó una reunión de urgencia para dar conocimiento del caso al equipo, se decidió realizar una revisión bibliográfica para la recogida de información. En la segunda reunión se decidió establecer un equipo de mejora para definir un circuito de actuación ante los posibles casos de maltrato a ancianos. Se revisó la bibliografía encontrada y se inició la confección del protocolo. En la tercera reunión se expuso el protocolo al equipo de Atención Primaria: grupos de riesgo, factores de riesgo, clasificación de los maltratos, indicadores de maltrato, perfil del maltratador, perfil del anciano maltratado y el algoritmo de intervención. Se sometió a debate el tema y se consensó el protocolo. En la cuarta y sucesivas reuniones se hizo seguimiento del caso.

**Resultados:** -Creación de un equipo de mejora. -Confección de un protocolo de actuación. -Sistematización de reuniones con la trabajadora social.

**Conclusiones:** Durante el tiempo en que hemos detectado el maltrato del anciano y hemos diseñado el circuito de atención al maltratado, hemos adquirido una experiencia gratificante ya que hemos conseguido que la anciana maltratada quedase protegida del maltratador, bien cuidada por la trabajadora familiar, admitida en la unidad de demencias que gestiona el propio centro de atención primaria y finalmente a petición familiar el ingreso de la anciana en una residencia con todas sus necesidades cubiertas. El haber consensuado un protocolo nos da la garantía de actuar con un margen de seguridad ética y asistencial, ante un tema tan sensible y tan poco sistematizado.

### PLAN DE ACOGIDA A LOS PACIENTES

Mones-Iglesias AL, García-García A, Bueno-Moreno M, Gallego-Rodríguez F

P-019

**Palabras clave:** Guideline (Publication Type).

**Objetivos:** Presentar a los pacientes la organización en la que van a ser atendidos.

Informarles de los recursos de que dispone el Hospital.

Hacer su estancia lo más agradable posible.

**Métodos:** Se diseñó, bajo el liderazgo de gerencia, una Plan de Acogida a los Pacientes que incluye:

Actualización de la Guía de Información para Pacientes y sus Familiares.

Diseño de un Protocolo para la Custodia de Efectos Personales.

Diseño de un Protocolo de Admisión del Paciente que contempla su tránsito desde el Servicio de Admisiones hasta la habitación asignada, la información que se le suministra sobre el funcionamiento y distribución de la Unidad, la entrega de ropa y material de aseo, la valoración al ingreso y la identificación, en todos los casos, mediante pulsera.

Evaluación mensual mediante entrevista a todos los pacientes que ingresan un día al azar.

**Resultados:** Queda perfectamente definido quien es el responsable y cuales son sus funciones en cada momento.

Se ha ampliado y racionalizado la información que se le proporciona al paciente.

**Conclusiones:** Esperamos que la información y tutela administrada al paciente durante su ingreso logren su satisfacción si bien este aspecto se encuentra pendiente de evaluación.

## CALIDAD DE VIDA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA: EL DISCURSO DEL PACIENTE

P-020

López de Lis C, Rodríguez-Bello J

**Palabras clave:** Calidad de vida. Obesidad mórbida. Entrevista focalizada.

**Objetivos:** Conocer desde el punto de vista del propio paciente su calidad de vida como obeso mórbido. Este conocimiento nos permitirá acercarnos más a estos enfermos, ahondar en la problemática de la obesidad mórbida en todos los ámbitos (físico, social, psicológico) y de esta manera extender nuestro cuidado a otras áreas de la atención hasta ahora olvidadas.

**Métodos:** De acuerdo al objetivo del estudio, se ha utilizado metodología cualitativa. La herramienta elegida ha sido la entrevista estructurada o focalizada.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. En la fase de análisis se agrupan los fragmentos bajo los siguientes dominios, basados en las áreas del PEC-VEC: (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos): 1) Función física. 2) Función psicológica. 3) Función social.

**Resultados:** Los resultados muestran importantes limitaciones para actividades básicas, como tareas domésticas, aseo personal, o una vida laboral activa. En la esfera psicológica está presente el abatimiento, el desánimo, la desesperación y la impotencia, acrecentados por la ruptura de las redes sociales, y en algunos casos también familiares.

**Conclusiones:** Debido a los múltiples factores intervinientes en esta patología, la colaboración de profesionales de diferentes campos para el desarrollo de programas de educación para la salud es fundamental en la prevención y tratamiento de la obesidad.

## SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PREVENCIÓN SECUNDARIA A USUARIOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: UNA EXPERIENCIA.

P-021

López-Martínez P, Hernández-Roca L, Clemente-Laserna MJ, Zapata-Abellán C, de la Torre-Mirrelle B, Vinuesa-Del Arco A  
*Hospital Morales Messeguer.*

**Palabras clave:** Prevención secundaria. Cardiopatía isquémica. Usuarios.

**Objetivos:** 1) Conocer la opinión de los usuarios con respecto a las sesiones. 2) Ayudar a enfermos y familiares en la prevención y tratamiento de la enfermedad coronaria. 3) Establecer mecanismos de apoyo y colaboración mediante la información y la comunicación.

**Métodos:** *Población y ámbito de estudio:* 1) Grupos de pacientes y familiares que el día de la charla se encuentran ingresados en la Unidad de enfermería de Cardiología con el suficiente grado de autonomía para acudir a la sala de sesiones. 2) Pacientes ambulatorios que son dados de alta en nuestra Unidad e informados del calendario de charlas. *Intervención:* Durante el año 2002, se realizaron las sesiones todos los viernes de cada mes a las 12 horas en la Sala de Estar de la Unidad. La duración de las sesiones de educación para la salud se completaban en un período de 6 meses. La formación era impartida por un equipo multidisciplinar, se realizaba difusión del programa en la Unidad y Consulta Externa de Cardiología, y se proporcionaba apoyo audiovisual y fotocopias de lo expuesto. *Instrumento de medida:* Se distribuyó y recogió una encuesta anónima de satisfacción personalizada al finalizar cada sesión y coloquio.

**Resultados:** El estudio se realizó durante el año 2002, con un total de 30 charlas, repartidas en 2 semestres, participando un total de 615 usuarios. Los pacientes se distribuyeron en ingresados (480 usuarios; 78,05%) y ambulatorios (135 usuarios; 21,95%). En relación a los resultados de la encuesta de satisfacción, se recogieron 334 cuestionarios (54,30%), obteniendo las siguientes valoraciones: a 598 (97,23%) usuarios les resulta interesante y positiva la experiencia de sesiones de educación para la salud; 607 (98,69%) entienden todo lo expuesto; a 600 (97,56%) les van a servir de utilidad los consejos; 607 (98,69%) manifiestan que van a poner en práctica lo aprendido; 615 (100%) asistirán a posteriores charlas si pueden.

**Conclusiones:** La gran mayoría de los usuarios consideran interesante la experiencia y el nivel de conocimientos adquiridos. Del mismo modo puntúan muy favorablemente la aplicabilidad de las sesiones de educación para la salud. La totalidad de los encuestados piensa repetir la experiencia. Podemos suponer que la Educación Sanitaria disminuye la ansiedad y aumenta la implicación/participación en el autocontrol de la enfermedad, el tratamiento y los cuidados.

## BARÓMETRO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUMMA 112

P-022

Laguna-Pardo A, Mijares-Rodríguez G, Miquel-Gómez A, Medrano MJ, Martínez-Tenorio P, Leal G

**Palabras clave:** Satisfacción Usuarios.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción y la opinión de los usuarios del SUMMA 112 respecto a los tiempos de espera, el trato recibido, y la profesionalidad del personal.

**Métodos:** Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada por tipo de resolución (consulta médica, envío médico, envío UVI, ATS, ambulancia), del universo de llamadas del mes de enero del 2003. Se realizaron mil contactos para obtener una muestra de 300 contactos útiles. La encuesta se realizó mediante entrevista telefónica con cuestionario estructurado desde el 7 al 11 de abril de 2003. Los encuestadores fueron seleccionados y contratados a tal efecto, recibiendo formación sobre el uso del cuestionario las características del servicio y la aplicación informática. Para la realización de la entrevista y el análisis de los datos se utilizó una aplicación informática diseñada a tal efecto.

**Resultados:** De mil registros se obtuvieron 300 contactos útiles (30%). El contacto en un 19% de los casos era el paciente y en un 63% un familiar. La valoración del tiempo de espera fue adecuada a los tiempos: Para el tiempo en descolgar la llamada es un 96%. Para el tiempo de transferencia de llamada al médico regulador en un 70%. Para el tiempo hasta la llegada del recurso en un 60%. El grado de profesionalidad fue valorado positivamente en un: 95% para el operador. En un 78% para el médico regulador. En un 86% para el sanitario en domicilio. El trato fue valorado entre normal y muy amable en un: 97% para el operador. En un 86% para el médico regulador. En un 89% para el sanitario en domicilio. La atención telefónica fue valorada entre 7 y 10 puntos sobre 10. En un 80% la opinión sobre el servicio fue de buena a excelente. En un 91% de los contactos la opinión sobre el servicio fue de buena a excelente.

**Conclusiones:** La utilización de este cuestionario ha permitido identificar áreas de mejora en los tiempos de espera a la atención del médico regulador y de la llegada del recurso. Esto ha dado lugar al planteamiento de una revisión del árbol de decisión para conocer las causas y proponer mejoras al respecto.

## IMPLANTACIÓN DE CARTA DE ACOGIDA EN UNA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA

P-023

Jiménez-Moreno RM, Arjona-Ramírez C, Garrido-Montañes O, Sarabia-Condés JM, Jiménez-Belmonte DJ  
*Hospital Morales Messeguer.*

**Palabras clave:** Carta Acogida Información.

**Objetivos:** Se pretende valorar la implantación de una Carta de Acogida en una planta de hospitalización del Servicio de C. O. y T. del Hospital Morales Messeguer.

**Métodos:** Durante el periodo marzo, Junio 2002 se realiza una Encuesta (Nº 1) sobre aspectos relacionados con la información sobre la atención sanitaria a 200 enfermos ingresados en una Planta del Servicio de C. O. y T. del Hospital Morales Messeguer. Se realiza una Carta de Acogida en donde se informa de diversos aspectos sobre la hospitalización, es entregada a su llegada a planta a todos los enfermos ingresados tanto para cirugía programada como procedentes de Urgencias. Se realiza una nueva Encuesta (Nº 2) entre los meses de noviembre-febrero 2003 a 200 enfermos sobre la misma información de su atención sanitaria que la Encuesta Nº 1 y valoración de la Carta de Acogida. Las dos encuestas son anónimas.

**Resultados:** La Encuesta Nº 1 es cumplimentada por 84 enfermos y/o familiares (42%). 72 casos (85,7%) consideran suficiente la información recibida, pero 55 casos (65,4%) afirman puede ser mejorable (tanto verbal como escrita). 40 enfermos (47,6%) piensan que la información se debe realizar durante su ingreso. La información suministrada por enfermería es considerada como suficiente en 59 casos (70,2%) e insuficiente en 19 casos (22,6%). La información sobre la estancia en quirófano, planta y reanimación son las más solicitadas. La Encuesta Nº 2 es cumplimentada por 49 enfermos y/o familiares (24,5%). 41 casos (83,6%) comprenden fácilmente la Carta de Acogida. Le parecen lógicas las instrucciones de dicha Carta de Acogida a 41 casos (83,6%). La información oral que proporciona enfermería le parece suficiente a 45 casos (91,8%). Consideran que su estancia coincide con lo que se indicó en la Carta de Acogida en 40 casos (81,6%), 4 casos (8,1%) creen que no coincide y 5 casos (10,2%) no contesta. La información recibida sobre su atención sanitaria la creen suficiente 48 casos (97,9%) y 1 caso (2%) piensa que no lo es.

**Conclusiones:** Los pacientes y/o sus familiares valoran con puntuación máxima la información sobre su atención sanitaria. La Carta de Acogida mejora: la estancia de los enfermos en planta, la relación enfermería-paciente y la información sobre la asistencia sanitaria.



## TELEMEDICINA COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

Ruiz MA, Peláez C, García-Nogales A  
y Subdirección de Urgencias y Emergencias.  
Servicio Extremeño de Salud.

P-024

**Palabras clave:** Telemedicina. Accesibilidad. Listas.

**Objetivos:** El presente trabajo pretende plantear la importancia de la Telemedicina en la mejora de la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario de determinadas especialidades, valorando el ahorro de tiempo de espera en parte de los pacientes valorados por el médico de Atención Primaria.

Por otra parte, pretende valorar el "ahorro" de los desplazamientos no solamente desde el punto de vista económico, sino en la disminución del número de desplazamientos del especialista desde el Hospital de referencia.

**Métodos:** Se describe el diseño de un proyecto piloto, basado en tres especialidades dermatología, cardiología y neumología.

Dada la facilidad de los sistemas de telemedicina para la transmisión de imagen, los beneficios obtenidos en relación con los objetivos propuestos, son directamente proporcionales a la calidad de la transmisión de imágenes de la propia especialidad.

El método empleado en este trabajo, consiste en analizar cuantitativa y cualitativamente parámetros anteriores.

**Resultados:** Durante los meses de nuestro proyecto piloto, se han atendido 23 dermatologías, 20 de cirugía vascular y 115 de radiología. Las derivaciones que se han evitado en este proyecto han sido, 21 para cardiología, 16 para cirugía vascular y 24 para radiología, en el caso de las citas programadas para las primeras valoraciones por parte del especialista, han sido de 24 se detallan en el estudio los datos de derivación de pacientes y las consultas, así como los recursos técnicos necesarios.

**Conclusiones:** El proyecto piloto que se describe ha conseguido según los resultados obtenidos, mejorar la calidad de los cuidados de salud, mejorando la capacidad de Atención Primaria para finalizar los procesos de diagnóstico al haber mejorado médicos especialistas. Esto ha disminuido la espera para ser valorado por el especialista, y por lo tanto la finalización del proceso de diagnóstico del médico familia del Centro de Salud.

## DISEÑO DE UN PLAN DE MONITORIZACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO

Silva M, Velasco P

P-026

**Palabras clave:** Satisfacción. Clientes.

**Objetivos:** Conocer la calidad percibida de clientes y beneficiarios de ACHS, de cada una de las prestaciones de servicio que ofrece, como administradora de la ley de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a través de indicadores de calidad con alcance nacional y representatividad regional. Identificar factores críticos para el mejoramiento de la calidad de servicio y definir planes de acción.

**Método:** Grupo objetivo: Empresas (clientes) y Personas (beneficiarios).

**Universo Empresas:** empresas afiliadas a ACHS en todo el país. **Universo Personas:** trabajadores de empresas afiliadas que han requerido los beneficios del Seguro, prestaciones médicas y económicas; personas no beneficiarias del Seguro, que han recibido atención médica. **Técnica de medición:** entrevista telefónica, con aplicación de cuestionario diferenciado por medición, estandarizado y preestructurado, con preguntas de respuesta predefinida, algunas abiertas. **Unidad muestral:** según segmento.

**Empresas clientes:** Decisores (gerentes generales y/o dueños). Operativos (responsables de administrar relación empresa-ACHS). Expertos en prevención de riesgos. **Beneficiarios de prestaciones ACHS:** trabajadores de empresas clientes que han tenido prestaciones médicas en últimos 3 meses, segmentando atención de urgencia, consultas ambulatorias y hospitalización. **Personas no beneficiarias ACHS:** personas que recibieron prestaciones médicas en últimos 3 meses y no están acogidos a la ley. **Tamaño muestral:** calculado para cada regional según composición de segmentos, con error estadístico calculado bajo supuestos de aleatoriedad simple, varianza esperada de indicador de satisfacción y 95% de nivel de confianza.

**Resultados:** En empresas clientes: -Satisfacción global con el servicio. -Satisfacción con procesos y situaciones de servicio, calificando aspectos específicos que componen cada situación de servicio: del Seguro ACHS y programas especiales de Prevención de Riesgos. -Tasa de problemas. -Indicadores de lealtad: recomendación a terceros e intención de permanencia. En Prestaciones Médicas: -Satisfacción global con el servicio. -Satisfacción con procesos y situaciones de servicio (admisión, personal paramédico y enfermeras, infraestructura, médicos, farmacia, exámenes laboratorio y radiología).

**Conclusiones:** En el 4º trimestre 2003 se espera entregar: -Informe total Nacional de Indicadores globales y de situaciones de servicio por tipo de prestación. -Informes específicos para cada regional.

## ATENCIÓN TELEFÓNICA: ¿GARANTÍA DE CALIDAD?

Gracia M, Vera A, Calls M, Povedano F, Guerrero M, Sotil MA, Quilez A

P-025

**Palabras clave:** Calidad. Comunicación. Resolución.

**Objetivos:** Evaluar la calidad ofrecida al cliente a través de la atención telefónica, el grado de satisfacción y el cumplimiento de sus expectativas.

**Métodos:** realizamos una encuesta telefónica a 200 pacientes con muestreo sistemático 1:15 con escala tipo likert utilizando las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad, tiempo de espera, nivel de satisfacción, motivo de la consulta, intentos telefónicos de comunicación.

**Resultados:** 1) la edad media de los pacientes atendidos ha sido de 50 años. 2) el 11% de los pacientes atendidos eran de nacionalidad extranjera. 3) el 76% de las llamadas fueron realizadas por mujeres. 4) el 14% de las llamadas recibidas consideraban que el tiempo de espera era excesivo. 5) el 97% de los pacientes consideraban que el nivel de atención era satisfactorio. 6) el 84% de las llamadas fueron destinadas a programación de visitas, el 7% fueron para atención domiciliaria y el 9% para consultas varias. 7) intentos telefónicos de comunicación: 57% al primer intento, 25% al segundo intento, 9% al tercer intento, 4% al cuarto intento, 0% al quinto intento, 3% al sexto intento, 1% al séptimo intento, 1% al octavo intento.

**Conclusiones:** después de analizar todos los datos obtenidos llegamos a la conclusión de que la atención telefónica en nuestro centro es de alta calidad, optima resolución y con un nivel de satisfacción del usuario (tanto nacional como extranjero) considerablemente bueno.

## SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y FACULTATIVOS DE AP CON UN "MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA INTEGRADO ATENCIÓN PRIMARIA (AP)-URÓLOGO DE ZONA" EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

Juárez-Soto A, Rosano-Duarte L, Machuca-Tortajada J, Mansilla-Reyes E, Mesa-Veamurguía MJ, Tauste-Torroba A

P-027

**Palabras clave:** Satisfacción Usuarios. Satisfacción Profesionales. Coordinación Internivel.

**Objetivos:** Describir el grado de satisfacción de los usuarios y facultativos de la ZBS de Chiclana (Cádiz), con una atención sanitaria urológica basada en un "Modelo de gestión clínica integrado AP-Urólogo de zona".

**Métodos:** Estudio descriptivo cuyo universo son los usuarios y facultativos de una ZBS conformada por unos 70.000 hab. referenciados en el Hospital U. de Puerto Real y en el Distrito Bahía-La Janda. El Modelo referido, se basa en: 1) La autonomía profesional en la gestión clínica, en la gestión de la agenda de urología y de las incidencias. 2) La Consulta de Acto Único de Urología (CAUU): de alta resolución, alta tecnología (ecógrafo, cistoscopia flexible, electrobisturí etc) e informatizada (informe de alta al 100% de los pacientes con copia al médico de AP). 3) La Plataforma Profesional AP-Urólogo de zona, sustento del modelo descrito, basada en la comunicación y coordinación entre profesionales. **Muestra:** Los 78 usuarios atendidos en la CAUU en mayo de 2003\*. La tasa de respuesta fue del 32% a 30 de mayo de 2003\*\*. Los 28 facultativos de AP (tasa de respuesta 92,8%). **Encuesta usuarios:** 10 ítems, 6 con una escala de respuesta de 5 pasos y 4 si/no. Se entrega al finalizar la consulta en un sobre con el franqueo pagado. **Dimensiones exploradas:** accesibilidad, trato, entorno, confianza y coordinación AP-Urólogo. **Encuesta facultativos:** 10 ítems, 8 con una escala de respuesta de 5 pasos y 2 si/no. Se realizó a los 6 meses de la implementación del modelo. **Dimensiones exploradas:** accesibilidad, coordinación y comunicación AP-UROLOGO, participación en el proceso asistencial, formación y calidad científico-técnica. Se basan en las expectativas de usuarios y profesionales reflejadas en la Guía de Procesos Asistenciales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Resultados:** **Usuarios:** destacar el grado de satisfacción general con la atención sanitaria recibida referido como alto/muy alto por el 100% y el nivel de coordinación o entendimiento entre el médico de cabecera y el urólogo, referido como alto/muy alto por el 90,9%. **Facultativos:** destacar el grado de coordinación AP-Urólogo referido como alto/muy alto por el 100%, el nivel de comunicación con el urólogo, referido como alto/muy alto por el 96,1%, y el grado de satisfacción general con el modelo, referido como alto/muy alto por el 96,1%. **Conclusiones:** Con estos datos preliminares, parece que el modelo descrito tiene un impacto positivo en la satisfacción de los usuarios y de los facultativos de AP.

\*se presentaron resultados hasta agosto de 2003.

\*\*las encuestas se reciben por correo.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL SERVICIO DE URGENCIAS. CENTRO MÉDICO POVISA

P-028

González-Gallegos M, Cabezas C, Pérez M, Rodríguez MJ, Hernández M, González-Hermo B  
Centro Médico Povisa, Vigo.

**Palabras clave:** Encuestas Satisfacción. Expectativas.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro Centro.

**Métodos:** Encuestación telefónica utilizando el cuestionario del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza adaptado a nuestro medio. Población diana: 3.390 pacientes atendidos en Urgencias del 16 al 31 de agosto de 2002. Muestra de 400 casos para un margen de error de  $\pm 5\%$ , I.C. 95% y supuesto de máxima indeterminación ( $p = q = 50\%$ ). Selección aleatoria estratificada por sexo, edad, lugar de residencia, entidad aseguradora, día de la semana y franja horaria de atención y destino alta. Análisis estadístico: comparación de proporciones, chi cuadrado y comparación de medias. Excluidas de la valoración las respuestas NS/NC. Preguntas de escala categórica agrupadas en valoraciones positivas (excelente + muy bien + bien) y excelentes (excelentes + muy bien).

**Resultados:** Respuesta de 235 casos, lo que eleva error a 6,1%. Acuden por iniciativa propia 79,6%. Permanecen en sala clasificación 69,5% y en cama 30,5%. El 41,5% acuden por problemas graves o muy graves. Oportunidad de estar acompañado 45,3%. Dados alta a domicilio el 89,4%. Valoración positiva ayuda en admisión 97,3%. Percepción demora hasta 1º contacto con médico de 29 minutos (DE: 28,5); valoración positiva de la demora 66,8%. Valoración positiva de ayuda prestada en clasificación 87,8%. Valoración positiva información recibida del médico 80,5%. Valoración positiva de la amabilidad de médicos 88,5%; de enfermería 92,6%. Respeto intimidad 97,4%. Discreción 97,4%. Valoración positiva capacitación técnica personal sanitario 83,2%. Valoración positiva del confort 62,6%; del ambiente 60,9%. Valoración global de la asistencia positiva del 80,7%. Volverían al Centro de poder elegir 87,7%. Superan expectativas previas de la asistencia 27,9%. Aspecto más importante de la atención recibida: trato. Aspecto más negativo: tiempo de espera.

**Conclusiones:** 1) las encuestas de satisfacción nos sirven para conocer qué piensan y cómo nos valoran nuestros pacientes. 2) el trato recibido es lo más importante para los encuestados; las preguntas se relacionan con él son las valoradas más positivamente. 3) los aspectos relacionados con la estructura física del servicio son lo valorado más negativamente. 4) los tiempos de espera es lo más negativo de la atención recibida. 5) un alto porcentaje de nuestros usuarios optarían por volver a nuestro centro, a pesar de que superamos sus expectativas en un porcentaje pequeño.

## DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CARDIOLOGÍA

P-030

Domínguez JP, Lázaro C, Marín C, Mellinas A, García V, Aguilera MA

**Palabras clave:** Programa. Educación para la salud. Cardiología.

**Objetivos:** Evaluar los factores que dificultan la implantación de un programa de Educación para la Salud (EpS) en Cardiología.

**Métodos:** Se implantó un programa de EpS dirigido a los pacientes ingresados por enfermedad coronaria en la planta de Cardiología del Hospital General de Albacete. El contenido educativo consistía en los conocimientos básicos sobre la enfermedad coronaria y el estilo de vida cardiosaludable. La enseñanza se impartió mediante clases presenciales y folletos informativos, y los pacientes fueron sometidos a cuestionarios previos y posteriores al proceso educativo. Se estudiaron los principales inconvenientes encontrados en la implantación del programa en cuanto a los profesionales, los pacientes, los recursos materiales y en los aspectos operativos del sistema de enseñanza-aprendizaje.

**Resultados:** El programa incrementó significativamente los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad coronaria y el estilo de vida cardiosaludable. La mayoría de los profesionales, principalmente cardiólogos, rechazaron participar activamente en el programa, fundamentalmente debido a la escasa creencia en la efectividad de este tipo de procedimientos. El 8% de los pacientes incluidos en el programa era analfabeto, el 83% sólo tenía estudios primarios, el 3% nivel de graduado escolar, el 9% bachiller superior, el 3% carrera universitaria de grado medio y el 2% eran universitarios de grado superior. En el 11% de los pacientes se produjeron dificultades para la comprensión y elaboración de los cuestionarios. El 8% tuvo una calificación menor en el cuestionario previo que en el posterior a la enseñanza. No se encontraron inconvenientes significativos en los recursos materiales ni en los demás aspectos del sistema de enseñanza-aprendizaje.

**Conclusiones:** Nuestro sencillo programa de EpS en Cardiología permite aumentar los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad coronaria y el estilo de vida cardiosaludable, lo que, lógicamente, redundará en una mejora en el control de sus factores de riesgo cardiovascular, sintomatología y pronóstico, así como en la calidad de la asistencia. Sin embargo, existen dificultades en la implantación de este tipo de programas, debido a que todavía muchos médicos creen poco en sus resultados y al bajo nivel cultural de los pacientes de nuestro medio.

## ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA-2003: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

P-029

Latorre M, Urruela M, González Y  
Hospital de Basurto.

**Objetivos:** 1) Describir la metodología empleada para la realización y análisis de la encuesta de satisfacción de CMA. 2) Mostrar los principales resultados obtenidos en la encuesta realizada este año.

**Método:** *Diseño:* la encuesta, realizada por teléfono, consta de 45 preguntas agrupadas en 10 dimensiones de la calidad de la atención hospitalaria. Las variables analizadas son cualitativas. *Muestra:* en enero de 2003, se seleccionaron al azar 236 pacientes, -se excluyeron pacientes pediátricos y psiquiátricos-, intervenidos quirúrgicamente por un procedimiento quirúrgico mayor y que cursaron sin estancia hospitalaria. A los pacientes seleccionados se les envió una carta, previniéndoles de que iban a ser sometidos a encuestación, y agradeciéndoles su colaboración. *Análisis descriptivo:* se realiza utilizando un paquete estadístico SPSS. *Presentación gráfica de los resultados:* los resultados se expresan en porcentajes de respuesta a cada categoría de respuesta. En ocasiones se agrupan los resultados de varias categorías.

**Resultados:** *Área de trato 2001-2003:* Valoración excelente de la amabilidad y respeto del personal sanitario 68,8% 76,5%. *Área de conocimientos y competencia:* Valoración excelente del conoc. y competencia del personal sanitario 61,3% 70,9%. *Área de información:* Valoración excelente de la información dada por el personal sanitario 52,6% 56,4%. *Área de hostelería:* Valoración excelente de limpieza + temperatura + ambiente + comodidad 50,4% 59%. *Área de resultados:* Valoración positiva de la mejora del problema tras la intervención 74,1% 77,2%. *Área de valoración global:* Valoración global excelente de la asistencia recibida 69,1% 61,6%.

**Conclusiones:** 1) La satisfacción de los usuarios de CMA ha aumentado en todas las áreas que ellos consideran relevantes (trato, calidad técnica, información y hostelería). 2) La percepción de que esta modalidad quirúrgica mejora la enfermedad por la que acudió también ha aumentado. 3) Aunque la valoración global positiva (excelente, muy buena o buena la asistencia recibida) se mantiene en un 99% -datos no mostrados-, la valoración de la excelencia (excelente o muy buena) no ha sido tan positiva como en el año 2001 (sin significación estadística).

## LA SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN HOSPITAL

P-031

Rodríguez-Bello J, López de Lis C, Quintero-García MD  
Hospital de Jerez.

**Palabras clave:** Satisfacción. Insatisfacción. SERVQHOS.

**Objetivos:** Este trabajo es la primera fase de un estudio más amplio que analiza la satisfacción e insatisfacción de los usuarios de un hospital general, vinculándola a sus expectativas. Pretende conocer el grado de satisfacción de los usuarios, a partir de la opinión de estos y a través de la exploración de cinco áreas diferentes: -Tangibilidad, -Fiabilidad, -Interés/capacidad de respuesta, -Garantía, -Empatía.

**Métodos:** El diseño es observacional, descriptivo, dentro de la categoría de no experimental. En cuanto a su temporalidad, hay que definir el trabajo como transversal. La unidad de análisis, se centra en la satisfacción de los usuarios atendidos en el centro, a partir de sus expectativas como determinante. Siendo el objeto de estudio las causas generadoras de insatisfacción. El universo del estudio se circunscribe al área de influencia del hospital de Jerez. La población diana se compone de pacientes que han sufrido un proceso de hospitalización en el centro en el año 2002, se utilizaron los meses de abril y mayo para la selección de los receptores del cuestionario. El muestreo es estratificado proporcional. Los subgrupos son tres, según el área donde han sido hospitalizados: maternoinfantil, médica y quirúrgica. Se excluyen las unidades de Psiquiatría y UCI por sus connotaciones particulares. Se ha utilizado una herramienta específica, el cuestionario SERVQHOS. El cuestionario se sustenta en el modelo del paradigma de la desconformación que combina expectativas y percepciones. Es un cuestionario autoadministrado que se envió por correo a los pacientes a los 20 días de su alta hospitalaria.

**Resultados:** De las 3.570 encuestas enviadas, se obtuvieron 815 cumplimentadas (22,82%). Se han obtenido los datos descriptivos y realizado un procedimiento inferencial para determinar los parámetros estadísticamente significativos de las variables estudiadas en la población. Se ha realizado ANOVA, distinguiendo entre las categorías cualitativas (grupos) para analizar las medias distintas. Se ha obtenido el perfil del usuario insatisfecho y el del usuario satisfecho del hospital.

**Conclusiones:** Las causas de satisfacción e insatisfacción son diferentes de acuerdo al perfil del usuario, siendo variables muy definidas (edad, nivel de estudios...) las determinantes de la insatisfacción. Hay claros nichos de insatisfacción en determinados servicios del centro de acuerdo a características estructurales y de procedimiento, especialmente de relación profesional-usuario.



## CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Pijierro A, Rodríguez A, Pedrero C, Nieves A, García J

# P-032

**Palabras clave:** Cirugía Ambulatoria. Calidad percibida. Encuesta de satisfacción.

**Objetivos:** Conocer la calidad percibida por los pacientes atendidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de reciente apertura.

**Métodos:** Se solicitó a los pacientes atendidos durante los primeros nueve meses de funcionamiento de nuestra unidad (junio 2002-febrero 2003), que rellenaran un cuestionario en su domicilio compuesto por 27 preguntas distribuidas en 5 áreas de información (Información, Confort personal, Atención sanitaria, Hostelería y Satisfacción general) según modelo ya contrastado como válido en otras unidades de similares características.

**Resultados:** De los 1498 procesos atendidos se solicitó opinión a los 987 intervenidos de procesos subsidiarios de Cirugía Mayor Ambulatoria. Contestaron el cuestionario 398 pacientes (40,32%). La edad media de los pacientes intervenidos fue de 48 años, el 74% eran varones, el 77% estaban casados y el 56% procedían del medio rural. El grado de satisfacción global fue del 88,63%. De los distintos conceptos evaluados el que obtuvo mejor puntuación fue la Atención Sanitaria (95,6%), seguido de la Información (92,2%) y la Hostelería (90,5%). La satisfacción general fue del 87,16%.

**Conclusiones:** De forma global los pacientes atendidos en nuestra unidad están satisfechos con el funcionamiento de la misma. Es preciso mejorar la comunicación con los pacientes para lograr mayor colaboración (aumento del número de pacientes que colaboren con la realización de encuestas) y mejorar la información que reciben previamente a su entrada en la Unidad. Es fundamental la implicación de todos los profesionales que participan para garantizar el éxito y liderar adecuadamente el proyecto.

## UTILIDAD DE LA OPINIÓN DEL PACIENTE EN LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONSULTA ÚNICA EN CARDIOLOGÍA

Montijano AM, Gómez J, Zambrana JL, Amat M  
*Hospital Alto Guadalquivir.*

**Palabras clave:** Satisfacción. Calidad. Cuestionarios.

**Objetivos:** Mediante la aplicación de cuestionarios específicos de satisfacción, tratamos de evaluar el sistema de consulta única desde la perspectiva del paciente cardiológico, buscando identificar los factores que le satisfacen y los que más le preocupan.

**Métodos:** De los 401 pacientes consecutivos atendidos como primeras visitas nuestras las consultas externas de Cardiología entre noviembre de 2002 y febrero de 2003, 109 precisaron alguna prueba complementaria en el mismo día para emitir un juicio diagnóstico y prescribir el tratamiento más adecuado. A estos se les solicitó rellenar un cuestionario con 16 preguntas en relación con la infraestructura de la consulta, la atención general recibida del personal, o aspectos generales informativos o burocráticos. Se puntuaban entre 0 y 3 (0 = Deficiente, 1 = Regular, 2 = Aceptable, 3 = Excelente), valorándose positivamente las iguales o superiores a 2,5. Un 35,6% (N = 37) eran varones, y la edad fue de 58,67 (20,78) años. El grupo más numeroso tenía entre 70 y 80 años (N = 33; 31,7%).

**Resultados:** 104 pacientes (95%) contestaron la encuesta. De forma general, el aspecto mejor considerado fue la atención recibida del personal sanitario [2,79 (0,33)] y, los peores, el tiempo de demora asistencial [2,23 (0,81)], la infraestructura de la consulta [2,37 (0,73)], y la duración de la consulta [2,37 (0,74)]. Diferenciando por sexos, la asistencia y los aspectos generales fueron peor calificados por las mujeres, sin diferencias significativas en la infraestructura. No encontramos correlación entre el grado de conformidad global y la edad.

**Conclusiones:** Los cuestionarios de satisfacción constituyen una herramienta útil para evaluar la asistencia que ofrecemos a nuestros pacientes, complementando los datos que podamos obtener por métodos más objetivos. Globalmente, la implantación de un sistema de consulta única es valorada positivamente por los enfermos cardiológicos. Sin embargo, a criterio de nuestros pacientes, siguen existiendo factores mal considerados y susceptibles de mejorar, destacando el tiempo de demora asistencial.

# P-034

## LA INGRATITUD DEL ESTUDIO DEL SÍNCOPE ¿PODEMOS MEJORAR SU ASISTENCIA?

Montijano AM, Gómez J, Zambrana JL  
*Hospital Alto Guadalquivir.*

# P-033

**Palabras clave:** Calidad. Diagnóstico. Síncope.

**Objetivos:** Este trabajo pretende evaluar la utilidad del test de mesa basculante como herramienta diagnóstica de primer orden en el estudio etiológico de los síncope cardiogénicos.

**Métodos:** Durante el año 2002 se atendieron 49 pacientes con síncope en nuestras consultas externas de Cardiología; en 28 de ellos (57,14%) se estableció su causa mediante historia clínica, ECG, ecocardiograma y/o holter-ECG. Se indicó un tilt-test a los 21 restantes antes de considerar su derivación a otros centros de referencia, empleando en todos los casos un protocolo con provocación con nitroglicerina sublingual supervisado por un cardiólogo y un enfermero. Se utilizó una tabla basculante manual, y se monitorizaron el ECG y la tensión arterial. A los que resultaron positivos, se les enseñaron medidas higiénico-dietéticas para prevenir recurrencias y se les programó seguimiento clínico en consulta.

**Resultados:** En 11 de los 21 tests (52,4%) se obtuvo una respuesta positiva, con descenso brusco de la tensión arterial y/o la frecuencia cardíaca, reproduciéndose los síntomas que motivaron la consulta y siendo diagnosticados de síndrome vasovagal. Con ello se filiaron un 22,45% del total de síncope, lo que aumentó la tasa global al 79,6% (N = 39). Tras 8,95 (3,2) meses de seguimiento, en los positivos mejoraron significativamente los síntomas [4,50 (2,2) vs 2,17 (1,29)], sin variación en el grupo de negativos [3,11 (2,2) vs 2,89 (2,3)].

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que el test de basculación diagnóstica un número elevado de síncope cardiogénicos. Es una técnica sencilla que exige escasa dotación tecnológica y de personal, y tiene un reducido coste económico, por lo que puede realizarse en cualquier unidad de Cardiología. Por ello, su implantación en hospitales pequeños con pocos recursos diagnósticos, permite ofrecer una mejor asistencia a los pacientes con síncope, ahorrando múltiples traslados a centros especializados con el coste y los trastornos que estos implican.

## PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS

Escobar-Rodríguez I, Ferrari-Piquero JM, Cortijo-Cascajares S, García-Rodríguez P, Herreros de Tejada A  
*Hospital Universitario 12 de Octubre.*

# P-035

**Palabras clave:** Educación Sanitaria. Medicamentos.

**Objetivos:** Describir un programa de educación sanitaria sobre medicamentos orientado a pacientes externos del Hospital; es decir, pacientes que reciben su medicación directa y sistemáticamente desde el Servicio de Farmacia.

**Métodos:** El programa está basado en una entrevista clínica de tipo semiestructurada o semidirigida, realizada al paciente por un farmacéutico la primera vez que acude al Servicio de Farmacia y con los objetivos de: 1) Garantizar la comprensión por el paciente de diversos aspectos relacionados con la indicación, pauta posológica, instrucciones específicas de administración, duración del tratamiento y efectos adversos de los medicamentos prescritos. 2) Detectar y prevenir interacciones farmacológicas clínicamente relevantes con otros tratamientos que esté recibiendo el paciente o con medicamentos/productos de automedicación. La entrevista consta de las fases de presentación, explicación de los aspectos relacionados con los medicamentos, prevención de interacciones con otros fármacos (de prescripción o automedicación), resolución de dudas del paciente y oferta de disponibilidad para consulta durante todo el tiempo que dure el tratamiento. La información verbal se complementa con la entrega de material informativo escrito, diseñado de forma específica y adaptada a las características de cada medicamento.

**Resultados:** Desde el inicio del programa se han realizado un total de 827 entrevistas a nuevos pacientes que inician tratamiento a lo largo de un periodo de 12 meses (mayo 2002-abril 2003). La duración media de las entrevistas ha sido de 10-15 minutos y todas ellas se han realizado en un espacio privado, dentro del Servicio de Farmacia.

**Conclusiones:** Este programa educativo garantiza, de forma sistemática, que el paciente comienza su tratamiento con la información suficiente para poder conseguir la máxima efectividad del mismo, especialmente dada la creciente complejidad de los tratamientos farmacológicos propios del ámbito de la atención especializada.

### CONSULTAS HOSPITALARIAS Y EN CENTROS DE ESPECIALIDADES: DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EXTERNO

P-036

Pérez-Blanco V, Fernández de Larrea N, González-Seco I, Ojeda-Fraco JJ, Gracia-San Román J, García-Caballero J  
Hospital Universitario La Paz.

**Palabras clave:** Satisfacción. Paciente.

**Objetivos:** Medir la satisfacción de los pacientes de consultas externas del Servicio de Urología del Hospital La Paz y establecer medidas de mejora.

**Métodos:** Estudio transversal utilizando un cuestionario de satisfacción, entregado a los pacientes que acudieron a los centros de consultas externas de Urología del área V (4 salas hospitalarias y 5 de centros de especialidades). Estudio descriptivo, análisis univariante y multivariante.

**Resultados:** De los 561 cuestionarios que se devolvieron, fueron contestados 532 y 29 se devolvieron en blanco, de los 962 que fueron entregados (cobertura del 58,3%). De las 532 encuestas, 236 corresponden a pacientes atendidos en consultas externas hospitalarias y 296 de consultas de urología de centros de especialidad. La media de edad es de 59,5 años. La mitad de los pacientes pertenecen al grupo de mayores de 65. Respecto al nivel de estudios, el porcentaje mayor lo presenta el grupo de E.G.B. con un 30,5%. El 72,2% conoce el nombre del urólogo que les atiende mientras que sólo el 27,4% conoce el de la enfermera/o. Al estratificar esta variable por centro, observamos que es superior el número de pacientes que afirma conocer el nombre de su urólogo en consultas hospitalarias 197 (86,4%) que en centros de especialidades 171 (70%). En los centros de especialidades, el 22,9% afirma que el tiempo dedicado a su consulta fue escaso o muy escaso en las 4 salas del hospital es del 6,7%. Respecto a la amabilidad, un 86,7% opina que se presenta siempre" o casi siempre estos porcentajes son más altos en las salas del hospital (95,7%). Encontramos diferencias significativas al comparar la satisfacción entre centros respecto a las variables información sobre riesgos del diagnóstico y tratamiento, instrucciones dadas tras el alta y descripción de los síntomas por los que el paciente debe consultar de nuevo al urólogo. La satisfacción es mayor en consultas hospitalarias. 172 (32,3%) de los pacientes han realizado sugerencias. El grupo más numeroso corresponde a las relacionadas con la mejora del sistema de citas, la reducción de la lista de espera y el excesivo tiempo de espera previo a la consulta.

**Conclusiones:** 1) La satisfacción global con el servicio es alta, si bien existen diferencias en la satisfacción entre pacientes de consultas hospitalarias y consultas de centros de especialidades. 2) La mejora en el tiempo de espera tanto en la sala como el de citas es uno de los aspectos que se considera como prioritario, así como la información sobre riesgos de pruebas diagnósticas y tratamientos.

### CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DEL LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) A TRAVÉS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.

P-038

Hernández-Pérez H, Tomás-García E, Bonal-Cárcel JA, Hoyas-Fernández JA, Ramírez-Fernández MC, Navarro-Gracia JF

**Palabras clave:** Calidad asistencial. Encuestas de satisfacción. Cirugía sin Ingreso.

**Objetivos:** Conocer, por medio de una encuesta de satisfacción (ES) específica y adaptada a la UCSI, el grado de satisfacción general percibido por los pacientes y los componentes básicos de la misma.

**Métodos:** Elaboración de un cuestionario específico que consta de: presentación, espacio para la etiqueta, 9 ítems categóricos en escala de Likert y un espacio en blanco para comentarios libres. Muestreo consecutivo a todos los pacientes atendidos entre el 20/1/03 y el 24/2/03. Contestación al cuestionario antes de finalizar la estancia. Se calculan las proporciones de respuesta de satisfacción global y sus componentes (información, trato, accesibilidad y confort).

**Resultados:** Se recogen 47 cuestionarios. Un 36,2% opta por no pegar la etiqueta en la ES. El 93% se declaran globalmente muy satisfechos con la atención recibida y el 91,5% con el trato. Por el contrario, disminuye hasta el 73,9% con la accesibilidad, al 70,2% con la información verbal y escrita, al 72,3% con el confort y al 73,3% con las instrucciones recibidas. Pocos pacientes (11,9%) utilizan el espacio en blanco para escribir comentarios.

**Conclusiones:** El sistema de consulta y modelo de encuesta responden bien a las necesidades de información de la UCSI, aunque es laborioso y se prevé cambiar a un modelo de cuestionarios por correo prefranqueados respondidos tras el alta en el domicilio del paciente que, pensamos, será mejor contestado. La satisfacción general y por áreas es muy elevada. La información obtenida está siendo integrada por el equipo en la realización de actividades de mejora.

### INDICADORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN AL CLIENTE. COMPARACIÓN DE 6 HOSPITALES COMARCALES DE CATALUÑA

P-037

Tejero P, Ruesga O, Tella M, Carulla R, Sánchez M, Lechuga X

**Palabras clave:** Indicadores. Reclamaciones. Hospitales.

**Objetivos:** 1) Consensuar un método comparativo entre los diferentes centros para el análisis de reclamaciones. 2) Unificar criterios de definición de tipos de opinión. 3) Identificar y definir indicadores que nos permitan su análisis. 4) Crear un cuadro de indicadores en atención al cliente útil para la comparación entre hospitales y la tendencia entre años, intra y extrahospitalaria.

**Métodos:** Se constituye un grupo de discusión formado por 6 profesionales de la atención al usuario de los centros: Corporació Sanitària Parc Taulí, Hospital de l'Hospitalet del Consorci Sanitari Integral, Hospital Sant Bernabé de Berga, Consorci Sanitari de Terrassa, Hospital Municipal de Badalona, Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Se unifican criterios de definición de tipos de opinión, de bloques asistenciales, de motivos de reclamación y de tiempos de respuesta. Se utiliza como documento base las instrucciones 03/96 y la 1/2001 del Servei Català de la Salut. Se incorporan acciones de mejora vinculadas a los motivos de opinión. Los datos aportados son: la actividad asistencial de los centros y número de reclamaciones durante los años 2000, 2001 y 2002 y se utilizaron aquellos datos que se ajustaban a los criterios acordados. Para la comparación de la información se acordó la siguiente ratio: número de reclamaciones escritas multiplicado por 1000 y dividido por la actividad asistencial.

**Resultados:** Se evidencia que a pesar de basarnos en una misma instrucción los diferentes centros tenían distintos criterios a la hora de aplicarla. Observamos que la ratio de las reclamaciones por bloques asistenciales se concentra en el área de hospitalización. Los motivos de reclamación se distribuyen de manera diversa en los diferentes centros, constatándose que los relacionados con la organización y trámites se concentran en la mayoría de los casos sobre el 50%. La mayoría de las reclamaciones, el 80%, se resuelven antes de un mes.

**Conclusiones:** Intercambio muy positivo en el grupo de discusión. Se establece una continuidad de futuro para trabajar las tendencias. El presente trabajo ha permitido unificar los criterios de aplicación. Tiempo de respuesta y de motivos. La utilización de esta ratio nos permite comparar hospitales de diferentes niveles de complejidad y dimensión.

### LA TEMPERATURA DE LAS DIETAS: ¿UNA SENCILLA OPORTUNIDAD DE MEJORA?

P-039

Sirvent M, Mora MD, Casabona I, Caselles N, Leal R  
Clínica Villahermosa, Alicante.

**Objetivos:** Uno de los aspectos del servicio de dietética más valorados por los pacientes es recibir su dieta a una temperatura adecuada. Recientemente se detectó un aumento de quejas sobre este aspecto, lo que motivó la creación de un grupo de mejora con el objetivo de analizar y optimizar el proceso de preparación de bandejas y su circuito de distribución.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional concurrente para determinar el tiempo transcurrido desde el inicio del proceso de emplatado hasta que finaliza la distribución de las bandejas. Paralelamente se determinó el tiempo máximo durante el cual las bandejas térmicas mantenían los alimentos a temperatura adecuada. Se realizó un análisis causal empleando diagramas de flujo para identificar las etapas del proceso y el diagrama de Ishikawa para determinar los factores implicados en cada fase. Una vez detectadas las deficiencias del proceso se implantaron medidas correctoras y transcurrido un tiempo se evaluó la eficacia de las mismas.

**Resultados:** El tiempo medio empleado en todo el proceso ( $50' \pm 7'$ ; Rango: 35'-60') excedió la capacidad de las bandejas de transporte para mantener caliente el contenido (35'). El análisis causal realizado detectó las siguientes deficiencias: 1) Emplatado no secuencial por carro de transporte y unidad de hospitalización. 2) Distribución a las plantas una vez completados todos los carros. 3) Deficiente comunicación entre el personal de cocina y planta. 4) Colocación aleatoria de las bandejas en el carro de transporte, sin identificación externa de las mismas ni del tipo de dieta. Se aplicaron acciones de mejora tanto a nivel estructural (identificación adecuada de los carros de transporte y en el exterior de las bandejas) como a nivel organizativo (emplatado secuencial por unidad de hospitalización y distribución inmediata, reorganización de tareas y mejora de las comunicaciones). Transcurrido un periodo de la implantación de la mejora, el tiempo medio empleado en el circuito se redujo en 25' permitiendo, por tanto, que las dietas pudieran servirse a temperatura adecuada.

**Conclusiones:** Con la optimización del proceso de preparación y distribución de las bandejas se ha conseguido mejorar un aspecto de la calidad percibida por los pacientes del servicio de dietética hospitalaria.

## PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Berisa-Losantos F, Muñoz-León M, Camacho-Ballano MA, Gracia-Merle A

P-040

**Palabras clave:** Atención Sociosanitaria. Riesgo Social. Planificación del Alta.  
**Objetivos:** Desarrollar e implementar un programa para detectar y atender adecuadamente las necesidades sociosanitarias. Facilitar a los profesionales del hospital la detección de circunstancias sociales adversas. Potenciar la coordinación interdisciplinar planificando necesidades para evitar ingresos y estancias por causa no médica. Prevenir que los problemas sociales creen en los pacientes inseguridad, incapacidad, pérdida de autoestima y/o abandono del tratamiento. Mejorar la coordinación entre distintos niveles, tanto de atención sanitaria como social, para que siempre exista continuidad en la asistencia.

**Métodos:** Se diseñó un proyecto que, previa aprobación por la Dirección, se presentó a todos los servicios y estamentos. Fué considerado objetivo del Hospital. Se elaboró un listado de criterios para detectar riesgo social, este año dirigido en especial a pacientes ingresados. Al día siguiente del ingreso o en primer laborable, la colaboración a la Trabajadora Social debe estar cursada. En caso de que el problema sea posterior, en cuanto se detecte. Periódicamente se ha evaluado el funcionamiento y se han introducido cambios en los criterios. Se han estudiado los indicadores de actividad, utilización, cobertura y adecuación.

**Resultados:** La Unidad de Trabajo Social ha atendido al 7,1% de los ingresos hospitalarios. Un 70% a demanda de los profesionales del centro y un 30% de los usuarios. De los casos detectados por el programa, prácticamente todos precisaban atención. Los Servicios de Medicina, Cirugía General y Traumatología aportan casi el 80%. A partir de los 70 años, y más en hombres, aumentan las situaciones con problemática sociosanitaria. El estudio de los casos nos ha llevado a ajustar los criterios de derivación a trabajo social. La información de estos profesionales se ha incorporado a la Historia Clínica. Se han abierto circuitos de comunicación con otros servicios asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

**Conclusiones:** 1) Las necesidades de atención sociosanitaria son altas en nuestro hospital, como corresponde a una población atendida con más del 27% mayor de 65 años. 2) La detección del riesgo social ha aumentado el número de casos atendidos, ahorrando recursos. 3) Este programa nos ha permitido establecer criterios de Riesgo Social en nuestro medio. Aunque con la edad aumentan las necesidades, los años no son en sí mismo un indicador de riesgo. 4) Se ha mejorado la coordinación con otros niveles asistenciales. 5) La atención sociosanitaria debe ser sistemáticamente contemplada dentro de los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes.

## ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA BIBLIOTECA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Escudero C, Solís M, García F  
Hospital Universitario Puerta de Hierro.

P-041

**Palabras clave:** Bibliotecas. Satisfacción de usuarios. Hospitales.  
**Objetivos:** Conocer la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de la biblioteca del hospital Puerta de Hierro en relación con la prestación de servicios.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional, transversal que se realizó en el año 2002 en el Hospital universitario Puerta de Hierro. Para recoger la información elaboramos un cuestionario de 28 preguntas: 5 preguntas cerradas, 3 preguntas abiertas y 20 preguntas, según una escala Likert, con puntuaciones que van del 1 (muy deficiente) al 6 (muy satisfactorio), que permitían identificar al usuario y conocer su grado de satisfacción con relación a los servicios de la biblioteca, infraestructura, instalaciones, etc.

**Resultados:** Se recogieron 106 cuestionarios. El 86% de los profesionales que acudieron a la biblioteca lo hacían de forma regular. El 51% de los encuestados acudieron a la biblioteca por la mañana. Los motivos de frecuentación de la biblioteca eran diversos: el 67% para realizar búsquedas bibliográficas, el 63% para fotocopiar artículos de los fondos y el 59% para consultar las últimas revistas. De los 20 ítems evaluados las mejores puntuaciones fueron para la profesionalidad del personal y la localización de la biblioteca y las peores para la dotación de libros, infraestructura de la sala, tamaño y mobiliario. En relación con las preguntas abiertas, lo que más valoran los usuarios es la profesionalidad y el buen trato del personal (60%). Lo peor valorado es el tamaño e infraestructura de la sala (37%), la escasa dotación de revistas y libros de especialidades (30%), y el mobiliario (27%).

**Conclusiones:** Los usuarios de la biblioteca han manifestado un grado de satisfacción medio-alto en relación con los servicios que ofrece la biblioteca, en contra de la opinión recogida en relación con la infraestructura, mobiliario y tamaño de la sala, que ha generado en la mayoría un grado de satisfacción muy bajo.

## TEMA 2

# Desarrollo e implicación de las personas

## CLIMA ORGANIZACIONAL Y SALUD PERCIBIDA EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

Jover JM, González P, Fajardo MC, Navarro JL  
Complejo Hospitalario de Jaén.

P-042

**Palabras clave:** Clima Laboral. Salud. Hospital.

**Objetivos:** Determinar el clima organizacional en un hospital de tercer nivel, los factores que lo condicionan y su repercusión sobre la satisfacción laboral, la calidad de vida, la salud y el nivel de absentismo.

**Métodos:** *Diseño del estudio:* Estudio de cohortes prospectivo. *Ámbito del estudio:* Geográfico: Complejo Hospitalario de Jaén. Temporal: enero de 2003 a enero de 2005. *Población de estudio:* Población de referencia: trabajadores del Complejo Hospitalario de Jaén con contrato en activo al iniciarse el estudio. Población elegible: sujetos de la población de referencia incorporados efectivamente y en situación de alta laboral al iniciarse el estudio. *Muestra:* Sujetos de la población elegible elegidos mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional que cumplan criterios de inclusión y exclusión. *Variables de estudio:* Edad, género, estado civil, nivel de estudios, categoría profesional, tipo de trabajo, tipo de contrato, antigüedad en la empresa, clima organizacional, satisfacción laboral, problemas de salud, calidad de vida relacionada con la salud, tasa media de absentismo, índice de absentismo por accidentes, índice de absentismo por enfermedad, índice de frecuencia por accidentes, índice de gravedad por accidentes, índice de gravedad por enfermedad.

**Resultados:** Los cuestionarios utilizados en la investigación fueron respondidos por 179 (63,13%) trabajadores de los distintos servicios hospitalarios estudiados. La edad media fue 41,06 años (DE: 6,60 años). El 59,2% de los participantes fueron hombres y el 40,8% mujeres. La medida de clima organizacional obtenida fue de 53,92 puntos en una escala de 1-90 (DE: 12,44 puntos). Globalmente, la percepción de la salud de los trabajadores en el ámbito estudiado fue muy positiva: 86,03% de ellos consideraron que su salud, como mínimo, era buena. Concretamente, el 48,6% consideró que su salud era buena, el 24,6% que era muy buena y el 12,8% consideró que era excelente. Por otro lado, el 13,97% estimó su salud como mala o aceptable. Se produjo una asociación estadísticamente significativa entre el clima organizacional y la salud percibida ( $p = 0,008$ ).

**Conclusiones:** De acuerdo con los resultados de otros autores, el clima organizacional en una organización está relacionado con la salud percibida por sus trabajadores. En consecuencia los esfuerzos preventivos deberían estar dirigidos hacia la promoción de una política basada en la mejora del clima organizacional en el lugar de trabajo.



## PROCESO DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

Tomás A, Jiménez JL, Miranda C, Albarracín M

P-043

**Palabras clave:** Selección Evaluación y Calidad.

**Objetivos:** De los tres apartados básicos de la calidad: conocimiento, tecnología y trato, en la FHC se ha establecido un procedimiento de selección de personal y evaluación del desempeño que mide los relacionados con las personas, es decir, los conocimientos y el trato. Mediante el proceso de selección previa de los trabajadores se evalúan la formación y los conocimientos requeridos por el trabajador para las tareas desarrolladas. Surge un sistema de valoración del rendimiento, con el fin de: 1) Ayudar al trabajador evaluado a conocer sus limitaciones. 2) Establecer compromisos de mejora respecto a la calidad de su trabajo. 3) Identificar y potenciar sus cualidades, conocimientos, destrezas y capacidades. 4) Evaluar el trato humano dispensado a los pacientes. Esta herramienta permite establecer comunicación conocimiento mutuo trabajador-responsable directo, detectar puntos fuertes y débiles en su desempeño, acordar compromisos de mejora, adecuarlo al servicio, mejorar el funcionamiento del equipo y por lo tanto la calidad asistencial. El objetivo de la Dirección es llevar a cabo una selección de personal y evaluación de desempeño que contribuya a una mejora continua de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes.

**Métodos:** 1) Proceso de selección. Dos etapas: Recepción de solicitudes. Currículum autobareado. Entrevista personal. Finalidad de obtener más datos sobre el perfil profesional del trabajador y comprobar los requisitos solicitados. 2) Evaluación del desempeño: Cuestionario informatizado en el que se valoran y se da puntuación a 15 ítems: Detecta áreas de mejora y unidades a las que se puede asignar al trabajador.

**Resultados:** En el proceso de selección externa se valora el currículum y mediante la entrevista se obtienen otros datos como: perfil profesional, motivación, capacidad de comunicación, predisposición al aprendizaje, etc. La evaluación del desempeño que se realiza al personal eventual permite que todas las personas que demuestran una evolución satisfactoria se contraten de forma indefinida. (85% del personal es indefinido). Los trabajadores cuya evaluación no alcanza unos resultados mínimos requeridos, son informados acordándose pautas y compromisos de mejora en las áreas con mayores dificultades.

**Conclusiones:** La evaluación del rendimiento es muy útil para potenciar las habilidades del trabajador, detectar capacidades y necesidades de formación. Todo ello repercute en un compromiso de mejora respecto a trato y atención prestada a nuestros pacientes.

## ¿QUÉ OPINAN LOS RESIDENTES, TUTORES Y JEFES DEL HOSPITAL LA PAZ SOBRE LA DOCENCIA MIR?

Pérez V, Navarro C, Monteagudo O, Repeto C, Royo C, García J  
Hospital Universitario La Paz.

P-045

**Palabras clave:** Satisfacción. Profesional.

**Objetivos:** La Comisión de docencia del Hospital Universitario La Paz realizó una encuesta para conocer la satisfacción de los médicos residentes, tutores de residentes y jefes de servicio respecto a la docencia impartida en el hospital a los MIR (médicos internos residentes).

**Métodos:** Estudio transversal utilizando un cuestionario elaborado por la Comisión de Docencia para cumplir este objetivo. El cuestionario se dividía en 6 partes: programa de la especialidad, unidad docente, tutor, comisión de docencia, formación complementaria y evaluación (20 ítems y 5 apartados para sugerencias). Análisis estadístico con el SPSS.10 y estratificación por estamento y dentro de los MIR, por año de residencia.

**Resultados:** Cobertura: residentes (50%), tutores (52%) y 60% en jefes de servicio. Los tres grupos afirman conocer el programa de su especialidad (100% de los tutores, 94,2% de los residentes y 81,8% de los jefes). En el apartado destinado a evaluar la unidad docente, la mayoría en los tres grupos afirma que ésta facilita el cumplimiento del programa. Destaca también que sólo el 50,7% de los residentes cree que; toda; la plantilla o; la mayoría; se implica en el cumplimiento del programa. Al evaluar la actividad investigadora con la unidad docente, los residentes opinan que esta existe en un 57,7%, mientras que tutores y jefes opinan esto en un 80 y 88,5% respectivamente. El 86,9% de los residentes encuestados afirma que el tutor cumple con sus funciones; bastante; o en grado; medio. Respecto a la adecuación de la evaluación, los residentes opinan que es adecuada en un 60%, jefes y tutores 44,8 y 39,6% respectivamente. Como alternativas al libro del residente, el 88,1% de éstos creen que su adaptación a cada especialidad sería la mejor alternativa, algo que afirman también los jefes (71,4%). La alternativa de la memoria es considerada por los tutores en su mayoría (64%). Están de acuerdo con el examen al final un 53,6% de jefes, un 35,7% de tutores y un 12,6% de residentes.

**Conclusiones:** 1) La satisfacción con la unidad docente, la actividad investigadora y con el cumplimiento de funciones por parte del tutor es media-alta por parte de los MIR. 2) Los jefes de servicio y tutores se encuentran mayoritariamente insatisfechos con la adecuación de la evaluación. 3) La mayoría de los MIR y jefes opina que la adaptación a cada especialidad del libro del residente es la mejor alternativa al actual libro. Sin embargo, realizar una memoria es considerada por los tutores como la mejor alternativa.

## DIFERENCIAS ENTRE CLÍNICOS Y GESTORES EUROPEOS RESPECTO AL FUTURO DE LA CALIDAD EN LA UNIÓN EUROPEA

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

P-044

**Palabras clave:** Opinión-Profesionales-Europa.

**Objetivos:** Comparar la opinión de clínicos y gestores respecto a los objetivos de la calidad en el futuro sistema sanitario de la Unión Europea (UE).

**Métodos:** *Diseño:* Encuesta electrónica anónima.

*Instrumentos:* Cuestionario de 12 ítems relativos a las cuatro dimensiones del futuro de la calidad en Europa propuestos por el European Healthcare Forum Gastein. Escala de Likert de 0 (total desacuerdo) a 10 (muy de acuerdo).

*Muestra:* Veinticinco profesionales con actividad clínica y veinticinco gestores seleccionados aleatoriamente de una lista de correo internacional.

*Intervenciones:* Ninguna. Variable principal de valoración (End point primario) = puntuaciones medias según adscripción profesional sobre las claves del futuro de la calidad en la UE.

*Estadística:* Se calculó el índice ponderado kappa (&#1050;p) para establecer la concordancia entre los encuestados.

**Resultados:** Los clínicos valoraron más la necesidad de armonizar las competencias profesionales para ejercer las especialidades ( $7,3 \pm 3,2$  puntos; IC95% =  $6,1-9,2$  puntos) que los gestores ( $4,2 \pm 3,1$ ; IC95% =  $3,1-7,2$  puntos;  $p = 0,01$ ). Contrariamente los gestores priorizaron el desarrollo de estándares europeos para la convergencia de la calidad de los países miembros ( $8,3 \pm 2,1$  puntos; IC95% =  $7,1-9,2$  puntos) que los clínicos ( $3,3 \pm 1,9$ ; IC95% =  $2,7-4,2$  puntos;  $p = 0,01$ ). La importancia de la calidad para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios fue sorprendentemente baja para los clínicos ( $3,3 \pm 1,2$  puntos; IC95% =  $2,1-4,7$  puntos) y alta para los gestores ( $6,2 \pm 2,3$ ; IC95% =  $5,8-7,5$  puntos;  $p = 0,01$ ). No existió correlación significativa entre clínicos y gestores en ningún ítem.

**Conclusiones:** La divergencia entre los gestores y clínicos encuestados refleja la necesidad de difundir más la cultura de la mejora continua en los países de la Unión Europea.

## DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) DE LOS FACULTATIVOS DE UN HOSPITAL UN AÑO DESPUÉS DE SU TRANSFORMACIÓN EN HOSPITAL GENERAL

Díez J  
Hospital Royo Villanova.

P-046

**Palabras clave:** Burnout.

**Objetivos:** Conocer el grado de desgaste profesional de los facultativos de un hospital, un año después de su transformación en hospital general, y el peso de cada una de sus dimensiones: agotamiento, realización y despersonalización.

**Métodos:** En una reunión se comunicó a los facultativos la remisión por correo interno de un cuestionario anónimo auto-administrado sobre desgaste emocional. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory (versión de Moreno y col). Cada ítem se valora según la frecuencia con que el encuestado se identifica con el enunciado según una escala tipo Likert con 5 grados desde "nunca" (0) a "diariamente" (5). Se recogieron datos de edad, sexo, relación laboral contractual, antigüedad en el hospital y área de trabajo (médica, quirúrgica y servicios centrales).

**Resultados:** SE enviaron 92 cuestionarios y se recibieron 45 respuestas (48,9%). 5 facultativos (11%) tienen desgaste profesional y 6 (13%) tienen riesgo moderado de presentarlo. En conjunto los niveles de agotamiento (2,64 puntos), realización (3,85 puntos) y despersonalización (1,95 puntos) son medios. No hay diferencias por edad, sexo, antigüedad, relación contractual ni área de trabajo.

**Conclusiones:** La transformación en hospital general no provoca una mayor prevalencia de desgaste profesional entre los facultativos un año después de la misma.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN LABORAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

García-Guerrero J, Alonso-Romero T, Company-Beltrán V, González-Mota MA, Raduán-Ripoll J, Mestre-Ricote JL  
Hospital de Villajoyosa.

P-047

**Palabras clave:** Encuesta. Satisfacción. Personal.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción en el trabajo entre el personal de un Hospital Comarcal.

**Métodos:** Se utilizó un cuestionario que está dividido en dos apartados de preguntas. El primer apartado con datos de clasificación y el 2º formado por 63 ítems que se valoran en una escala de 0 a 5, donde 0 significa totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Las preguntas de clima interno se han dividido en 5 factores: trabajo desarrollado, realización personal, condiciones de trabajo, relaciones personales y estructura operativa.

**Resultados:** La media de los cinco factores considerados fue: trabajo desarrollado 2,9, realización profesional 2,5, condiciones de trabajo 1,9, relaciones personales 3,5 y estructura organizativa 2,6.

La media del total de los factores es de 2,8 con una desviación típica de 0,9.

**Conclusiones:** El aspecto mejor valorado entre los trabajadores de nuestro Hospital son las relaciones personales. El aspecto que obtiene una peor puntuación, y por tanto que debería ser mejorado es el de las condiciones de trabajo.

## APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA REDER EN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE FORMACIÓN

Arbonies-Ortiz JE, Rodríguez Ramírez C, Núñez-Hernández A, González-Lombide E

P-049

**Palabras clave:** REDER. EFQM. Procesos.

**Objetivos:** 1) Implantación y desarrollo de la gestión del proceso de formación continuada, dentro del marco de la EFQM. 2) Mejora de la satisfacción de los profesionales con respecto a la formación continuada. 3) Valoración de la aplicabilidad de la formación y su repercusión en el desempeño profesional.

**Métodos:** Se utilizó la metodología REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión).

**Resultados:** *Resultado:* a) Implantación y desarrollo de la gestión del proceso de formación continuada, dentro del marco de la EFQM. b) Mejora de la satisfacción de los profesionales con respecto a la formación continuada. c) Valoración de la aplicabilidad de la formación y su repercusión en el desempeño profesional. *Enfoque:* a) Conocer las opiniones y necesidades de formación de los profesionales. b) Potenciar la formación en los centros de salud. c) Impulsar la comisión de formación. d) Valorar las necesidades de la empresa. e) Revisar la formación realizada en los últimos cinco años. f) Revisar bibliográfica. a) Garantizar la financiación. *Despliegue:* a) Creación y desarrollo del proceso de formación. b) Realización de grupos focales. c) Encuesta de satisfacción a los profesionales. d) Nombramiento de responsables de formación en todas las unidades de atención primaria. e) Plan de gestión anual. f) Plan de formación para el año 2003, con cursos centralizados y sesiones en los centros de salud. g) Creación de la I Semana de Formación de la Comarca. h) Designación de presupuesto específico. *Evaluación:* a) Encuesta de satisfacción del personal. b) Encuesta a los líderes sobre la aplicabilidad de los cursos impartidos y la influencia en el desempeño de los profesionales. c) Encuestas de los cursos realizados. d) Encuesta de la Semana de Formación. e) Reuniones con los responsables de formación para evaluar las sesiones realizadas en los centros de salud. *Revisión:* a) Afianzar acciones nuevas realizadas como la figura del responsable de formación o la Semana de Formación de la Comarca. b) Cambio de ponentes, cursos, duración de los mismos, horarios, etc. c) Realización del plan de formación para el 2004.

**Conclusiones:** 1) La gestión por procesos es una herramienta útil para mejorar la formación continuada. 2) La metodología REDER nos ha servido de gran utilidad a la hora de poner en marcha este proceso. 3) La participación de los profesionales, así como la implicación de la dirección ha sido fundamental para conseguir los objetivos propuestos. 4) Como consecuencia, la satisfacción de los profesionales ha aumentado.

## SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO: FORMACIÓN EN CALIDAD

Pérez y Pérez-Medrano MT, Martín-Hernández T, Martín-Martín P, Blanco MA

P-048

**Palabras clave:** Formación. Satisfacción. Calidad.

**Objetivos:** 1) Formar en conceptos de calidad. 2) Formar en herramientas para detectar problemas y gestionar la calidad en cada puesto de trabajo. 3) Conocer el grado de satisfacción del alumno con este curso.

**Métodos:** *Estudio retrospectivo, descriptivo:* año 2000-2001. *Unidad de análisis:* 117 discentes representa el 37,74% de la población. Dirigido a: Supervisoras enfermería, enfermeras, auxiliares, técnicos de radiología y laboratorio y personal de la División de gestión. *Ámbito del estudio:* Hospital Universitario Santa Cristina, de Madrid. *Metodología didáctica:* Acción learning, clases expositivas, trabajos de grupos, representación práctica, información de retorno sobre conductas eficaces y puntos de mejora, valoración de avances. *Metodología evaluación:* Mejora de conocimientos con un Pre y post-test. Registro control asistencia, Encuesta de satisfacción del alumno en este curso.

**Resultados:** 1) Horas totales impartidas: 120h. (6 cursos). 2) Horas totales a cargo de la empresa: 2.394h. (21h por alumno). 3) Horas totales asistencia: 1.900h. 4) La formación en calidad evaluada entre el pre y post-test supone un aumento de conocimientos del 14%. 5) Los resultados globales en la encuesta de opinión del alumno para medir su satisfacción con el curso es del 84,66%, Los aspectos más importantes evaluados son: 5.1) Alcanzar objetivos, formar en conceptos y herramientas para gestionar la calidad en su puesto de trabajo: 86,66%. 5.2) Método de enseñanza utilizado en el curso: 86,5%. 5.3) Nivel teórico de las materias impartidas: 83,66%. 5.4) El curso mejora la actividad profesional: 81%. 5.5) Participación asistente: 89,16%.

**Conclusiones:** 1) EL aumento de conocimientos del alumno referido a la formación del curso en conceptos de calidad, es satisfactorio, (según la bibliografía consultada debe ser superior a un 10%). 2) Los alumnos manifiestan que la formación adquirida en el curso, mejora su actividad profesional, se elaboran objetivos sobre las áreas de mejora identificadas en cada unidad, esta participación denota mayor motivación e implicación. 3) La satisfacción del alumno en este curso, según encuesta de opinión, es muy buena.

## LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS NECESIDADES FORMATIVAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD EN FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

Martín-Martín P, Pérez y Pérez-Medrano MT, Blanco-Galán A

P-050

**Objetivos:** 1) Adaptarnos a las demandas formativas del personal. 2) Aumentar el grado de conocimiento del personal. 3) Mejorar la satisfacción con la formación. Todo ello para el diseño de los programas de Formación Continuada en los siguientes Cursos académicos.

**Métodos:** Estudio prospectivo, la herramienta utilizada es una encuesta anónima y con escala Likert (del 1 al 6) 1 = nada satisfactorio y el 6 = muy satisfactorio; para evaluar las necesidades formativas relacionadas con su puesto de trabajo, para ello uno de los criterios ha sido la evaluación de los programas formativos durante los últimos 5 años. La encuesta consta también de un apartado para sugerencias. Los ítems que se formulan: 1) Años de ejercicio profesional. 2) Horario más adecuado. 3) Opinión de la formación en los últimos 5 años. 4) Interés docente. 5) Necesidades formativas personales. 6) Cursos para el desarrollo profesional. 7) Necesidades formativas personalizadas. 8) Sugerencias.

**Resultados:** Nº de encuestas recibidas 115. Nº de personas encuestadas 341. El porcentaje de encuestas recibidas ha sido de un 34%. Personas que responden por Unidad: -M. Interna 48%, -Neonatología 45%, -B. Quirúrgico 38%, -Obstetricia 36%, -Cirugía 28%, -Ginecología 20%, -Partos 10%. Los ítems que se formulan una vez evaluados alcanzan los siguientes resultados: 1) 55%, 2) 60%, 3) 49% media, 4) 89%, 5) 67% media, 6) 84% media, 7) 50% sugiere más formación referida a su puesto de trabajo, 8) 19% hacen sugerencias para nuevos cursos.

**Conclusiones:** El resultado de la encuesta nos ha servido para aplicar áreas de mejora y diseñar los futuros programas formativos: 1) La tasa de respuesta indica un moderado interés por la formación continuada en enfermería. 2) La formación más demandada la relacionada con el puesto de trabajo y dentro de su jornada laboral. 3) Los temas de formación demandados son: a) Comunicación y calidad de trato al paciente. b) Técnicas y procedimientos de enfermería. c) Calidad asistencial. d) Formación relacionada con el puesto de trabajo. e) Cursos teórico-prácticos. En el apartado de sugerencias las demandas han sido: a) Cursos de informática. b) Cursos de inglés. c) Cursos de investigación.

## LA FORMACIÓN COMO MEDIO PARA LA INICIAR A LOS TRABAJADORES EN LA CULTURA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN

Gutiérrez Y, Blasco J, Castellanos M, Patrón T, Sanz J, Ávila I  
Hospital Universitario Puerta de Hierro.

P-051

**Palabras clave:** Gestión de la Calidad. Formación Continuada. Procesos.

**Objetivos:** Un objetivo del Plan de Calidad es formar e iniciar a los trabajadores en la cultura y herramientas para la calidad. La gestión de procesos es una de las herramientas que mejores resultados proporcionan en la organización del trabajo y nuestro objetivo fue identificar y definir procesos en seis servicios del área de gestión.

**Métodos:** Formación de grupos de trabajo multidisciplinarios en el área de gestión. Inicialmente se imparte un curso teórico corto (3 o 4 horas) conjunto y posteriormente reuniones de trabajo de cada uno de los grupos. Los participantes seleccionan el proceso dentro de su área de trabajo, desarrollan el procedimiento (documento escrito).

**Resultados:** Todos los grupos identificaron los procesos de su área y priorizaron uno para su desarrollo: a) Gestión Económica. 3 reuniones. Procedimiento para la tramitación y abono de facturas. b) Recursos Humanos. 4 Reuniones. Procedimiento general de tramitación de un permiso sin sueldo. c) Mantenimiento. 4 reuniones. Proceso de mantenimiento correctivo. d) Admisión. 5 reuniones. Guía de actuación en la gestión de citas. e) Suministros. 3 reuniones. Procedimiento general de distribución de la mercancía. f) Hostelería y cocina. 5 reuniones. Desarrollo del manual de manipulación de alimentos, higiene de los manipuladores e higiene de los utensilios de cocina. Participaron en los grupos 20 personas. Se realizó una encuesta de satisfacción con la formación y el trabajo de desarrollado, con un 55% de respuesta. La valoración global fue de un 3,5 (valoración de 0-5). Respecto al interés para su actividad profesional fue de un 4,6 e indicando que el mayor interés del curso fueron las reuniones de trabajo posteriores a la parte teórica y desarrollar por escrito la guía de actuaciones del trabajo diario.

**Conclusiones:** La formación ha ofrecido un apoyo importante para la participación en la mejora de la calidad. Se busca que los profesionales, en un tiempo muy breve, se sientan motivados por la posibilidad de influencia y modificación que pueden ejercer dentro de su actividad profesional.

## EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES DE DESARROLLO PROFESIONAL DEL GRUPO SAGESA

Surroca-Macià RM, Casas-Agut R, Roig-Álvarez E, Costa-Domènech J

P-053

**Palabras clave:** Evaluación. Comunicación. Compromiso.

**Objetivos:** Conocer las áreas de mejora de los profesionales de la organización en sus aptitudes, habilidades, actitudes y valores, todas ellas necesarias para favorecer el éxito profesional y conseguir la excelencia.

**Métodos:** Se definieron funciones y competencias de los perfiles de jefe de servicio, supervisor, médico adjunto, enfermería y administrativos en relación directa con los clientes basándose en el modelo McBer. Cada perfil competencial dispone de un cuestionario validado con 10-12 ítems y una escala de valores que define el nivel de entrada, nivel adecuado y nivel de excelencia, definidos por un grupo de expertos y plasmado en un diccionario. Estos documentos son la base de referencia y diálogo entre subordinados y sus superiores jerárquicos, con la finalidad de mejorar el desempeño. La evaluación se realiza mediante un estudio transversal descriptivo, con métodos de descomposición analítica, valorando competencia por competencia, iniciándose con una autoevaluación basada en hechos y en fenómenos medibles.

**Resultados:** Agrupamos los resultados competenciales en los siguientes niveles: 1) Nivel Inadmisible. 2) Nivel de entrada y desempeño adecuado. 3) Nivel de excelencia en el desempeño. De los 579 profesionales evaluados, destacamos los porcentajes de aquellas competencias con las necesidades de mejora más relevantes: *Jefe de servicio:* Un nivel 1 en 47% en Impacto e influencia, 27% en liderazgo y 67% en Identificación con la compañía. *Supervisor:* Un nivel 1 el 7% en Dirección de personas, un nivel 2 con 100% en Impacto e influencia y Orientación de resultados. *Médico adjunto:* 7% no trabajan en equipo, un 2% no les preocupa el orden y la calidad y no tienen una orientación al cliente. D.U.E.: 60% al nivel 1 en Dirección de personas, 17% en Comprensión interpersonal y 12% en flexibilidad. *Del Administrativo:* Se observa que un 8% no se sienten identificados con la compañía. Las carencias detectadas se analizan con la finalidad de desarrollar sus capacidades. Se establece un plan de formación para los diferentes perfiles planificando su evaluación a los 4 niveles de Kirkpatrick.

**Conclusiones:** La gestión por competencias nos permite: Adecuar el plan de formación a las necesidades detectadas y priorizarlas, valorar el impacto de la formación con las reevaluaciones de cada dos años, favorecer el diálogo con el superior jerárquico potenciando la comunicación, la eficiencia y el compromiso de toda la organización con la finalidad de conseguir la excelencia de nuestros profesionales.

## PROGRAMAS DE CALIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO. PROBLEMAS Y CUESTIONES PENDIENTES.

Ara JR, Marta J, Chopo MJ, Martín J, Marta E  
y Grupo de Calidad de Neurología  
Hospital Universitario Miguel Servet.

P-052

**Palabras clave:** Gestión de calidad. Evaluación de procesos.

**Objetivos:** Determinar las principales necesidades y problemas en la implantación de un programa de gestión de la calidad en un servicio médico hospitalario.

**Métodos:** Detección y análisis por el Grupo de Calidad del Servicio de Neurología del H.U. Miguel Servet de las incidencias surgidas durante el diseño e implantación del programa de calidad a lo largo de 2 años.

**Resultados:** Han resultado relevantes las siguientes cuestiones: 1) Necesidad de una justificación explícita para integrarse en el programa: orientación al paciente y usuario, corresponsabilización en el funcionamiento del servicio, incentivación por objetivos. 2) Importancia del liderazgo compartido y repartido. Implicar a los líderes formales e informales y respetar sus áreas de influencia en el marco del programa establecido. 3) Necesidad de factores de motivación externos (participación en proyectos con evaluación externa, en reuniones científicas, incentivación económica, apoyo explícito de la Dirección.) e internos (reparto de responsabilidades, mejora en los indicadores.). 4) Dificultad en disponer de tiempos adecuados para las actividades de calidad (asistencial, docente e investigadora). 5) Relevancia de la comunicación, tanto entre los componentes del propio servicio como con servicios ajenos con los que hay que establecer alianzas, con los pacientes y sus organizaciones y con la estructura jerárquica del hospital. 6) Requerimiento de formación metodológica en calidad y formación continuada en la propia especialidad. Soporte por la Unidad de Calidad Asistencial.

**Conclusiones:** A la hora de desarrollar un programa de calidad en un servicio médico asistencial es preciso conocer que existen diversas necesidades y problemas de cuyo adecuado manejo dependerá la mayor o menor dificultad de su implantación.

## PROPUESTA DE MEJORAS EN LA UNIFORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Rodríguez-Martínez MP, Cánovas-Inglés A, Ruiz-Ortega JM, Miñano-Sarabia D

P-054

**Palabras clave:** Ámbito Sanitario. Identificación. Confort.

**Objetivos:** Evaluar el uniforme usado por los profesionales de la Sanidad Pública de la Región de Murcia, como señal de identidad corporativa, profesional y como herramienta de mercado.

**Métodos:** *Ámbito:* Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia. *Población a estudio:* profesionales de las Áreas Médica, Quirúrgica, Administrativa y de Cuidados Intensivos que realizaban su jornada laboral. *Periodo de estudio:* enero del 2003.

**Muestreo:** Aleatorio de los diez primeros profesionales encontrados en las distintas áreas observadas. Tamaño muestral de 50. *Método:* Encuesta personal de preferencias respecto a: prendas de elección, comodidad, tejidos y colores de las mismas y su nivel (facilidad) de identificación. Una pregunta abierta sobre sugerencias. *Evaluadores:* Dos investigadores (médico y enfermera) asesorados por una diseñadora contratada al respecto

**Resultados:** El índice de respuesta global fue del 96%. La edad media fue de 45 años (rango 22 a 59), con un 69% de mujeres. En las Áreas Médica, Quirúrgica, Administrativa y de Cuidados Intensivos las prendas de elección: fueron los pijamas y batas de trabajo: 90%, 93%, 89% y 95%, respectivamente. No importándoles los colores: 93%, 90%, 94% y 99%. Marcar diferencias con las Áreas de Administración y Mantenimiento del hospital: 100%. La identificación de tarjetas envueltas en plástico, les resulta incómoda al 91%, 90%, 93% y 89%. Los nombres grabados en batas y pijamas, resultaron prácticamente ilegibles.

**Conclusiones:** En los profesionales entrevistados destaca la elección de las prendas de pijama y la bata, además de una propuesta de conservar el blanco. La identificación de una placa de metacrilato pequeña, con el nombre del profesional y la categoría profesional del mismo. Como mejora, se expone un diseño con camisa del pijama en forma de pico, pero que no se abre, ni en mujeres ni en hombres, en tejidos de tramados distintos que los hacen extensibles. Desaparecen los botones, y se cambian por automáticos. Las batas, se han acortado y se han abierto ligeramente en los lados.



## EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE ATENCIÓN URGENTE PARA ACCIDENTES LABORALES CON RIESGO BIOLÓGICO

Ballesteros-García L, Recuerda-Casado C, Sánchez-Criado V, Ramírez LM

P-055

**Palabras clave:** Evaluación circuito. Exposición accidental. Riesgo biológico. **Objetivos:** Las infecciones de transmisión sérica son el riesgo laboral más importante y peligroso para los trabajadores de la salud. El circuito de actuación en el área de Urgencias se establece con dos actores, enfermería como coordinador y médico de urgencias como ejecutor bajo un protocolo que está en la red informática interna del hospital, elaborado por M. Preventiva y aprobado por la Comisión de Infecciones y Dirección Asistencial del hospital.

**Métodos:** Evaluación del funcionamiento del circuito a través de los siguientes indicadores: Nº total de accidentes desde junio de 2002 hasta mayo de 2003. Porcentaje con inoculación y con exposición a piel y mucosas. Nº de documentos aportados / nº de documentos teóricos del protocolo. Nº de codificaciones correctas / nº total de accidentes. Nº de profilaxis indicadas / nº profilaxis adecuadas según protocolo. Media de días para la confirmación serológica de la fuente. Comparación de la actuación del circuito con la de M. Preventiva

**Resultados:** El nº total de accidente fue de 50. El 92% fueron inoculaciones y el 8% fueron por contaminación cutáneo-mucosa. Se coordinaron en urgencias 24 (48%) y en Medicina Preventiva 20 (40%). No se declararon 6 (12%). El 100% de los accidentes coordinados llevaban la documentación adecuada (hoja de declaración del accidente, hoja de valoración del accidente y hoja de consentimiento informado). Enfermería actuó de forma correcta (asistencia y codificación de peticiones salvando la confidencialidad de la fuente y la persona expuesta) en el 45,8% de los coordinados en Urgencias y en el 80% de los coordinados en la Unidad de Medicina Preventiva, con una O.R. = 4,73, I.C. 95% (1,04-24,35)  $p = 0,02$ . Se ha indicado profilaxis antirretroviral a 23 accidentes (95,8%), siendo adecuada la indicación según el protocolo en el 13% de los casos. La serología practicada a la Fuente se informa con una media de 5,7 días desde la ocurrencia del accidente.

**Conclusiones:** Un nº elevado de accidentes con exposición ocurre en horario no cubierto por M. Preventiva (tarde, noche o fin de semana). Es importante establecer un protocolo que esté elaborado y evaluado por esta Unidad. El conocimiento de la serología de la fuente con más de 48 horas desde el accidente puede alargar quimioprofilaxis indicadas susceptibles de ser retiradas con el consiguiente riesgo para el trabajador. La eficacia y la efectividad de los protocolos que se impulsan deben responder a los objetivos planteados.

## DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA DE UN HOSPITAL: UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN, LA PARTICIPACIÓN Y LA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

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

P-056

**Palabras clave:** Comunicación. Hospital. Gestión.

**Objetivos:** Describir el Plan de Comunicación Interna (PCI) elaborado en un Hospital General

**Métodos:** 1) Análisis sistemático del funcionamiento de la Institución, satisfacción y motivación laboral de los profesionales; su opinión sobre el funcionamiento de los canales de comunicación interna existente y descripción de la información más relevante para ellos.

2) Diseño de un Plan de Comunicación Interna con los siguientes objetivos: a) Conseguir que los flujos de información circulen en el Hospital de manera ágil, dinámica y puntual. b) Lograr que los objetivos del Hospital estén en armonía con los objetivos de los profesionales. c) Organizar ámbitos de participación. d) Establecer condiciones para el cambio. e) Permitir la integración y coordinación de los distintos procesos asistenciales. f) Gestionar el Conocimiento de la Institución. g) Garantizar la innovación sostenible.

**Resultados:** El desarrollo del PCI ha consistido en: 1) Creación de un Gabinete de Comunicación Interna y un Coordinador de Comunicación. 2) Elaboración de un Catálogo de Comisiones, Procedimientos y Circuitos de Información del Hospital. 3) Elaboración de un Reglamento Estandarizado de Funcionamiento y Composición de las Comisiones Clínicas del Centro. 4) Establecimiento de Indicadores. 5) Difusión y Puesta en Marcha según cronograma

**Conclusiones:** La elaboración de un PCI es una oportunidad para mejorar la estructura comunicacional del Hospital. Es necesario evaluar su impacto en la satisfacción laboral, grado de participación y motivación de los profesionales.

## HOSPITAL LIBRE DE HUMO: OBJETIVO DE CALIDAD

Castella M, Rebull J, Cuevas B, Catalan T, Grau A, Miret P

P-057

**Palabras clave:** Tabaco. Metodología calidad.

**Objetivos:** Describir el método propuesto para conseguir un hospital libre de consumo de tabaco.

**Métodos:** Detección de posibilidad de mejora: Desde la comisión de calidad se seleccionó como objetivo para este año el abordar la problemática del consumo de tabaco en nuestro centro y realizar las acciones oportunas para que el centro fuese acreditado como un hospital libre de humo. Priorización de posibilidades de mejora: a partir del método de brainstorming se describieron 32 acciones posibles a emprender. Detección de los criterios de evaluación: Los miembros de la comisión las evaluaron atendiendo a criterios de efectividad, aceptabilidad, coste e influencia externa. Análisis causal y planificación de acciones de mejora: sobre las 32 acciones se utilizó el Diagrama de Pareto para ordenar las causas y seleccionar según la frecuencia observada. Análisis de la situación actual: encuesta telefónica individual a 68 trabajadores sobre el hábito de fumar sobre una población de 643.

**Resultados:** Se priorizaron 8 acciones que suponían el 26,6% de la frecuencia acumulada: 1) Prohibición de fumar en reuniones, comisiones, seminarios 10,5 sobre 12. 2) Divulgación del programa de deshabituación tabáquica 9,72. 3) Anagrama e información en el libro de ingreso dirigido a los pacientes 9,72. 4) Creación de un grupo de trabajo que realice seguimiento de objetivos 9,63. 5) Implicación de todos los cargos para cumplir el objetivo 9,5. 6) Repetir la encuesta a los seis meses al personal para conocer el alcance del programa 9,10. 7) Revisión y puesta a punto de las alarmas sonoras de detección de humo 8,9. 8) Aumentar e implantar nuevos carteles informativos sobre la prohibición de fumar y el impacto sobre la salud. Para cada objetivo se nombraron responsables. Resultados de la 1ª encuesta 24 (36% fumadores); 29 (42% no fumadores); 15 (22% exfumadores).

**Conclusiones:** El método empleado demuestra ser un buen instrumento, ya que facilita la participación de diversos profesionales para conseguir un objetivo común. Queda pendiente la evaluación de las acciones emprendidas (6 próximos meses), de cara a emprender acciones de mejora.

## LA MEJORA DE LA ASIGNACIÓN DE INVERSIONES EN EL HOSPITAL ALTO DEBA

Otxandiano-Gredilla K, Angulo-Orue JL  
*Hospital Alto Deba, Gipuzkoa.*

P-058

**Palabras clave:** Mejora. Inversiones. Proceso.

**Objetivos:** Mejorar el proceso de toma de decisiones sobre las inversiones a realizar por el hospital a fin de que respondan a las necesidades asistenciales prioritarias. Aumentar la satisfacción de los profesionales del hospital con el resultado y el proceso de toma de decisiones de inversión.

**Métodos:** La herramienta fundamental ha sido el desarrollo e implantación de un protocolo de adquisición de equipamiento de forma consensuada entre los profesionales y la dirección del hospital. El protocolo se elaboró el año 2001 y se ha aplicado en los años 2002 y 2003. Consta de tres etapas: solicitud, evaluación y decisión. La primera etapa consiste en el envío de las peticiones mediante un formulario estandarizado y en un plazo determinado. En el formulario se especifican los fines y las características del equipo incluido el nivel de evidencia científica de su uso. La evaluación se realiza conjuntamente por el equipo directivo y comisión de jefes de servicio. La etapa final se basa en alcanzar un consenso entre todos los participantes respecto al orden de prioridad de todas las solicitudes. Cuando no se alcanza un consenso, se describen las alternativas y las diferencias de criterio y se reinicia el proceso.

**Resultados:** Protocolo de adquisición de equipamiento elaborado y conocido por todos los servicios. En los años 2001 y 2002 se han conseguido unos cuadros de inversiones con los que estaban de acuerdo todos los servicios del hospital. Esto nos indica que responden a las necesidades asistenciales a las que tiene que dar respuesta el hospital.

**Conclusiones:** El proceso de inversión en equipamiento es difícil ya que no se puede dar respuesta a todas las demandas existentes. La implantación de un protocolo de toma de decisiones conjunta, ha permitido mejorar la satisfacción del conjunto de profesionales del hospital con el resultado obtenido y con la forma de alcanzarlo. La participación formalizada de los profesionales en el proceso de toma de decisiones de gestión supone mayores probabilidades de que el resultado final sea satisfactorio y aumenta la motivación de los profesionales.

## ERUDINET: UNA APUESTA DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN HOSPITAL

Díaz-Mendi AR, Noriega A, Herrera P  
*Hospital de Sierrallana, Cantabria.*

P-059

**Palabras clave:** Comunicación interna. Intranet. Mejora continua.

**Objetivos:** Describir el proceso de elaboración de la Intranet e identificar oportunidades de mejora.

**Métodos:** Descripción de las estrategias utilizadas para adaptar el diseño de la Intranet a las necesidades percibidas por sus usuarios. Para identificar oportunidades de mejora se ha elaborado un cuestionario autocumplimentado remitido por correo interno a profesionales clave elegidos entre el personal implicado en el proyecto del equipo médico y de enfermería, el personal administrativo y la Dirección del centro.

**Resultados:** Para la elaboración de la Intranet se recopiló la información en red de otros centros sanitarios formándose un grupo de trabajo que definió la estructura inicial. Además se incluyó como objetivo institucional a todos los servicios médicos y de enfermería la confección de un proyecto del espacio dedicado a su servicio/unidad. Concluida la elaboración de la estructura se presentó en sesión general a todo el personal con el nombre de ERUDINET tomado del Dios Cántabro Erudinus. Paralelamente se constituyó una comisión multidisciplinar para evaluar las propuestas recibidas y homogeneizar su formato. Por último se remitió un cuestionario diseñado al efecto a un grupo de 21 profesionales definidos como clave (media de antigüedad en el puesto 4,8 (DE: 3,8) años, según categorías profesionales 52,9% administrativos, 29,4% facultativos y 17,6% enfermeras). Los resultados de la encuesta fueron: respecto a la utilidad el 76,5% la valoró como muy útil y el 23,5% restante como útil. El 64,7% la consideró muy eficaz como herramienta de comunicación interna y el 35% restante como eficaz. La comisión específica fue considerada un mecanismo idóneo para favorecer el seguimiento y actualización de la red por el 94,1%, siendo su composición actual aceptada por el 88,2%. La valoración global fue puntuada con una media de 8,56 (DE: 0,96) con un rango entre 7 y 10. La mejor valoración ha sido la registrada por enfermería 9,33 (DE: 0,58) y la peor por el personal administrativo 8,22 (DE: 0,67). Entre las propuestas de mejora planteadas destaca la inclusión de información sobre aspectos legales en el ámbito laboral y simplificar la hoja de entrada a la red incluyendo accesos a distintos aspectos.

**Conclusiones:** La elaboración de la Intranet corporativa requiere la implantación de estrategias de opinión y búsqueda de consenso. El proyecto piloto ha sido aceptado muy positivamente por los profesionales encuestados.

## PLAN DE FORMACIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Villarreal D, Boqué M, Cruz M, Oliver F, Palau A, San Miguel J

P-061

**Palabras clave:** Prevención. Riesgos. Formación.

**Objetivos:** Diseñar un plan de formación en materia de prevención de riesgos, en nuestro centro de atención primaria basándonos en el artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Crear una cultura preventiva entre los trabajadores.

**Métodos:** Después de una evaluación inicial de riesgos, en marzo de 2002, se iniciaron una serie de actividades formativas básicas en materia de prevención, riesgos biológicos y el uso de medidas universales de prevención, y finalmente sesión sobre riesgos derivados del trabajo con pantallas de visualización de datos. A la vez se repartió información escrita sobre dichos temas. En abril 2003 se realiza observación de tareas de diferentes puestos del trabajo del centro (10 enfermeras, 6 médicos, 1 odontólogo y 1 auxiliar de clínica), teniendo como referencia indicadores ergonómicos (distancia de la pantalla del ordenador, colocación del teclado, posición de la espalda), y biológicos (lavado de manos, utilización de guantes y puntis). Se reparte una encuesta validada a 17 profesionales sanitarios y 6 administrativos para valorar el impacto de la formación recibida, en las sesiones realizadas el año anterior. A tenor de los resultados en este corte observacional detectamos unas necesidades claras de formación, en materia de prevención de riesgos: formación a los profesionales con sesiones de bio-seguridad, difusión de la información mediante trípticos del lavado de manos y uso de guantes, y propuestas de mejora en la gestión de recursos materiales.

**Resultados:** *Observación de tareas:* 1) Uso de guantes (en enfermería): Extracciones 80%, Intramusculares 10%, Vacunas 10%, Glucemias 0%, Curas 100%, Lavado instrumental 10%. 2) Lavado de manos (todos los profesionales) 65%. *Encuesta:* Identifican situaciones en las que se deben usar guantes 82%, Identifican situaciones en las que se requiere un lavado de manos 47%, Conocen la actuación inmediata ante accidente biológico 94%.

**Conclusiones:** La creación de un plan de formación en materia de prevención y la monitorización a través de indicadores, basándonos en la observación de tareas es una herramienta útil, permitiendo la detección de oportunidades de mejora y con ello poder diseñar actividades para facilitar la mejora continua de la prevención de riesgos laborales.

## LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA FOMENTAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Claramunt-Estradé C, Aguilar-Santos A  
*Serveis SAD-Reus.*

P-060

**Palabras clave:** Formación. Comunicación. Trabajadoras Familiares.

**Objetivos:** Adecuar el Plan de Formación a las características de las Trabajadoras Familiares, por ser este un colectivo muy disperso tanto en lugares de trabajo como en tiempos, lo cual las hace especialmente sensibles a los sentimientos de soledad, angustia y estrés. Priorizar las necesidades de formación detectadas. Fomentar la comunicación y el diálogo entre las profesionales y la propia Institución. Potenciar el crecimiento tanto profesional como personal.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario auto administrado para realizar la detección de necesidades formativas. El cuestionario exploraba 8 ámbitos diferentes. N = 28.

**Resultados:** El índice de respuesta fue del 100%. Referente a los ámbitos estudiados, el 100% de las Trabajadoras Familiares creen que necesitan formarse en Demencias, el 96,4 en Movilizaciones, el 75% en Como cuidarse; el 71,4% creen que se deben formar en Diabetes, el 67,9 necesitan formación sobre alimentación, el 53,6 sobre incontinencias, el 50 sobre como cuidar y por último el 35,7% necesitan formarse en el ámbito de la higiene.

**Conclusiones:** De las prioridades y para establecer el marco del Servicio se decide comenzar con el "CUIDAR", seguido de las Demencias y las Movilizaciones. La formación en este colectivo de profesionales, debido a las peculiaridades del trabajo (lugar de trabajo y horarios), no se podía hacer mediante cursos estructurados con el formato "tradicional". Teniendo en cuenta todos los objetivos que se habían marcado, se decidió optar por un nuevo formato que en la actualidad se define como "píldoras formativas" y que consiste en Sesiones monográficas que duran como máximo una hora y media y en las que el tiempo está distribuido en dos partes: Una primera parte de exposición teórica impartida por un experto y una segunda parte de discusión sobre el tema. Con esto se han conseguido los objetivos previstos: 1) Se han reforzado los conocimientos. 2) Se han minimizado los sentimientos de soledad y angustia con lo cual se ha potenciado un crecimiento personal y profesional de las Trabajadoras Familiares. 3) Se ha potenciado la comunicación al crear un espacio adecuado para ello.

## EMBOLICS: MEJORAMOS LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS

Moreno JL, Gómez A, López S, Gorrindo C, Martínez J

P-062

**Palabras clave:** Mejora. Comunicación. Cliente interno.

**Objetivos:** Mejorar la comunicación de las personas (cliente interno), utilizando como herramienta una revista de periodicidad mensual, del Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Litoral, tanto desde el punto de vista profesional como personal, y observar su posible incidencia en algunos resultados referentes a satisfacción de la Encuesta de Calidad de Vida Profesional que el Institut Català de la Salut hace llegar de forma bianual a todos sus profesionales (desde el año 1995).

**Métodos:** Revista elaborada por un equipo de redacción, formado por 10 personas de diferentes centros y diferentes categorías profesionales, con el soporte de la dirección del Servicio de Atención Primaria. Reuniones mensuales. Temática institucional y lúdica. La estructura actual es: Editorial, Queremos saber (difusión de temas de formación y personal), Música dispersa, Concurso Tribialics, Imágenes en la retina (cine), Felicitamos a, una sección dedicada a presentación de nuevos proyectos (benchmarking) y Última hora. Desde el año 1999, con la primera edición del concurso, fiesta anual con participación de profesionales (desde perspectiva artística) que se hace coincidir con el período navideño, donde se aprovecha para reconocimiento del personal que se ha jubilado durante el año.

**Resultados:** La publicación funciona desde el año 1997. La tirada actual es de 800 ejemplares (700 profesionales en el SAP) y su difusión supera el ámbito del SAP. En el apartado "Percepción del soporte emocional que dan los directivos" de la Encuesta de Calidad de Vida Profesional (años 97/99/2001), aumentan progresivamente los resultados de los ítems "Satisfacción en el trabajo" (7/7/8), "Mis propuestas son escuchadas" (5/5/7), "Soporte de mis jefes" (7/5/8) y "Reconocimiento de mi esfuerzo" (5/5/6); en este mismo apartado se mantienen "Información de resultados" (6/5/6) y "Posibilidad de expresarme" (8/7/7). En el apartado "Motivación intrínseca", aumenta el ítem "Ganas de ser creativo" (8/9/9).

**Conclusiones:** Con Embolics, aumenta la comunicación interprofesional e interpersonal entre los clientes internos, que se refleja en algunos de los ítems de la Encuesta de Calidad de Vida Profesional. Aprovechando las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, se pretende emprender una nueva aventura: El Embolics on-line (colgado de la intranet propia).

## PLAN DE ACOGIDA; ORIENTACIÓN AL NUEVO PROFESIONAL DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

P-063

Aguilar-Santos A, Claramunt-Estradé C  
Serveis SAD-Reus.

**Palabras clave:** Acogida. Comunicación Interna. Servicio de Ayuda a Domicilio.

**Objetivos:** Dar a conocer a los profesionales de nuevo ingreso en el Servicio de Ayuda a Domicilio de la Misión, Visión y Valores de la Institución en la que van a desarrollar sus servicios profesionales. Informar a los nuevos profesionales de las funciones y tareas de sus puestos de trabajo. Transmitir las definiciones de las competencias interpersonales establecidas para el logro del excelente desempeño de las funciones inherentes al desarrollo de su profesión. Conseguir la implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos generales de la Empresa.

**Métodos:** Reunión general con todos los profesionales que tenían que incorporarse al iniciar la nueva actividad de Servicio de Ayuda a Domicilio en la Empresa. Reuniones personalizadas con la Dirección del Servicio, en la cual se hace entrega del Manual protocolarizado del Plan de Acogida. Reuniones periódicas entre la Dirección del Servicio y los profesionales del mismo.

**Resultados:** Participación del 100% de los profesionales en las reuniones establecidas. Respuesta mayoritaria en todas las acciones propuestas por la Institución. Participación activa de los profesionales mediante propuestas de mejora en el desarrollo del Servicio.

**Conclusiones:** Para la Institución ha representado un reto profesional la puesta en marcha del Servicio de Ayuda a Domicilio y la implicación de los profesionales que procedían de otra Empresa, tras pasados a nuestra Organización mediante subrogación, con el consiguiente rechazo inicial y desconfianza hacia la nueva Institución después de un largo proceso de inseguridad en la Empresa de procedencia. Después de un año de la puesta en marcha, la implicación y satisfacción de los profesionales ha quedado reflejada en la mejora de la calidad de prestación de servicios constatada mediante encuestas de satisfacción del usuario realizada por la empresa, respuesta hacia las acciones propuestas por la empresa y aumento de la comunicación interpersonal entre los propios profesionales y con la Institución. Se ha conseguido que la cadena de información empresa-profesional sea fluida y interconectada.

## DESGASTE PROFESIONAL Y SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

P-065

Blanco-Lajo C, Sánchez-Calvín C, Gómez-Segura J, Puerta-Torres A, Miquel-Gómez A, Quintana-Moreno A

**Palabras clave:** Satisfacción Profesionales. Clima Laboral.

**Objetivos:** Conocer el grado de desgaste profesional, de satisfacción laboral y de bienestar psicológico de los profesionales del SUMMA 112 (Servicio de Urgencias Médicas de Madrid). Identificar los factores estresores en las distintas categorías profesionales.

**Métodos:** Entre junio y octubre del 2002 se distribuyó por correo interno una batería de pruebas que incluía la versión española validada del Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide el nivel de desgaste profesional, la encuesta de satisfacción laboral JSS (Job Stress Survey) y un cuestionario que mide el bienestar psicológico GHQ (General Health Questionnaire). Se dejó una pregunta abierta para identificar los factores estresores. Se enviaron a facultativos del Centro Coordinador de Urgencias (CCU), de las Unidades Medicalizadas de Emergencias y de las Unidades de Atención Domiciliaria (UAD); enfermeros, conductores, celadores, locutores y teleoperadores. La cumplimentación y entrega fue anónima. La respuesta fue del 40% del personal a estudio (187 encuestas recogidas). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSSwin.

**Resultados:** La puntuación media (m) en satisfacción total fue de 35,82 con una desviación estándar (ds) de 15,15 y en cansancio emocional era de 25,5 con una ds de 5,39. En bienestar psicológico, la puntuación media fue de 11,49 con una ds de 5,21. La puntuación media en falta de realización personal fue de 21,15 con una ds de 4,56. La peor puntuación fue para los celadores (m = 18,61 y ds = 3,64). La puntuación media en despersonalización fue de 15,73 con una ds de 4,20. La peor puntuación fue para los locutores (m = 23,00 y ds = 1,41) y facultativos de las UAD (m = 18,50 y ds = 5,0). Los factores estresores identificados fueron: el entorno social agresivo, el tiempo de respuesta, la falta de tiempo de descanso y la sobrecarga laboral.

**Conclusiones:** Se observa una alta incidencia del Síndrome de Burnout, destacando una baja realización personal y niveles medios de cansancio emocional y despersonalización. Se observan niveles globales de satisfacción y bienestar psicológico inferiores a otros estudios de población española de riesgo. La identificación de estresores permite la detección de problemas de situaciones susceptibles de mejora.

## CAMINANDO HACIA LA CALIDAD INTEGRAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

P-064

Ara D, Hijós LA, Figueras C, Martínez-Sánchez R, Hernández-Abadías M, Gracia-Trujillo E  
Centro de Salud Grañén, Huesca.

**Palabras clave:** Formación. Riesgo Cardiovascular.

**Objetivos:** Instaurar un plan global de mejora continua de calidad realizando ciclos de mejora de forma periódica en distintos procesos, buscando la optimización de los recursos y la satisfacción tanto del personal interviniente como de los clientes.

**Métodos:** La detección de problemas se realizó mediante brainstorming; la priorización por medio de comparación por pares y siguiendo los criterios de Halon surgiendo áreas de mejora a tres niveles: 1) Estructurales: falta buzones sugerencias cliente interno y externo. 2) Procesos asistenciales: valoración del riesgo cardiovascular (RCV). 3) Procesos de apoyo: formación continuada. Se instauró para el análisis de causas y la proposición de las medidas de mejora pertinentes un Grupo Focal de Calidad (GFC) para cada problema priorizado.

**Resultados:** Al realizar un diagrama de Ishikawa, observamos entre las causas de primer orden: a) Formación continuada: Organizativas (metodología, contenido y organización de las sesiones, accesibilidad económica, realización fuera horario laboral, falta de objetividad...) y las causas dependientes del profesional (imposibilidad de abarcar todos los campos, técnicas docentes. no incentivación, falta de motivación -burn out, temas no interesantes...). b) Valoración RCV: Debidas al profesional (desconocimiento del uso/aplicación, percepción dificultad del cambio, información sesgada), las dependientes de la realización (no unificación de criterios, No NTM) y déficit estructurales (medios evaluación RCV). En ambos casos se realizaron criterios de calidad con sus correspondientes indicadores y estándares y un cronograma de las actividades a realizar.

**Conclusiones:** El GFC detectó como oportunidades de mejora: a) Formación continuada: Medidas educativas (interconsulta sobre tácticas pedagógicas). Medidas Organizativas (plan de formación con priorización de temas, formación diferenciada por estamentos, calendario formación, selección adecuada docente y tema). Medidas motivadoras (temas interesantes/actuales, adquisición de medios didácticos). b) Valoración RCV: Las actividades más importantes fueron la elaboración de una guía de actuación y las medidas educativo/motivadoras relacionadas con la explicación teórica con casos prácticos de la misma. Se realizó una primera monitorización observándose una mejora del 8,7% analizándose las causas de los bajos resultados, las nuevas oportunidades de mejora fueron el registro del RCV en las hojas de seguimiento de los programas e insistir en las medidas de tipo motivacional.

## GRUPOS DE MEJORA EN ENFERMERÍA: DE LA PROTOCOLIZACIÓN A LA EVALUACIÓN

P-066

Recamán JM, Muñoz MA, Soler P, Iglesias R, Mariño A, Eiras M  
Hospital Do Salnes.

**Palabras clave:** Mejora. Calidad. Enfermería.

**Objetivos:** a) Implicar al personal de enfermería en una dinámica de mejora continua de la calidad. b) Iniciar la progresiva protocolización de aspectos de la atención de enfermería relacionados con la gestión del riesgo.

**Métodos:** 1ª Fase: Realización de diagnóstico de situación de partida y priorización de áreas de mejora. 2ª Fase: Creación de estructura: a) Comisión de Cuidados de Enfermería (CCE), como grupo de validación de protocolos, análisis de los resultados de los distintos estudios y establecimiento de acciones de mejora. b) Grupos de mejora específicos (GM): derivados de la CCE, para la elaboración los distintos protocolos, establecer criterios e indicadores y metodología de evaluación. c) Creación de grupos de participación en cada unidad de enfermería. 3ª Fase: Desarrollo: a) Elaboración por cada uno de los GM de los protocolos priorizados. b) Realización de acciones docentes por parte de los GM, para presentar cada protocolo elaborado y su metodología de evaluación, recogiendo las sugerencias aportadas. c) Validación por parte de la CCE. d) Elaboración de los registros de monitorización y del sistema de información. e) Realización de monitorizaciones periódicas por parte de los miembros de los GM. f) Traslado mensual de los resultados obtenidos en las distintas evaluaciones a la CCE para el establecimiento de acciones de mejora y seguimiento de las acciones ya implantadas. g) Remisión del Cuadro de Mandos de Enfermería una vez validado por la CCE a cada unidad, a través de reuniones mensuales con los grupos de participación.

**Resultados:** Desde enero hasta abril del 2003: 23 miembros en la CCE (22% del personal de enfermería). 5 protocolos elaborados. 5 acciones docentes. 25 evaluaciones realizadas. 4 reuniones de la CCE. 49 acciones de mejora introducidas. 8 grupos de participación constituidos (40 miembros en total) y 16 reuniones.

**Conclusiones:** 1) La creación de una estructura inicial donde se aseguren los niveles de responsabilidad propicia: a) Profundizar en un modelo directivo: dirección participativa por objetivos. b) Implicar directamente a los profesionales en todo aquellos aspectos relacionados con la calidad científico-técnica. 2) En la medida en que la protocolización, acciones y evaluación de resultados es llevada a cabo por los propios profesionales se profundiza en el discurso estrictamente profesional.



**EL DIPLOMADO DE SANIDAD ¿HACIA EL ESPACIO VIRTUAL?**

Aladren P, Astier P, Marco J

**P-067**

**Objetivos:** El Diplomado de Sanidad es un curso de formación continuada en Salud Pública para profesionales que trabajan en el campo de la salud. La edición del curso 2002-2003 en la Comunidad autónoma de Aragón, aporta la innovación de la formación a distancia en dos módulos. El objetivo de este trabajo es evaluar la experiencia de la formación a distancia (FD) en esta edición desde el punto de vista de los alumnos y profesores y proponer áreas de mejora.

**Métodos:** Se confeccionaron dos encuestas semiestructuradas: una primera, previa a la formación a distancia, para conocer las características sociodemográficas y la experiencia previa en este tipo de formación de los alumnos y una segunda encuesta, posterior a la formación, para evaluar los módulos a distancia. Así mismo se realizó una encuesta de satisfacción al profesorado. El análisis de los datos se hizo con el programa STATA V 6.0.

**Resultados:** Se han encuestado a 41 alumnos y 5 profesores que han participado en el curso. El 60,98% realiza el curso fuera de su lugar de residencia y el 51,22% se desplaza más de 70 km. tras su jornada laboral. El 95,12% estaba de acuerdo en impartir algún módulo a distancia. Los que tenían buena opinión previa sobre la FD la mantuvieron después. La organización personal del tiempo fué el motivo más valorado, si bien la interacción personal que se produce con el método presencial, fué igualmente valorada. Alumnos y profesores proponen mejorar los medios de comunicación a través de internet.

**Conclusiones:** La formación a distancia y las clases presenciales pueden tener resultados comparables; Es necesario ampliar los medios de comunicación entre alumnos y tutores con nuevas tecnologías.

**INTRANET DE UN HOSPITAL TERCIARIO: LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DEL CONOCIMIENTO Y LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES**Herraez F, Benito JJ, Ruiz P, Notario P, González C, Sastre J  
Hospital Universitario 12 de Octubre.**P-069**

**Palabras clave:** Comunicación. Sistemas de Información. Web.

**Objetivos:** Presentar el desarrollo e impacto de la implantación de la INTRANET como herramienta para la comunicación interna, que rompa las barreras estructurales que impiden el intercambio fluido de información entre profesionales.

**Métodos:** Aplicación a medida basada en tecnología web. *1ª etapa.* (2001).- Formación al servicio de Informática, Puesta a punto de la herramienta, Definición de la estructura y contenido básico, Fase de prueba y creación del Grupo de trabajo representativo. *2ª etapa* (2002).- Validaciones de la información, Presentación pública, Autorizaciones a usuarios, Desarrollo de la herramienta. *3ª etapa* (2003).- Nuevas prestaciones, Evaluación de la herramienta.

**Resultados:** Las aplicaciones en uso en la actualidad son: Información general del hospital (demografía del área, actividad, equipamiento, GRDs, etc); Hospital hoy (cuadernos de mando para la dirección en tiempo real del estado real del hospital); Información por servicio (hospitalización, consultas, urgencias y lista de espera), Información por paciente (pruebas complementarias-laboratorios, anatomía patológica, radiología, historial, ubicación actual, emisión de etiquetas); Recursos humanos (bolsa de contratación, concursos de movilidad interna, convocatorias, legislación laboral); Calidad (memorias, Plan de calidad, Comisiones y grupos de trabajo, objetivos, indicadores, protocolos y vías clínicas, cursos, etc.); Docencia (Comisión, Tutores, Evaluación, Procedimientos); Investigación (memorias, convocatorias, noticias, legislación); Información de interés (publicaciones e informes, impresos de solicitud); Actualidad; Comunicación/prensa; Biblioteca virtual (búsquedas bibliográficas, full-text de revistas, etc.); Normas y noticias del 12 y Enlaces externos. Los datos para la gestión de pacientes se producen en tiempo real. El número de solicitudes para autorizaciones ha sido de 838, y desde julio de 2003 se han registrado: 275.000 aperturas de la página y 190.000 de procesos protegidos. El 58,3% de los usuarios autorizados son facultativos, el 15% enfermería, el 8,8% secretarías y el 17,7% las áreas de gestión.

**Conclusiones:** La INTRANET se ha convertido en una herramienta muy útil para los sanitarios y para el personal de gestión. La utilización ha ido incrementándose progresivamente. La incorporación de nuevas aplicaciones se realiza por acuerdo del grupo de trabajo, principalmente, a través de la demanda de información por parte de los profesionales.

**¿MEJORA EL INFORME DE ENFERMERÍA LA COORDINACIÓN INTERNIVELES?**

Manzanares S, García-Ochoa MJ, Cea P, Villa P, Alcañiz C

**P-068**

**Palabras clave:** Informe. Coordinación. Cuidados.

**Objetivos:** Conocer la opinión de las enfermeras de Atención Primaria (A.P.) del Área 1 de Salud de Toledo sobre el Informe de Enfermería (IE) que se entrega a la madre/familia, al alta hospitalaria, en las Unidades de Obstetricia del Complejo Hospitalario de Toledo (C.H.T.).

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado mediante entrevista telefónica. Población de estudio, el total de las enfermeras de los Centros de A.P. que tienen como referencia el C.H.T. El cuestionario de la entrevista consta de: 1º apartado que incluye, edad, sexo, años de ejercicio profesional, años en A.P. y si ejercicio profesional en Atención Especializada (SI/NO), opinión si los IE mejoran la continuidad de cuidados (SI/NO), conoce la existencia del IE (SI/NO). 2º apartado, cumplimentado si el encuestado conoce el IE: Vía de recepción; mediante escala tipo Likert (0-4) se incluyó, consideración sobre el contenido, conocimientos sobre la NANDA, conocimientos sobre la Clasificación Internacional de Intervenciones Enfermeras (NIC). El tratamiento de datos se ha realizado mediante análisis multivariante con el paquete estadístico SPSS, versión 10.

**Resultados:** De las 218 enfermeras de A.P. se han entrevistado a un total de 96, con un error máximo del 4%. La media de edad ha sido de 39,2 años con una Ds de 7,9. El 72% de los encuestados son mujeres. La media de años de ejercicio profesional ha sido de 16,8 con una Ds de 7,9. La media del tiempo trabajado en A.P. de 11,4 años con una DS de 6,9. El 55% contestan que sí han ejercido en Atención Especializada (A.E). 89 enfermeras (93%) consideran que los IE son necesarios para la continuidad de cuidados. Del total de encuestados, 68 (71%) conocen el IE y, de éstos, al 74% se lo entrega la madre. Los valores extremos según la escala han sido: El contenido del IE para el 3% es inadecuado y para el 23% totalmente adecuado. El 12% afirman no tener conocimientos de la NANDA y el 18% que sus conocimientos son extensos. El 38% contestan que no conocen la NIC y el 12% que sus conocimientos son extensos. No hay diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, años de ejercicio profesional y si han ejercido o no en A.E.

**Conclusiones:** El Informe de Enfermería es un documento que facilita la continuidad de cuidados. Hay conocimientos deficientes en A.P. sobre la NIC (Taxonomía incorporada en el C.H.T.). La recepción del IE se realiza a través de las madres. Es necesario establecer acciones de mejora para optimizar la coordinación interniveles.

**MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA INTEGRADO ATENCIÓN PRIMARIA (AP)-URÓLOGO DE ZONA Y PROCESO HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA (P.HBP/CAP)**

Juárez-Soto A, Rosano-Duarte L, Machuca-Tortajada J, Iñigo-Espinosa PA, Freire-Leira J, Giraldez-Álvarez ML

**P-070**

**Palabras clave:** Gestión Por Procesos. Gestión Clínica. Autonomía Profesional.

**Objetivos:** Describir según los facultativos de AP, la influencia que ha tenido el Modelo de gestión clínica integrado *AP-Urólogo de zona* desarrollado en la ZBS de Chiclana (Cadiz), en el conocimiento, en la participación y en la consecución de los objetivos del P.HBP/CAP.

**Métodos:** Clínica integrado *AP-Urólogo de zona*, desarrollado en la ZBS de Chiclana, Cádiz, conformada por unos 70.000 habitantes, referenciados en el Hospital Universitario de Puerto Real y en el Distrito Bahía-La Janda. El Modelo de gestión clínica integrado, se basa en: 1) La autonomía profesional en la gestión clínica, en la gestión de la agenda de urología y en la gestión de incidencias. 2) La Consulta de Acto Único de Urología (CAUU): Consulta de alta resolución, dotada de alta tecnología (ecógrafo, cistoscopio flexible, electrobisturí etc) e informatizada (informe de alta al 100% de los pacientes con copia al médico de AP). 3) La Plataforma Profesional AP-Urólogo de zona, sustento del modelo descrito, basada en la comunicación y coordinación entre profesionales. Su objetivo principal es el control de la calidad asistencial y ser el soporte formativo en urología básica para AP. **Muestra:** Los 28 profesionales de AP pertenecientes a los dos Centros de Salud que conforman la ZBS implicados en el modelo de gestión clínica referido. **Encuesta:** dispone de 9 ítems, 5 con una escala de respuesta de 5 pasos y 4 si/no. Se realizó en la primera semana de junio de 2003, a los 6 meses de la implementación del modelo. Son gestionadas por los directores de los Centros de Salud que conforman la ZBS de Chiclana. Dimensiones exploradas: conocimiento del P.HBP/CAP, coordinación inter-nivel, calidad asistencial.

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 92,8%. Entre otras variables, destacar el grado de conocimiento e implicación en el P.HBP/CAP, referido como alto/muy alto por el 76,9% de los profesionales, la mejora de la calidad asistencial referida como alto/muy alto en sus vertientes científico-técnica (96,1%), accesibilidad (100%) y satisfacción (100%) y el establecimiento de criterios clínicos y organizativos comunes entre AP-AE (92,3%).

**Conclusiones:** Con estos datos preliminares, parece que el Modelo de Gestión Clínica Integrado *AP-Urólogo de zona* a los seis meses de su implementación, tiene un impacto positivo en la consecución de los objetivos para los que el P.HBP/CAP fue diseñado.

**CABUEÑES: UN HOSPITAL PARA LOS CIUDADANOS**

Morís de la Tassa J, López-Domínguez O  
Hospital de Cabueñes, Gijón.

**P-071**

**Objetivos:** En diciembre de 2002 se formuló el proyecto institucional "Cabueñes, un hospital para los ciudadanos". Dentro de él, se estableció como objetivo aunar y canalizar las iniciativas de mejora de la calidad de todos los profesionales del hospital, con el propósito de hacer converger los objetivos individuales de los profesionales con aquellos propios del centro y la organización.

**Métodos:** Se solicitó a los responsables de todos los servicios y unidades propuestas de acciones de mejora en seis líneas: trato personalizado, confort durante la permanencia en el centro, agilidad y accesibilidad en los cuidados, calidad y seguridad en los cuidados, mejoras en la efectividad de la cartera de servicios y en la eficiencia en la utilización de recursos. Para cada acción se pedían plazos de implantación y evaluación, indicadores y participación en el éxito/fracaso. Tras recibir y analizar las propuestas tuvieron lugar reuniones con cada servicio para perfilar las acciones y refrendar los acuerdos de implantación.

**Resultados:** Se presentaron un total de 404 acciones correspondientes a 90 servicios y unidades. La división médica propuso el 29,2% con una media de 4,5 por servicio/unidad. La división de enfermería el 54,6%, con una media de 6,5 acciones. La división de gestión el 16,2% con una media de 4,5 acciones. La distribución de las acciones en las seis líneas propuestas fue diferente en cada división. Actualmente están en diferentes fases de diseño, elaboración, implantación y evaluación.

**Conclusiones:** Se ha conseguido hacer converger las iniciativas del personal con la orientación estratégica del centro. La respuesta ha sido masiva; todos los servicios y unidades del hospital han colaborado y se han comprometido con la mejora de la calidad en el hospital.

**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE UN EQUIPO DIRECTIVO**

Macía-Losada J, López-Bellido D, Ares-Rico R,  
Vilasánchez-Feijoo JJ

Hospital Comarcal de Valdeorras, Orense.

**P-073**

**Palabras clave:** Evaluación competencias directivas.

**Objetivos:** La evaluación de competencias en el equipo directivo pretende conciliar una doble perspectiva: Por un lado, los objetivos y requerimientos de la dirección, y por otro, las actividades y funciones necesarias en cada puesto de trabajo de los integrantes del equipo. La evaluación pretende detectar los comportamientos actuales, y crear después el marco de competencias que refleje las estrategias de comportamiento que deben utilizar estos responsables para ser eficaces identificando capacidades (Visión, Planes de acción, Gestión de recursos) y habilidades (Evaluación y desarrollo de personas, Trabajo en equipo).

**Métodos:** Para la realización de este estudio se ha contado con el apoyo de un grupo de expertos en organización y recursos humanos. El método utilizado para obtener esta información ha sido la realización de entrevistas individuales con los miembros del equipo directivo y con otros responsables que, dentro de la organización, dependen directamente del equipo directivo. Las entrevistas pretenden detectar comportamientos actuales del equipo y crear después el marco de competencias que refleje las estrategias de comportamiento que deben utilizar estos responsables para ser eficaces.

**Resultados:** De la evaluación individual y del equipo Directivo pueden concluirse oportunidades de mejora individual y de equipo por lo que debería establecerse compromisos con los planes de desarrollo respectivos. La utilización de indicadores de comportamiento en cada competencia, y también las descripciones de conducta asociadas a cada nivel de desarrollo, facilitan que el directivo evaluado pueda identificar las conductas que se esperan de él, y que constituyen sus objetivos de mejora.

**Conclusiones:** El Gerente deberá mantener una entrevista con cada directivo para validar la evaluación realizada y establecer compromisos individuales de mejora según los modelos desarrollados para ello. Cada directivo deberá desarrollar con ayuda externa los planes de acción necesarios para cumplir los compromisos individuales y colectivos establecidos.

**PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Jiménez-Jiménez VE, Rodríguez-García AM, Arribas-Del Cid C,  
Gil-García JV, Domínguez-Aparicio M, Basarte-López V  
Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila.

**P-072**

**Palabras clave:** Comunicación. Desmotivación. Enfermería.

**Objetivos:** Crear un sistema (Plan de comunicación interna: PCI) que garantice la comunicación descendente, horizontal y ascendente para el personal de Enfermería.

**Métodos:** Sistema formado por dos registros escritos:

Tu Supervisor o Responsable Informa

El Personal de Enfermería o Técnico Sugiere.

Dicho sistema deberá: 1) Ser accesible. 2) Contener información actualizada. 3) No crear conflictos.

**Resultados:** Este PCI favorece la comunicación del personal en tres niveles: *Comunicación ascendente:* El Personal de Enfermería o Técnico Sugiere. *Comunicación descendente:* La Supervisora o Responsable Informa. *Comunicación horizontal:* comunicación entre el personal.

**Conclusiones:** El sistema de comunicación creado: 1) Facilita la comunicación entre la División de enfermería. 2) Es sencillo, barato y está al alcance de todos. 3) Refuerza y facilita la labor del supervisor. 4) Contribuye a favorecer la colaboración del personal en el equipo.

**IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa" DE ZARAGOZA**

Altarribas E, Comet P y Comisión de Enfermería  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**P-074**

**Palabras clave:** Cuidados. Grupo Nominal. Calidad.

**Objetivos:** Conocer la situación actual de los profesionales enfermeros en relación a la planificación de cuidados de calidad, identificando y priorizando las necesidades y estrategias de mejora en el proceso de cuidados enfermeros durante los dos primeros trimestres del 2002.

**Métodos:** La metodología esta basada en el clásico ciclo atribuido a Walter Shewart. La identificación y priorización de necesidades y estrategias de mejora ha sido realizada con el apoyo de la técnica del Grupo Nominal, con 12 enfermeras identificadas como informadores clave. El análisis de necesidades se realizó mediante el diagrama de Ishikawa y giró en torno a la planificación de cuidados de calidad, clasificándolas en cinco categorías: organización asistencial, recursos materiales, recursos humanos, circuito formación/información e identidad profesional. Tras el análisis y una vez priorizadas, se proponen mediante la misma técnica estrategias de mejora, priorizándolas en función de: beneficios esperados, bajo coste y facilidad de aplicación, para posteriormente, nombrar un responsable, establecer tiempo de realización, así como el ámbito de ejecución.

**Resultados:** Las causas detectadas: falta motivación, insuficiente formación, presión asistencial, falta comunicación interdisciplinar, turnos rotatorios, escasez de personal y falta de planes estándar. Las estrategias de mejora propuestas: formación continuada, sesiones de enfermería, registro con lenguaje común, liderar grupos, valoración enfermera, atención integral, facilitar canales de comunicación, clarificar responsabilidades.

**Conclusiones:** La información obtenida permitirá obtener beneficios en la atención a las personas y en la organización asistencial contribuyendo al avance de conocimientos enfermeros, a la satisfacción de los profesionales y a la mejora continua de la calidad de los cuidados en el ámbito hospitalario. Conflicto de Intereses: Esta comunicación fué presentada el último día del Congreso Nacional de Hospitales en Valencia, en la sala había 10 personas, considerando relevantes los datos obtenidos para ser difundidos os enviamos para vuestra valoración esta comunicación. Muchas gracias.

## PROTOCOLO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA

P-075

Salazar R, Bernal C, Bischofberger C, Fernández B, San Gregorio A  
*Hospital de Guadarrama.*

**Palabras clave:** Evaluación del protocolo de acogida al personal de nueva incorporación.

**Objetivos:** Conocer el grado de utilidad de la información aportada en el protocolo de acogida así como recoger las sugerencias que nos ayuden a mejorar.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo mediante una encuesta realizada a todos los profesionales de enfermería que se han incorporado a la plantilla del hospital desde diciembre del año 2002 hasta marzo del año 2003. En el momento de la incorporación al hospital, se les facilita el protocolo de acogida y se lleva a cabo una visita guiada por el centro. 10 días más tarde, se les pasa la encuesta cuyos resultados vamos a presentar en este trabajo para conocer la utilidad de la información recibida. Dicha encuesta consta de 8 preguntas.

**Resultados:** Hemos tenido un índice de respuesta a la encuesta del 75% y los resultados han sido los siguientes: A la pregunta sobre si conocen el protocolo de acogida, el 94% responde que sí, el 1% no y un 5% no contesta. A la pregunta sobre si conocen la misión del hospital, el 84% responde que sí y el 16% no. A la pregunta sobre la utilidad de la información facilitada sobre varios aspectos y en una escala de valoración de nada útil a muy útil, el resultado ha sido el siguiente: Sobre el funcionamiento de la unidad, el 55% lo considera bastante útil, el 34% muy útil y el 11% no contesta. Sobre el funcionamiento de los timbres, el 42% lo considera bastante útil, el 50% muy útil y el 8% no contesta. Sobre las recomendaciones de medicina preventiva, el 47% lo considera bastante útil, el 37% muy útil, el 8% lo considera poco útil y un 8% no contesta. En cuanto a las normas de actuación, el 47% considera la información recibida bastante útil, el 42% muy útil, el 5% poco útil y el 6% no contesta. A las preguntas sobre si volvería a trabajar en el hospital y si está satisfecho/a con el trabajo realizado el 100% ha respondido que sí. Sumando los porcentajes de las columnas con respuesta "bastante útil" y "muy útil", tenemos un rango que oscila entre el 84% y el 92% de las respuestas.

**Conclusiones:** La alta participación de los profesionales a la hora de cumplimentar y remitir la encuesta, nos permite tener una visión bastante real de lo que ha supuesto la implantación del protocolo de acogida en el hospital. En las sugerencias que nos han aportado, cabe destacar que un 80% manifiesta haberse encontrado satisfecho de la relación que se ha mantenido con ellos durante el período de acogida. El protocolo de acogida es una herramienta útil para facilitar la integración del personal de nueva incorporación.

## EL CICLO DE CALIDAD COMO INSTRUMENTO DE MEJORA EN LA ENSEÑANZA DE PREGRADO EN ENFERMERÍA: EXPERIENCIA PILOTO EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS

P-077

Guillamet-Lloveras A, Molina-Sánchez T, Díez-Sanz MJ, Sánchez-Vallejo JC, Castrillo-Pérez C, Martí-Mestre M, Melado-Delgado M  
*Escuela Universitaria de Enfermería, Vall d'Hebrón.*

**Palabras clave:** Prácticas clínicas. Áreas de aprendizaje específicas. Ciclo de calidad.

**Objetivos:** Elaboración definitiva de unos objetivos pedagógicos de aprendizaje específicos de la unidad de quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (HUVH).

**Método:** Se aplicó el ciclo de calidad mediante la técnica de grupo nominal, para identificar las áreas relevantes de aprendizaje del área de quemados. Previa a la reunión se pidió a cada grupo profesional que identificar las áreas de aprendizaje que consideraban relevantes. El grupo nominal estuvo formado por dos alumnos, dos enfermeras, una supervisora y dos profesoras de la escuela.

**Resultados:** Se priorizaron 6 objetivos específicos de la unidad de quemados: 1) Adquirir habilidades en la valoración y ejecución de las curas en las quemaduras. 2) Adquirir destreza en la preparación del campo estéril. 3) Aprender a movilizar a la persona quemada, evitando al máximo producir dolor. 4) Identificar el nivel de dolor para aplicar los cuidados de confort. 5) Valorar el nivel de hidratación y nutrición. 6) Establecer una relación empática para ayudar a superar la situación de estrés. Ningún grupo profesional identificó todos los temas individualmente.

**Conclusiones:** La aplicación del ciclo de la calidad mediante grupos de consenso y la técnica de grupo nominal es eficaz para identificar las áreas de mejora en la docencia de pregrado de enfermería. La participación de alumnos y enfermeros y profesores ha permitido alcanzar una visión más completa.

## FORMACIÓN ON-LINE EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO: UN NUEVO ENFOQUE HACIA LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

P-076

Sánchez-Ostiz R, Gutiérrez D, Fuertes M, San Julián J, Ochoa M, Alcaiza M

**Palabras clave:** Formación on-line. Unidades didácticas. Competencias profesionales.

**Objetivos:** Desarrollar competencias de los profesionales. Cubrir necesidades de formación. Crear entornos de aprendizaje centrados en el alumno. Mejorar la satisfacción. Mejora continua de nuestra atención.

**Métodos:** Para conseguir un servicio de calidad, los centros AMMA dependen de la competencia de sus profesionales. La formación continua es, una condición imprescindible para la mejora. Sus contenidos han sido elaborados por personal interno, según su experiencia y necesidades de AMMA. La modalidad on-line se ha adoptado para: facilitar el acceso inmediato desde distintos puntos geográficos, estimular el autoaprendizaje por ejercicios interactivos. El proyecto gira en torno a la formación en competencias (valores, habilidades y conocimientos). En AMMA, tenemos el convencimiento de que los conocimientos técnicos son importantes, pero no suficientes. La calidad profesional exige, además, la adquisición y práctica de habilidades y actitudes. Dentro de las líneas estratégicas definidas por Amma se ha adoptado la metodología EFQM para la gestión, y la certificación UNE-EN-ISO 9001:2000 como modelo de certificación. Algunas competencias pueden resultar fáciles de diagnosticar y enseñar pero otras requieren un aprendizaje de aptitudes y cualidades personales, intereses profesionales... El fundamento de la formación on-line es que los profesionales de los servicios sociosanitarios puedan adquirir esas competencias para mejorar su trabajo. Los cursos hasta ahora programados son: Programa de capacitación de gerocultores, Mandos intermedios y Valoración integral geriátrica. Constan de unidades didácticas, compuestas por lecciones (con teoría y práctica) independientes entre sí. La unidad didáctica da a las lecciones un nexo a través de un marco formado por: introducción, resumen, ejercicios y evaluación del resultado del aprendizaje (preguntas con corrección automática y calificación del tutor).

**Resultados:** El éxito de la formación on-line se alcanza en la medida en que los contenidos y el medio se adapten al alumno. La superación satisfactoria de la formación supondrá la acreditación docente de la Comisión de Formación continuada Nacional y de la Normativa de Acreditación de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

**Conclusiones:** Los cursos de formación on-line se examinarán en una prueba piloto, tras la cual podremos generar mejoras y adaptarlos a nuestras necesidades. Por ello, carecemos de resultados de momento, pero su puesta en marcha nos genera grandes expectativas.



## TEMA 3

# Política y estrategia: modelos de gestión

### EL PLAN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA-MANCHA (SESCAM): BALANCE 1997-2002

P-079

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

Área de atención al usuario y calidad asistencial. Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

**Palabras clave:** Plan de Calidad. Calidad Total.

**Objetivos:** Conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios sanitarios que configuran el Sescam. Comparar la evolución de los resultados durante varios años en nuestros centros.

**Métodos:** -Evaluación del Plan de Calidad del Sescam 2002 en las 7 Áreas de Atención Primaria y 11 Hospitales que conforman el Sescam. Análisis de los resultados obtenidos en los años anteriores. El Plan de Calidad del Sescam se estructura en distintos niveles: *Atención Primaria:* Objetivos de calidad relacionados con el diseño, implantación y evaluación de proyectos de mejora. *Atención Especializada:* Estándares de la Organización (plan de acogida, gestión de reclamaciones,...), Objetivos Comunes (derechos de los usuarios, gestión clínica, calidad científico-técnica, satisfacción de los profesionales,...) y Monitorización de indicadores.

**Resultados:** En Atención Primaria, destaca el cumplimiento generalizado de los objetivos del Contrato de Gestión 2002, así como la puesta en marcha de numerosos proyectos de mejora. En los hospitales, el nivel de cumplimiento global de los objetivos del Contrato de Gestión 2002 varía desde el 57% al 93% (promedio, 75%). Los resultados son similares a los del INSALUD durante los años anteriores, pese a las limitaciones metodológicas de esta comparación. Ha habido mejoras en el porcentaje de historias clínicas con informe de alta definitivo a los 15 días, adecuación a protocolo de amigdalectomía, señalización de la prohibición de fumar, etc. Sin embargo, en otros objetivos e indicadores se han producido resultados peores: Utilización de RNM, prevalencia de úlceras por presión, porcentaje de suspensión de consultas externas, etc.

**Conclusiones:** Afortunadamente, a pesar de la situación de cambio producida por las transferencias, la mayoría de los centros han continuado aplicando y evaluando los objetivos del Plan de Calidad. Los resultados del año 2002 y los de años anteriores, son de gran utilidad para establecer áreas de mejora, así como para valorar el impacto que han supuesto estas oportunidades de mejora en nuestros centros.

### DISEÑO DE UN NUEVO PLAN DE CALIDAD PARA EL SESCAM

P-078

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

Área de atención al usuario y calidad Asistencial. Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

**Palabras clave:** Modelos de gestión de la calidad asistencial. EFQM. Planificación.

**Objetivos:** Seleccionar un modelo de gestión de calidad que sirva de referencia al nuevo Plan de Calidad. Contemplar los objetivos de mejora de calidad recogidos en el Plan de Salud de Castilla la Mancha. Tener en cuenta los desarrollos realizados en la mejora de la calidad por otros Servicios de Salud de nuestro entorno.

**Métodos:** Grupo de trabajo en el que están representados gestores, profesionales, expertos, responsables de calidad y usuarios. Jornadas con empresas e instituciones externas expertas en calidad asistencial. Contacto con responsables de calidad de otras Comunidades Autónomas y revisión de bibliografía.

**Resultados:** El grupo de trabajo y el Servicio de Calidad han llegado a un consenso en relación al modelo EFQM, que se perfila como el más adecuado para nuestro medio. La información obtenida de empresas, instituciones y otros Servicios de Salud apunta también hacia el modelo EFQM como el más extendido, si bien existen experiencias muy variadas, que combinan el EFQM con estándares de acreditación, ISO, etc. El Sescam se propone, en una primera fase, la adaptación progresiva del actual Plan de Calidad, al modelo EFQM. Está previsto que se desarrollen tres experiencias de autoevaluación en dos Áreas de Atención Primaria y en un Hospital. Posteriormente, se irá produciendo la introducción completa del modelo EFQM y el diseño de un Plan de Calidad aun más ajustado a este modelo.

**Conclusiones:** El Plan de Calidad del Sescam del año 2004 se ajustará en la medida de lo posible al modelo EFQM. Se revisarán de nuevo los objetivos de calidad incluidos en el Contrato de Gestión, y se mejorará la metodología de evaluación. Posteriormente se elaborará un nuevo Plan de Calidad que permita conservar y mejorar la experiencia previa acumulada durante la etapa INSALUD y la primera etapa postransferencial, facilite la comparación de resultados e intercambio de experiencias con el resto de Servicios Regionales, y contribuya de forma decisiva a configurar al Sescam como una organización centrada en la mejora continua del servicio a los ciudadanos.

### BASES PARA UN PLAN MARCO DE CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

P-080

Ferrer-Aguareles JL, Fernández-Mastro JM, Godoy-Barrero M, Benegas-Capote JM, García-Prado L, Enciso-Arjona MI

**Objetivos:** Fijar las directrices generales de la calidad a través del Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura, con el fin último de que la atención integral a la salud a los extremeños que promueve el nuevo modelo propugnado por la Ley de Salud de Extremadura, tenga unos estándares de calidad que deberán seguir cada uno de los centro y servicios de la Organización.

**Métodos:** El Plan Marco de Calidad debe responder a un enfoque pragmático, tanto en el diseño de objetivos como en líneas de actuación, centrándose en aquello que parece alcanzable y a partir de los recursos disponibles junto a los que pueden movilizarse. Por ello, bajo los objetivos marcados por el Plan de Salud de Extremadura se propone un método de trabajo eminentemente participativo de los agentes implicados: responsables políticos, gestores, profesionales y usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

**Resultados:** Según diagrama de flujos del procedimiento regulado.

**Conclusiones:** La calidad de los servicios sanitarios que se presten en nuestra Comunidad Autónoma será el resultado, entre otros determinantes, de las políticas sanitarias (Plan de Salud); de hacer bien lo correcto; de la imagen del servicio que percibe los receptores de las prestaciones sanitarias (Usuarios); de la definición de servicio atendiendo al usuario (Proceso) y de la adecuada interacción entre ambos.

## MODELO DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA

Galiano-Bravo ML, Mayol-Canas J, Morcillo-San Juan MS, Margalef-Blas A, Miquel-Gómez A, Martínez-Yunta MJ

P-081

**Palabras clave:** Liderazgo Enfermería Gestión.

**Objetivos:** Definir el modelo de la Dirección de Enfermería del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA 112).

**Métodos:** Desde la reciente puesta en marcha de la Dirección de Enfermería y ante la necesidad de favorecer una adecuada integración de los sistemas de urgencias extrahospitalarias actuales en la Comunidad de Madrid: antiguo O61 y SERCAM, se plantea la necesidad de planificar, organizar, coordinar, desarrollar y evaluar las siguientes Áreas de responsabilidad: A. de logística asistencial, A. de gestión directa de recursos humanos y materiales, A. de esterilización y residuos biosanitarios, A. de calidad, A. de docencia, Área de programas y protocolos y Áreas de codificación.

**Resultados:** Se definió, la misión del servicio, la cartera de servicios, la organización, estructura y estilo de liderazgo de la Dirección de Enfermería. Se establecen las funciones y objetivos a desarrollar por la Dirección y se trazan las líneas de formación así como el perfil profesional y competencias de la DUE en Urgencias Emergencias.

**Conclusiones:** La necesidad de tener una Dirección de Enfermería estriba en un eje fundamental como es la Planificación y la Organización para adecuar los recursos humanos y materiales con criterios de eficiencia y calidad.

## EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD 2002 EN HOSPITALES DEL INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD

Zaballos-Ruano A, Valentín-López B, Codesido-López M, Guerra-Aguirre J

P-082

**Palabras clave:** Objetivos de calidad. Evaluación. Mejora continua de la calidad.

**Objetivos:** El Instituto Madrileño de la Salud (IMS) evalúa los objetivos de calidad del año 2002 orientados a: -Evaluar la calidad de la asistencia sanitaria realizada por los centros del IMS. -Conocer el grado de satisfacción de los pacientes para así responder a sus necesidades y expectativas. -Implicar y motivar a los profesionales. -Valorar y promocionar proyectos de mejora continua. **Metodología:** El IMS elaboró un plan de calidad para el año 2002 que aborda las siguientes líneas estratégicas: -Liderazgo de la gestión de calidad. -Gestión de la calidad (divulgación de experiencias de calidad; calidad y eficiencia de los procesos asistenciales y no asistenciales). -Profesionales (participación de los profesionales; acogida de los nuevos profesionales). -Pacientes (satisfacción de los pacientes; planes de acogida y facilidades ofertadas a los pacientes; programa de voluntariado).

**Resultados:** La línea estratégica de liderazgo se ha reflejado con la formación en el modelo de calidad total EFQM del 100% de los equipos directivos (un 28% de los centros del IMS han realizado la autoevaluación fijada para el 2003). El 89% elaboran una memoria de gestión de calidad de sus centros; más del 75% divulgan experiencias en gestión de la calidad mediante comunicaciones, ponencias y publicaciones; y en el 88% de los hospitales existe un plan de formación. La media de procesos asistenciales sistematizados mediante guías, vías y protocolos es de 44 (mínimo 8/máximo 133). Y la media de procesos no asistenciales sistematizados es de 17 (mínimo 2/máximo 78). En relación a la infección nosocomial, la prevalencia es de un 7% (mínima 1%/máxima 11%). Todos los centros disponen de un plan de acogida al paciente, y el 100% también ofertan facilidades de acompañamiento a las a los niños hospitalizados y mujeres que dan a luz. Todos los centros tienen implantada una encuesta de satisfacción a pacientes. El porcentaje medio de HC con informe de alta a los 15 días del alta es de un 83%, (mínimo 54%/máximo 100%). El número medio de suspensiones es de un 8% (mínimo 0,9%/máximo 20%).

**Conclusiones:** La monitorización de los objetivos de calidad permite realizar una evaluación de la situación de los diferentes centros y efectuar acciones de benchmarking. La puesta en marcha de nuevos retos en la mejora continua de la calidad, adaptados a las peculiaridades de cada centro con la motivación e implicación de los profesionales mejorará la asistencia sanitaria y la satisfacción del paciente.

## APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA JOINT COMMISSION PARA ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA I

Olmos-Linares AM, Llorente-Herranz M, Fernández-Renedo C  
Hospital de León.

P-083

**Palabras clave:** Acreditación. Estándares. UCI.

**Objetivos:** La publicación por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, de los estándares de Calidad para la acreditación de las Unidades de Cuidados Intensivos, nos ha animado a realizar mediciones sobre el grado de cumplimiento de dichos estándares en nuestra Unidad, midiendo el porcentaje de adecuación de los distintos ítems, siguiendo los protocolos de actuación publicados en el Servicio, en los casos en los que existía.

**Métodos:** Durante los meses de marzo y abril, se ha realizado una evaluación de los estándares descritos por la Joint Commission, todas las mañanas a la misma hora de forma reglada, que seguía las recomendaciones del documento. En este trabajo, enviamos los resultados obtenidos en la evaluación de los cuatro primeros, siendo el resto objeto de otras comunicaciones.

**Resultados:** *Estándar nº 1:* Prevención de la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica: Elevación de la cabecera de la cama a 30°. Se cumple en un 50,3% de los casos. *Estándar nº 2:* Profilaxis adecuada frente al úlcus péptico: Según protocolo de la Unidad: Se cumple en un 97,8% de los casos. *Estándar nº 3:* Profilaxis de la trombosis venosa profunda: según protocolo de la Unidad. Se cumple en un 97,5% de los casos. *Estándar nº 4:* Sedación adecuada según protocolo de la Unidad. Se cumple en un 54,6% de los casos.

**Conclusiones:** Del análisis realizado se desprende la necesidad de emprender acciones de mejora en los estándares 1 y 4. Dichas acciones están en fase de estudio y elaboración y serán comunicadas con el resto del trabajo.

## SISTEMA "ALPHAVISIÓN": GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL EN HOSPITALES OFTALMOLÓGICOS

Acón MD, Laria C, Fernández-Cotero A, Fernández-Cotero JN, Benavente F, Alió J

P-084

**Palabras clave:** Oftalmología. Gestión. Calidad.

**Objetivos:** Creación y puesta en marcha de un sistema propio de calidad total aplicable a la red de hospitales oftalmológicos privados del grupo Alphavisión ubicados en Cantabria, Alicante, Madrid, Albacete, Badajoz y Las Palmas. El sistema desarrolla un método de gestión sanitaria para hospitales oftalmológicos basados en la oferta de una oftalmología de alto nivel mediante la unificación de criterios de actuación, clínica y quirúrgica, por procesos protocolizados y procedimentados. De igual modo, el sistema establece un modelo de gestión empresarial basado en la mejora continua con la finalidad de ampliación de la red al resto de la Comunidad Europea.

**Métodos:** Se parte de un sistema de gestión de calidad mediante la obtención de la certificación ISO 9001/2000 y el modelo europeo EFQM en todos los centros de la red. El sistema de gestión de procesos, tanto clínicos como administrativos, se realiza mediante un programa informático de diseño propio llamado Hiperujo, que permite asimismo la obtención, verificación y control periódico de los indicadores de calidad asistencial.

**Resultados:** Se analizan de forma mensual los resultados clínicos, quirúrgicos y asistenciales, así como otros parámetros de gestión como la satisfacción de clientes o del personal interno. Mediante los diferentes resultados obtenidos desde el año 1999 en que se certificó con la ISO 9001 el primero de los centros de la red, el Instituto Cántabro de Oftalmología de Santander, se han podido obtener datos que permiten analizar y establecer nuevas tendencias de mejora asistencial y empresarial.

**Conclusiones:** El sistema, basado en normas ya certificadas, que añade elementos propios de gestión e incorpora un sistema informático propio de control, custodia y análisis de datos, permite garantizar al paciente que acude a cualquiera de los centros oftalmológicos del grupo Alphavisión, que recibirá una asistencia oftalmológica puntual en cualquiera de sus centros y de una forma totalmente equiparable en todos ellos, lo que se transmite como un sello de identidad corporativa.

## DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD (PGC) EN LA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO DE UN HOSPITAL DOCENTE DE REFERENCIA

P-085

Duran J, Hernández R, López-Tortosa M, Morant J, González-Pachón P, Olona M  
*Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.*

**Palabras clave:** Programa Garantía de Calidad (PGC), Radiodiagnóstico.

**Objetivos:** Los facultativos especialistas y técnicos en Radiología tienen formación específica que asegura su conocimiento de los riesgos, de las técnicas para obtener imágenes de calidad con mínima irradiación, y de las medidas de protección. Pero cada vez es más frecuente que facultativos especialistas en otras disciplinas utilicen escopia fuera de las instalaciones del S. de Radiología, principalmente en quirófanos. Tras la promulgación del real decreto 1976/1999 que establece los criterios de calidad en radiodiagnóstico, la dirección del hospital puso en marcha un proceso de diseño, elaboración e implementación del PGC. Nuestro objetivo es presentar la metodología de trabajo y resultados obtenidos con el desarrollo del Plan de Garantía de Calidad en radiología diagnóstica e intervencionista (RDI) en un hospital docente de referencia.

**Métodos:** Partiendo de un estudio previo de la actividad, organización y formación del personal de la unidad asistencial se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para establecer la política de calidad, y la organización del sistema de calidad, su desarrollo y seguimiento. Los objetivos de trabajo fueron: 1) Elaborar un Programa de Garantía de Calidad basado en las normas ISO 2000. 2) Elaborar Manual de Garantía de Calidad y desarrollarlo con: Manual de procedimientos, Plan anual de calidad y de formación, Manual de protección radiológica, Normas, Registros. 3) Implicar a todo el personal que trabaja con RX. Se diseñaron planes de formación e información: programa de capacitación de facultativos especialistas no radiólogos para dirigir instalaciones de RX; plan de formación de sus residentes; plan de formación de todo el personal expuesto. 4) Constituir subgrupos de trabajo para la elaboración de procedimientos. 5) Elaboración de planes anuales de calidad. 6) En una segunda fase, implantación del sistema de auditorías internas.

**Resultados:** Tras el desarrollo de la primera fase, se han aprobado el Manual de Garantía de Calidad y los Planes anuales de formación y de calidad, así como el 60% de los procedimientos de RDI. El 70% de los facultativos especialistas no radiólogos que realizan RDI tiene la acreditación preceptiva. El 100% personal expuesto a radiaciones ionizantes fuera del S. de radiodiagnóstico está implicado en el programa de formación básica.

**Conclusiones:** La metodología seguida se ha mostrado eficaz, sin producir distorsiones significativas en el ritmo de actividad de los servicios implicados y minimizando el coste económico del PGC.

## CORRELACIÓN ENTRE LA UTILIZACIÓN DEL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA (EFQM) Y LOS RESULTADOS ECONÓMICOS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS O CONCERTADOS

P-087

Arrufat-Vila M, Ballús-Molina R

**Palabras clave:** Excelencia. Hospitales. Resultados.

**Objetivo:** Establecer una primera aproximación a la posible correlación entre la utilización -total o parcial- del Modelo Europeo de Excelencia (u otras herramientas de gestión de la calidad) y los resultados económicos conseguidos por los hospitales públicos o concertados.

**Métodos:** Encuesta a una muestra significativa de hospitales de tipo medio incluidos en el Catálogo Nacional de Hospitales. MSC. 2002. Los cuestionarios recogen tres aspectos:

Grado de implicación de los Hospitales en modelos reconocidos de evaluación, certificación o acreditación (EFQM, ISO, Joint Commision).

Utilización de herramientas de gestión que indiquen el grado de aproximación de los hospitales al Modelo Europeo de Excelencia.

Resultados económicos.

Consulta bibliográfica. Ídem www. Consulta a Centrales de Balances.

**Resultados:** Disponer de una argumentación sólida para apoyar la utilización del Modelo de la EFQM en los hospitales.

**Conclusiones:** Existencia de relación entre la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia (u otras herramientas de gestión de la calidad) y los buenos resultados económicos de los hospitales.

**Fuente de financiación y conflicto de Intereses:** Financiación propia. No existe conflicto de intereses.

## EXPERIENCIA DE CONSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE UN GRUPO DE MEJORA EN EL ÁREA DE GESTIÓN

P-086

Marco M, Valtueña M, Martín J, García V, Jiménez A, Pérez C  
*Hospital Universitario Miguel Servet.*

**Objetivos:** Puesta en marcha de un grupo de mejora en un servicio del área de Gestión, con responsable de calidad. Diseño del Plan de Calidad del Servicio.

**Métodos:** El Servicio de Apoyo y Orden Interno da soporte a la actividad asistencial del Hospital en aspectos tan diferentes como la gestión de celadores, auxiliares administrativos, telefonistas, peluqueros, servicio de limpieza, residuos, mobiliario, señalización y un largo etcétera de actuaciones que marcan el día a día de este centro. El Servicio trabaja por objetivos desde 1999. Junto con la Unidad de Calidad Asistencial se planifica la constitución del Grupo de Mejora, basándose en el grupo de trabajo existente, formando parte del mismo los líderes del Servicio y consensuando la propuesta de responsable de calidad. Así mismo se procede a la elaboración de las normas de funcionamiento del mismo y la sistemática a seguir para la definición y priorización de las líneas de mejora, con responsabilidad en cada actividad.

**Resultados:** Se ha completado el ciclo de mejora en el objetivo de "Liberar de obstáculos las salidas de las escaleras de emergencia de los tres hospitales", con un porcentaje de éxito cercano al 95,35%. Se están incorporando en el ciclo de mejora las siguientes áreas: 1) Seguimiento de limpieza y mantenimiento de 70 puntos con baños públicos de los tres hospitales, en los que se realizaron 1.145 revisiones. 2) Planillas de Ingresos y Altas: Unificar y poner en la red informática del hospital el modelo correspondiente, confeccionar y dar a conocer el protocolo de cumplimentación y a los auxiliares administrativos de los servicios de hospitalización de Hospital General y Hospital Materno-Infantil. Las Secretarías que utilizan ya este sistema están en el 93,33%. 3) Partes de Quirófano: Unificar y poner en la red informática el modelo de parte de quirófano, confeccionar y dar a conocer a los auxiliares administrativos de los servicios quirúrgicos de los tres hospitales, el protocolo para su cumplimentación. El número de Secretarías que envía por buzón el parte de quirófano, alcanza el 100%.

**Conclusiones:** -La existencia de un Grupo de Mejora impulsa el trabajo con objetivos de calidad en el Servicio, la evaluación de resultados y la planificación de nuevas áreas de mejora. -La puesta en marcha del Grupo de Mejora ha armonizado y coexionado el funcionamiento del Servicio.

## RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM EN MÉDICOS DEL MUNDO

P-088

Coll J, Angora R, Fernández J, Natal C

**Palabras clave:** Evaluación. Calidad.

**Objetivos:** Disponer de información de partida ordenada que permitiera a la ONG Médicos del Mundo la elaboración de su 2º Plan estratégico.

**Métodos:** Se seleccionó la guía rápida de autoevaluación del modelo EFQM.

Se constituyeron 9 grupos de trabajo compuestos por miembros de la Junta Directiva y Juntas Autonómicas. Cada grupo realizó la evaluación de un criterio.

Previamente al inicio de la autoevaluación se realizó una sesión conjunta para unificación de criterios en la que dos grupos evaluaron los dos primeros criterios, que se discutieron en sesión plenaria.

Dos personas que no evaluaron ningún criterio reorganizaron los resultados de todos los grupos para la discusión en otra sesión plenaria.

Las áreas de mejora encontradas se incorporaron en la elaboración del plan estratégico.

**Resultados:** La autoevaluación realizada siguiendo el modelo EFQM (guía rápida) identificó 58 acciones de mejora, que a efectos de planificación se clasificaron como acciones formativas, cambios organizativos, comunicación y desarrollo de sistemas de información.

**Conclusiones:** Se encontró que el modelo de evaluación de la EFQM ofrece las siguientes ventajas para nuestra organización: es un modelo estructurado, requiere un nivel de formación previa básico, puede aplicarse en poco tiempo y aporta una información exhaustiva sobre la organización.

Los resultados obtenidos facilitan la planificación.



## PROGRAMA DE CALIDAD CORPORATIVO EN UN GRUPO SANITARIO PRIVADO

Arbús I, Iribarren I, Comellas M, Alfaro L, Elvira M

P-089

**Palabras clave:** Programa. Corporativo.

**Objetivos:** Desarrollar un modelo de Gestión de la Calidad en un Grupo Sanitario Privado, integrado por centros sanitarios de diferente procedencia y cultura e implantados en diferentes Comunidades Autónomas. Establecer un equilibrio entre las políticas de calidad comunes a todos los centros y las especificidades propias de cada uno de ellos y de las características diferenciales de sus entornos. Establecer indicadores comunes y consensuados, de aplicación en todos los centros. Desarrollar un modelo propio de evaluación de la calidad, homogéneo, consistente y suficientemente objetivo para permitir la comparabilidad interna y externa.

**Métodos:** Definición de la misión, visión y valores corporativos, así como las políticas generales de calidad, aplicables al conjunto. Aplicación de un método de evaluación de la calidad, fundamentado en el modelo EFQM, en todos los centros, como base necesaria para realizar un diagnóstico de situación inicial. Desarrollo de Planes de Calidad específicos, por centro, en consonancia con las políticas generales corporativas. Implantación de los indicadores básicos comunes de calidad.

**Resultados:** El diagnóstico de situación muestra fortalezas comunes en la aplicación de la gestión de procesos, la debilidad en los planteamientos estratégicos corporativos, el déficit severo en la comunicación interna, la escasa implantación de la cultura de la medición de resultados, así como del "benchmarking" interno y externo, así como la nula sensibilidad por la proyección de las actuaciones en la sociedad. Sobre ello, la dirección corporativa ha reorientado sus políticas comunes de calidad, concretándose en planes de calidad específicos en cada centro.

**Conclusiones:** Es preciso disponer de un instrumento común de evaluación de la calidad, suficientemente objetivo como para identificar las oportunidades de mejora y asimismo permitir la comparabilidad interna y externa. El modelo de calidad corporativo debe orientarse a la potencial adaptación a los requisitos de acreditación y/o certificación de los diferentes modelos en vigor o de aquellos auspiciados por las diferentes Comunidades Autónomas. La formación y el consenso son factores clave para la homogenización e impulso del programa.

## UTILIZACIÓN DE ISO, EFQM Y EL PROGRAMA DE LA JOINT COMMISSION COMO MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Ansede-Cascudo JC, de la Rosa-Rodríguez G, Sayalero-Martín MT  
Hospital Universitario de Getafe.

P-091

**Objetivos:** El objetivo del trabajo es describir la experiencia concreta en un Hospital al armonizar la aplicación de Normas ISO en cuatro servicios, la acreditación de la JCIA para todo el hospital y la Autoevaluación con el modelo EFQM.

**Métodos:** Se analizaron los apartados de la Norma ISO 9000 del 2000, los Estándares de la JCIA, y los Criterios EFQM. Se priorizó y adecuó el trabajo a realizar en el hospital teniendo en cuenta los tres modelos y los objetivos de calidad de los servicios.

**Resultados:** 1) El análisis nos ha conducido a considerar el modelo EFQM como marco global en el que encajan las actividades emanadas del trabajo con los otros sistemas, estableciendo unos elementos comunes. 2) Esos elementos comunes han sido valorados de acuerdo con los objetivos de los Servicios para ordenar el trabajo de modo adecuado a las circunstancias concretas de nuestro centro.

**Conclusiones:** 1) La implantación de Normas ISO en Servicios de Laboratorio ha sido un excelente punto de partida. 2) La evaluación realizada por la JCIA sirve como un guión más prescriptivo y sanitario, que armonizado con los objetivos de los Servicios, permite complementar lo realizado con la Norma ISO. 3) La Autoevaluación mediante el modelo EFQM se enriquecerá de las mejoras conseguidas con los otros dos modelos, integrándolas en un modelo de Calidad Total en busca de la Excelencia.

## APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN EL SERVICIO DE MÉDICA PREVENTIVA DEL H.U. LA PAZ

Monteagudo-Piqueras O, Gracia-San Román FJ, Alonso-Vigil P, García-Caballero J, Elola-Vicente P, Herruzo-Cabrera J, Díez-Sebastián J

P-090

**Palabras clave:** EFQM. Propuestas de mejora y Priorización.

**Objetivos:** 1) Utilizar la autoevaluación para la determinación y priorización de los objetivos anuales del Servicio. 2) Potenciar el trabajo en equipo y los canales de comunicación. 3) Familiarizarnos con el modelo EFQM y su terminología.

**Métodos:** Para llevar a cabo la autoevaluación se utilizó la herramienta "Perfil V 2.0". Se crearon tres grupos de trabajo en función de los profesionales del servicio: 1) Comisión de Dirección (Jefe de Servicio, Jefe de Sección, FEA, Supervisora de Enfermería). 2) Grupo A.T.S y D.U.E. 3) Grupo de Médicos Internos Residentes. Se determinó que cada grupo de trabajo se reuniera una vez por semana y desarrollara un criterio. El contenido y resultado de cada reunión quedó registrado en acta. Cada miércoles, día en el que se realiza la sesión del Servicio, se presentaba de forma conjunta los resultados de cada criterio. En la sesión final, mediante "parrilla de priorización" se valoró cada una de las propuestas de mejora según los criterios de "Magnitud o importancia del problema", "Dificultad de implantación", "Dependencia externa" e "Impacto de la propuesta". Se acordó de antemano que las tres más valoradas serían los objetivos nuevos a tener en cuenta en la planificación del Servicio.

**Resultados:** Las puntuaciones ponderadas de cada criterio fueron: "Liderazgo: 36,8"; "Política y Estrategia: 26,6"; "Gestión de las personas: 19,8"; "Alianzas y Recursos: 25,3"; "Procesos: 43,3"; "Resultados en los clientes: 40,6"; "Resultados en las personas: 12,5"; "Resultados en la sociedad: 17,6"; "Resultados clave: 56,2". La puntuación ponderada Global obtenida fue de 278,6. El total de propuestas de mejora fue de 22. De éstas se priorizaron: 1) Revisar y rediseñar la Cartera de Servicios. Difundirla a todo el personal del Servicio y al resto del Hospital. (Revisión anual en tres reuniones de la Comisión de Dirección durante el mes de enero). 2) Adaptar y aplicar anualmente una encuesta de satisfacción de los profesionales. Elaborar planes de acción según los resultados de la encuesta para mejorar la satisfacción del personal. 3) Elaborar algoritmos de las principales actividades y procesos que se realizan en el Servicio.

**Conclusiones:** Aplicar el EFQM nos ha servido para familiarizarnos con el modelo y elaborar propuestas de mejora para el Servicio. Esto ha sido posible gracias al trabajo conjunto y a la implicación del personal. De esta manera hemos pretendido fomentar la autoevaluación y adquirir el compromiso futuro de continuidad.

## ALINEANDO EL MODELO DE SALUD FAMILIAR ADMINISTRADO CON FINANCIAMIENTO DE PREPAGO CAPITADO CON UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL (C.M.I.)

Aguiayo E, Téllez A, Rojas V, Cuevas A  
Hospital Clínico Universitario Católico de Chile.

P-092

**Palabras clave:** Salud Familiar. Managed Care. Cuadro de Mando Integral.

**Objetivos:** Determinar el comportamiento de indicadores que garanticen el logro de los objetivos estratégicos, en un Centro de Salud Familiar que asume la salud administrada, en un modelo de salud con prepago per cápita, utilizando una red de salud con un modelo de pago por servicios.

**Métodos:** En base indicadores de diseño establecidos para alcanzar los objetivos estratégicos coherentes con la misión, se establece el grado de consecución de los resultados obtenidos utilizando un C.M.I., incorpora las perspectivas financieras, cliente, procesos internos, aprendizaje y crecimiento del personal. Esto permite alinear el modelo en un proceso de planificación, desarrollo y evaluación en el marco de mejoramiento continuo de la calidad. Para cada perspectiva se seleccionan los criterios que mejor la definen.

**Resultados:** Dimensión eficiencia, se ha obtenido aumento del 15% en la productividad de consultas médico familiar con la incorporación del contacto telefónico y utilización de Historia Clínica informatizada. Eficiencias sobre 38% en consultas médico familiar, 2% en especialistas, 23% en consultas de urgencia, 47% en laboratorio, 25% en rayos, 46% en procedimientos y 30% en días de hospitalización. Aumento escalonado de clientes nuevos, fidelización del cliente, (tasa desafiliación < 3%) y satisfacción sobre 90% por el servicio. Perspectiva procesos, se ha logrado mejorar el diseño de procesos, continuidad 84% en los equipos de cabecera, 100% resolución quirúrgica antes del mes, cumplimiento de tiempos de espera, mejor acceso a atención de especialidades, urgencia y hospitalización. La incorporación de guías de práctica clínica mejora la tasa de lactancia materna, disminuye el índice de cesárea al 17%, disminuye el Nº de licencia por episodios, aumento de la cobertura de papanicolaou y mamografía, cumplimiento de inmunizaciones, profilaxis obstétrica y evitar reingresos hospitalarios.

**Conclusiones:** Un cuadro de mando integral, como eje ordenador es un excelente modelo de dirección estratégica no sólo para controlar el principal riesgo de contener costos a través de disminuir el nivel de calidad, sino que además permite a la organización operativizar la estrategia.

**AUTOEVALUACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN OPERATIVA Y ENFERMERÍA, EN LA GESTIÓN DE PROCESOS, SEGÚN EL MODELO DE CALIDAD EFQM**

**P-093**

Martínez-Piédrola M, Comes-Gorritz N  
Fundación Hospital de Alcorcón.

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería. EFQM.

**Objetivos:** Conocer y analizar la actuación de la Dirección de Enfermería de la Fundación Hospital Alcorcón, desde la perspectiva del Criterio "Procesos" del modelo EFQM de Excelencia. Adecuar las líneas de trabajo al modelo de Excelencia de la EFQM.

**Métodos:** *Ámbito:* Hospital público de nivel 2 de la Comunidad de Madrid. Estudio retrospectivo de la documentación relacionada con el criterio "Procesos" en la "Comisión de Calidad de Cuidados". Análisis de la actividad desarrollada desde la apertura del centro (4 años) en cada uno de los 4 subcriterios del Modelo, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora correspondientes.

**Resultados:** Se han identificado un total de 11 Puntos Fuertes y 7 Áreas de Mejora, en los que nos hemos basado para establecer nuevas acciones orientadas a corregir los puntos débiles del sistema de trabajo hasta la actualidad. Se ha ampliado la representación de las unidades asistenciales de enfermería en la Comisión de Calidad de Cuidados. Se han diseñado 5 grupos de trabajo específicos para la revisión de cada uno de los protocolos de cuidados de mayor impacto en el hospital. Estos grupos están integrados por enfermeros y auxiliares de enfermería de cada una de las unidades con mayor asiduidad en la aplicación de dichos protocolos.

**Conclusiones:** Realizar la autoevaluación, ha permitido: Conocer la situación en que se encuentra la sistemática de trabajo de la Comisión, según el modelo citado. Impulsar aquellos aspectos positivos, basados en el conocimiento de los puntos fuertes. Propiciar y adecuar nuevas formas de trabajo como respuesta a los puntos débiles del análisis. Se ha mejorado la implicación de los profesionales asistenciales con la participación en grupos específicos de trabajo. Trabajar sobre el círculo de calidad de todo el proceso.

**EL LIDERAZGO DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DESDE EL MODELO DE EXCELENCIA**

**P-095**

Onandía M, Maeso M, Artola M, Areizaga B, Urruela M  
Hospital de Basurto.

**Palabras clave:** Liderazgo Modelo Excelencia.

**Objetivos:** 1) Utilizar el Modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) para la planificación, despliegue, seguimiento y mejora de los objetivos del Plan de Gestión. 2) Comunicar los objetivos a todas las unidades con el fin de que cada supervisora, junto con su equipo de enfermería, los implante y participe en la consecución de los resultados de la organización.

**Métodos:** La dirección de Enfermería junto con la Dirección del Hospital, toma como referente para su gestión el Modelo de Excelencia de la EFQM en el año 1997. Es a partir de este momento cuando toda la División de Enfermería elabora los planes y objetivos a conseguir, de acuerdo al Modelo de Excelencia. Se identifican los procesos y las actividades para cada uno de los criterios agentes, los cuales nos van a permitir cumplir con los objetivos del Plan de Gestión y del Plan Estratégico. El elemento clave para llevar a cabo todo esto es la Supervisora, a quien consideramos líder en la organización. Entendemos como líder a la supervisora, capaz de alcanzar el éxito del equipo que dirige, implicándose personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta, mediante acciones y comportamientos adecuados, bajo un clima laboral de motivación y reconocimiento.

**Resultados:** *Liderazgo:* Dar reconocimiento verbal y escrito a las personas. *Política y estrategia:* Comunicación e implantación de los objetivos del Plan de Gestión. *Personas:* Adecuación de las competencias de las personas. *Alianzas y recursos:* Evaluación de tecnologías. *Procesos:* Acogida al paciente en la Unidad de Hospitalización. *Resultados en clientes:* Encuesta de percepción de clientes en relación con el personal de Enfermería. *Resultados en personas:* Encuesta de clima laboral. *Resultados en sociedad:* Número de premios recibidos. *Resultados clave:* Coste del personal de enfermería, nivel de calidad de los registros.

**Conclusiones:** 1) El modelo de Excelencia precisa para su desarrollo de la implicación de los líderes. 2) El adoptar el modelo como referente de nuestra gestión nos somete a un proceso de mejora continua. 3) La clave del éxito es contar con supervisoras líderes, apoyadas por una Dirección de Enfermería dinamizadora, accesible y participativa.

**LA VISIÓN: OBJETIVO O UTOPIA**

**P-094**

Colina-Alonso A, Latorre-Guisasola M, Guajardo-Remacha J, Regulez-Arriño P, Maeso-Gegundez M, Álvarez-Yeregi M

**Palabras clave:** Visión. Plan Estratégico. EFQM.

**Objetivos:** Definir la Visión en consenso y en consonancia con nuestra misión para poder ser alcanzada al término del desarrollo del plan estratégico.

**Métodos:** Para conseguir la Visión de nuestro hospital hemos realizado: 1) Reuniones de consenso con el Comité Directivo para definir la Visión. 2) La Visión tiene unos elementos que nos sirven para formularla. 3) Despliegue de la Visión, es decir de los elementos de formulación de la Visión a través del despliegue del Plan Estratégico. 4) Definir en el Plan Estratégico los objetivos "META" y los objetivos impulsores que nos pueden inducir a conseguir la visión. 5) Definir acciones o estrategias para obtener los objetivos impulsores. *Visión:* Elementos de formulación de la visión; Plan Estratégico; Objetivos "META"; Objetivos impulsores; Acciones-Estrategias.

**Resultados:** Tanto los objetivos impulsores como las acciones de mejora se han desplegado a través del Hospital con 2 métodos diferentes: 1) Pactando acciones y objetivos con los servicios. 2) Desarrollando una gestión de procesos en los servicios que tenían las características necesarias.

**Conclusiones:** El personal del Hospital aprecia que la Visión no es una entelequia o un objetivo de una dirección visionaria, sino que es un objetivo alcanzable y demostrable con el desarrollo del plan estratégico, dando a su vez una gran importancia a la ejecución del propio Plan Estratégico.

**AUTOEVALUACIÓN (MODELO EFQM) DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA**

**P-096**

Gómez N, Moriano MJ, Ceballos C, Alonso JC, Vicente LE  
Hospital Universitario de Salamanca.

**Palabras clave:** EFQM. Autoevaluación. SAU.

**Objetivos:** Desde la implantación de los SAU en la Atención Especializada contemplado en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD en 1984, la variabilidad que existe en esta atención es motivo de preocupación de los gestores. La Dirección del Hospital de Salamanca, inmerso en la gestión de la calidad total (Modelo EFQM) se plantea la realización de una autoevaluación y mejora sistemática de las actividades y resultados del SAU. La autoevaluación realizada y que presentamos, nos ha permitido ver como el SAU enfoca y despliega sus acciones para conseguir la satisfacción de los usuarios, del os empleados e impacto medioambiental de su actividad así como los resultados conseguidos. Conocer los puntos fuertes y áreas de mejora del SAU para la mejora sistemática de las actividades y de los resultados para poder comparar con un modelo de excelencia y promover la acreditación.

**Métodos:** Autoevaluación del Servicio de Atención al Usuario utilizando como referencia el Modelo Europeo de Gestión de Calidad. La autoevaluación ha sido realizada por dos evaluadores.

**Resultados:** Participación en el Plan Estratégico del Hospital, grupos de mejora, Comisiones clínicas, Comité de Bioética. Gestión de la información al usuario, de quejas y sugerencias. Análisis de resultados de encuestas de satisfacción poshospitalización, consultas y urgencias. Alianzas con Sociedades Científicas, Facultad de Psicología, ONGs, y diferentes representantes de los usuarios. Colaboración en programas sociosanitarios del SACYL. Participación en Formación Continuada. Publicación en Congresos y Seminarios y participación en el desarrollo del plan de comunicación del Hospital. **PUNTOS DÉBILES:** Mayor conocimiento del modelo EFQM. Mejora de la comunicación entre el SAU y Direcciones. Mejora de la Información a los Usuarios. Reforzar las alianzas con las asociaciones de enfermos, instituciones y entorno. Mejorar la sistemática de definición de los procesos clave del SAU. Incrementar el conocimiento que la persona tiene de los objetivos institucionales. Mejorar la identificación de las necesidades de formación. Revisión de protocolos y procedimientos de la Unidad. Mejorar la sistemática de detección de áreas de mejora del SAU.

**Conclusiones:** La autoevaluación realizada utilizando el modelo EFQM nos ha permitido conocer del SAU los puntos fuertes que debemos potenciar y las áreas en las que debemos desarrollar actividades de mejora.

## HOSPITAL DE SANTA MARINA UNA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA (EXPERIENCIA)

Arteta A

P-097

**Palabras clave:** Planificación. Consenso y Complementariedad.  
**Objetivos:** Partiendo de los condicionamientos que tenía el hospital de Santa Marina como centro de medio/larga estancia tratar de establecer: -La búsqueda de un segmento dentro del mercado sanitario donde ubicarse. -Elaboración de un modelo de hospitalización actualizado que respondiese tanto a demandas presentes como futuras. -Asentamiento del modelo dentro del mercado sanitario de Bizkaia así como su proyección futura.

**Métodos:** -Planificación Estratégica. -Análisis DAFO. -Elaboración de consensos (Misión, Visión). -Adopción del modelo de gestión de EFQM.

**Resultados:** -Los resultados de la gestión son positivos y continuos en el tiempo.

-Se ha logrado encontrar un segmento amplio de actuación para el Hospital actual y futuro.

-Hemos introducido el concepto de "Complementariedad" en la gestión de recursos sanitarios.

-Se ha conseguido asentar nuestro modelo de hospital introduciendo un factor de estabilidad/seguridad tanto en el futuro del centro como en el de sus componentes.

**Conclusiones:** Tal vez existan otras soluciones mas imaginativas e incluso momentáneamente mas brillantes a la hora de afrontar una crisis como la que tuvo en su momento el Hospital de Santa Marina pero desde nuestra experiencia podemos afirmar que si lo que se pretenden son soluciones con cierto "Calado" que permitan una visión a largo plazo esto solamente se consigue con una rigurosa planificación, tomas de decisiones basadas en datos objetivos, un elevado grado de compromiso que se plasme en consensos y una mejora continua de todo el proceso.

Esto posiblemente no suene muy "Innovador" pero es la única manera posible de introducir cambios en los comportamientos y actitudes de las personas y por lo tanto la única forma real de obtener resultados sólidos y avanzar.

## SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS URGENTES: INFLUENCIA DE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO

Ramos MA, Alonso E, López A, Benito C, Barrios MP, Latorre M  
*Hospital de Basurto.*

P-099

**Objetivos:** Minimizar el número de rechazos de muestras debidos a la HEMÓLISIS.

**Métodos:** 1) Se creó un grupo de trabajo que incluía personal de la Unidad de Análisis Urgentes (facultativos, supervisión y T.E.L.), del Servicio de Urgencias del Hospital (Supervisión de Enfermería) y de la Unidad de Calidad. 2) Se consensuaron criterios de muestra hemolizada para garantizar la homogeneidad del concepto de hemólisis. 3) Se revisó la bibliografía para identificar las causas más frecuentes de hemólisis. 4) Se elaboró una base de datos para realizar el control y seguimiento mensual de las muestras rechazadas por hemólisis y para objetivar los resultados de las acciones de mejora implantadas.

**Resultados:** *Análisis retrospectivo:* durante el año 2000, el porcentaje de muestras hemolizadas rechazadas osciló entre el 3,4 y el 5,5%. Durante el año 2001, las cifras oscilaron entre 4,5 y 7,4%. En el año 2002, el rango se encontraba entre el 7 y el 9%. *Análisis de causas:* a) En abril de 2002, con una cifra del 9% de hemólisis, se identificó la introducción de un nuevo catéter 20 GA- como una de las causas de las cifras tan elevadas. La sustitución de este catéter por otro más ancho 18 GA- cambió la tendencia y disminuyó las cifras de hemólisis a 7,7%. b) En diciembre de 2002 se introdujeron tubos de llenado suave para disminuir la turbulencia y la velocidad con que la sangre fluye en el tubo de vacío, durante su extracción. Esto permitió disminuir el porcentaje de muestras hemolizadas hasta el 6,3%.

**Conclusiones:** 1) El cambio de catéter de 20 GA por otro más ancho, de 18 GA permitió disminuir las muestras rechazadas por hemólisis un 14%. 2) La introducción de tubos de llenado suave disminuyó en otro 18% las muestras rechazadas por hemólisis. 3) El rechazo de muestras debidas a la hemólisis, en una unidad de análisis urgentes, puede mantenerse en cifras inferiores al 7% con dos sencillas modificaciones de la fase preanalítica.

## IMPLANTACIÓN DE UN MODELO FUNCIONAL Y PARTICIPATIVO: HACIA UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA

González-Fernández E, Bordons-Ruiz A, Gómez-Martínez ME, Pascual-Martínez N, Becerra D, Vilches-Pacheco M  
*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

P-098

**Objetivos:** Desarrollar un modelo organizativo orientado hacia la integración funcional y la gestión de proyectos, que impulse y facilite el proceso de mejora continua.

**Métodos:** Configurar un organigrama basado en la descentralización hacia las unidades, configurando un Área Técnica y de Gestión de Programas, de actuación transversal, un Área de Apoyo Estructural y orientando las direcciones asistenciales hacia la gestión de la calidad en la producción.

**Resultados:** El actual modelo organizativo de los hospitales públicos, de estructura fuertemente divisional, impide el desarrollo integrado de proyectos. Una estructura matricial facilita la integración funcional y la gestión eficaz de proyectos. La estructura avanza en este sentido: las direcciones asistenciales (médica y de enfermería) orientadas a la supervisión y planificación general, así como a las políticas de calidad de sus unidades, siendo las unidades asistenciales el eje de la organización. Y una estructura administrativa y de servicios orientada a asegurar las condiciones para que el núcleo operativo, es decir, los servicios asistenciales, alcancen sus metas. El Área Técnica y de Gestión de Programas facilitó la integración de los sistemas de información y gestión de las tecnologías del conocimiento, impulsó la gestión de procesos asistenciales y la gestión integrada de la calidad. La nueva estructura facilitó desarrollar actuaciones transversales en materia de calidad, de atención al usuario, de planificación de la actividad e impulsó la integración del proceso de gestión administrativa y de servicios.

**Conclusiones:** Vamos hacia un hospital con una formulación de misión basada en la continuidad del proceso asistencial, la integralidad dentro de una red, orientadas a definir qué se hace, para quién se hace, cómo se hace, y todo en el marco de una Política de Calidad cuya consecución de objetivos se basa en el compromiso decidido de la dirección y en la capacidad de los profesionales.

## ISO 9002 EN EL Sº DE RADIODIAGNÓSTICO DE LA FHM. SEGUIMIENTO DESDE SU IMPLANTACIÓN

Galarraga I, Marco A, Velázquez P, Horrach M, Mármol G, Moreno E  
*Fundación Hospital Manacor.*

P-100

**Palabras clave:** ISO 9002. Radiodiagnóstico.

**Objetivos:** Evaluar los resultados de la aplicación de las Normas ISO 9002 en el Sº de Radiodiagnóstico del Fundación Hospital de Manacor, desde su implantación en enero del año 2000 hasta abril del año 2003.

**Métodos:** Se revisan los 6 procesos (TAC, ECO, TLM, Mamografías y Radiología convencional), los 6 indicadores (Lista de Espera, Tiempo ciclo, Disponibilidad de Equipos, Placas desechadas, Recitaciones y Reclamaciones internas) existentes en el Sº de Radiodiagnóstico y las modificaciones, no conformidades y acciones correctivas que se han producido en el intervalo de tiempo mencionado.

**Resultados:** Se han abierto 6 no conformidades y las correspondientes acciones correctivas, así como un número no cuantificado de pequeñas modificaciones en la actividad cotidiana del servicio, como consecuencia y tras la implantación de las Normas ISO 9002.

**Conclusiones:** Hemos comprobado la mejora concreta en aspectos puntuales de funcionamiento del Servicio, como se refleja en las acciones correctivas, pero hemos notado sobre todo un cambio de mentalidad a la hora de organizar y realizar tanto el trabajo asistencial como la gestión del Servicio y el abordaje de los problemas que se presentan.



## MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL INMOVILIZADO EN EL CS RIOJA-ARGAME EMPLEANDO LAS NORMAS TÉCNICAS DEL INSALUD

P-101

Alonso-Lorenzo JC, Fernández-Fernández I, García-Merino A, Suárez-Fernández J, Vázquez-Alvarez R

**Palabras clave:** Atención Primaria. Inmovilizado. Evaluación.

**Objetivos:** Evaluar la calidad de la atención al inmovilizado utilizando las Normas Técnicas (NT) de la Cartera de Servicios del INSALUD dentro de un Proyecto de Mejora.

**Métodos:** *Dimensión:* calidad científico-técnica, unidades de estudio: Todos los pacientes incluidos en el servicio Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados en 2001 en el centro (N = 120). *Muestra:* se seleccionaron 59 historias a través de muestreo sistemático. *Criterios:* se emplearon como criterios las NT de la Cartera de Servicios del INSALUD. *Resultados:* se calculó el porcentaje de cumplimiento de cada subnorma, a partir de las subnormas se obtenía el resultado de cada norma, los resultados se compararon con la información preexistente del centro (evaluación de 2.000).

**Resultados:** En 10 historias clínicas (16,9%) no se identificó el criterio de inclusión, por lo que se evaluaron 49 historias. Figuraba la identificación de la persona cuidadora en 39 casos (79,6%), la situación sociofamiliar en 34 (69,4%), la identificación de los problemas de salud en 45 (91,8%), los tratamientos farmacológicos que seguía en 40 (81,6%), la valoración funcional en 41 (83,7%), un plan de cuidados en 24 (51,2%), y anotaciones sobre consejo/información 28 (57,1%). En la evaluación de 2.000 la identificación de la persona cuidadora se había realizado en el 66,7%, la situación sociofamiliar en el 72,2%, la identificación de los problemas de salud en 94,4%, los tratamientos farmacológicos que seguía en 83,3%, la valoración funcional en 55,6%, el plan de cuidados en 61,1% y anotaciones sobre consejo/información en 66,7%.

**Conclusiones:** El principal problema identificado es la falta de calidad del registro del servicio (criterio de inclusión en el servicio). Se observan empeoramiento en determinadas normas, como en el consejo/información sobre cuidados, no obstante otros apartados mejoran claramente, como es el caso de la valoración funcional. Se plantearon varias medidas correctoras: Clarificar en el equipo el criterio de inclusión, proceder a la actualización periódica y seguimiento de la calidad de los registros, actualizar el protocolo del inmovilizado y definir los contenidos de las visitas y la información a recoger con carácter obligatorio. Las NT pueden ser útiles para valorar el nivel de calidad prestada y valorar las medidas correctoras aplicadas.

## AUDITORÍA INTERNA SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2000 EN EL SUMMA 112

P-103

Jiménez-Domínguez C, Miquel-Gómez A, Infante-Rodríguez C, Fernández-Campos MJ, Segovia-Robles MI, Briñas-Freire MJ

**Palabras clave:** Auditoría Interna ISO.

**Objetivos:** Aplicación del proceso de Auditoría Interna en el marco de la norma UNE-EN ISO 9001:2000 al servicio SUMMA 112. Identificación de situaciones mejorables y no conformidades. Puesta en marcha de acciones de mejora. Aplicación de la mejora continua en la organización.

**Métodos:** Durante el 4, 5 y 6 de febrero de 2003 se realizó una auditoría interna en el SUMMA 112, según el proceso e instrucciones técnicas contenidos en el Manual de Calidad. *Alcance:* total (todos los puntos de la norma y todas las áreas del servicio). Se constituyó un equipo de auditores internos, nombrados por el Gerente, que reunía las condiciones especificadas en el proceso. Se elaboró un programa de auditoría interna que incluía la distribución de auditores, el alcance, las fechas y las áreas. La auditoría se realizó mediante la visita por pares a todas las áreas, revisando el cumplimiento del Manual de Calidad y de la Norma. Cada equipo de auditores realizó un informe con las no conformidades detectadas. El conjunto de lo hallado constituyó el informe final de la auditoría. La Responsable de Calidad elaboró el Plan de Acciones Correctoras tras el análisis de las no conformidades.

**Resultados:** -Se identificaron 32 no conformidades distribuidas en las siguientes áreas: Personal, Gestión Económica, Sistemas de Información, Formación, Relaciones Externas, Parque, Calidad y Atención al Usuario, Base Unidad Móvil de Emergencias, Gerencia, Unidad de Atención Domiciliaria, Asuntos Generales y Dirección Asistencial. Cada no conformidad fue sometida a análisis de causa y seguida de una acción correctiva. En el momento actual, 16 de las no conformidades han sido resueltas. El resto están siendo sometidas a acción correctiva y pendientes de reevaluar.

**Conclusiones:** El proceso de Auditoría Interna según la Norma se muestra como una herramienta útil en la detección de situaciones mejorables. Asimismo, permite la mejora progresiva del resto de procesos y la evaluación y mejora continua de los servicios. Es un proceso poco costoso que favorece la implicación del equipo directivo y la participación de los profesionales.

## ETIQUETADO DE BLISTER: UN SISTEMA EFICIENTE Y DE CALIDAD PARA EL ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN FORMA UNITARIA

P-102

Méndez-Esteban ME, Vicario-Zubizarreta MJ, Ferrari-Piquero JM, Herreros de Tejada A  
Hospital 12 de Octubre.

**Palabras clave:** Acondicionamiento. Medicamentos.

**Objetivos:** Describir un sistema rápido, seguro, cómodo y rentable para acondicionar medicamentos en forma unitaria, que garantiza la calidad en la identificación de fármacos distribuidos dentro del hospital.

**Métodos:** Como alternativa a otras formas de reenvasado de medicamentos se ha diseñado un sistema basado en generar etiquetas autoadhesivas que, adheridas a los blister de las presentaciones comerciales de los medicamentos permita fraccionar estos en unidades, cada una de las cuales contienen la identificación precisa para su administración segura a los pacientes.

**Resultados:** Desde enero del 2001 hasta julio del 2003 se han diseñado 305 etiquetas distintas con las que se han re-etiquetado 676.360 unidades. El sistema ha permitido disponer de medicamentos acondicionados en forma unitaria con total garantía de su identificación en un tiempo inferior al que se precisa con otras formas de re-ensado y con una mínima necesidad de material y de manipulación de los medicamentos.

**Conclusiones:** El acondicionamiento de medicamentos a través de un sistema de etiquetado de blister garantiza la calidad en la identificación de los mismos en forma unitaria de una manera limpia, rápida y eficiente.

## LA CALIDAD, ¿SOLO EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS?

P-104

Guzmán R, Oliveras M, Frias JC, Tirvió C, López ML

**Palabras clave:** Sistema de Calidad. Manual de Calidad. Normas UNE.

**Objetivos:** El Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación (SQAA) del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en el contexto de la puesta en marcha de un nuevo programa de acreditación sanitaria, ha considerado la conveniencia de asegurar su propia calidad con el objetivo de aunar a la Administración Pública Sanitaria de Cataluña con sus clientes a través de la mejora continua y la eficiencia en aras de dar unos servicios lo más excelentes posibles en el marco de la acreditación sanitaria. **Métodos:** Se describe el sistema de gestión de la calidad, basado en los criterios y normas de la serie EN 45000 de la Unión Europea y las fases de su implantación y desarrollo en el SQAA.

**Resultados:** Se expone el estado actual de la implantación operativa y se analizan las ventajas y problemas que ha supuesto su introducción en el SQAA.

**Conclusiones:** El SQAA, a través de su sistema de calidad, puede garantizar, en todas las actividades relacionadas con la acreditación sanitaria, que éstas se realizan con lealtad, compromiso y la mejor calidad posible, con lo que se produce un efecto de credibilidad, seguridad, confianza y transparencia en los clientes del SQAA en particular y de la Administración Sanitaria en general.

## LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS BAJO LAS NORMAS ISO

Ruiz-Sanz MA, Batres-Gómez S

P-105

**Palabras clave:** Normas ISO Emergencias Sanitarias.

**Objetivos:** Se pretende con esta comunicación explicar el proceso llevado a cabo en un Gerencia dedicada exclusivamente a las Emergencias Sanitarias, para la implantación de un sistema de calidad en relación con las normas ISO-UNE-EN 9002. Se describen los procesos acometidos y las dificultades encontradas entre los profesionales sanitarios. Se persigue demostrar la importancia de la concienciación de los cargos directivos en la implantación de los sistemas de calidad.

**Métodos:** El Servicio de Emergencias Sanitarias desde su implantación en el año 1999, se planteó como objetivo la certificación de calidad, bajo una norma concreta como primer paso para conseguir la certificación en calidad total. Para ello se constituyó, a iniciativa de la Gerencia, un Comité de Calidad formado por los Coordinadores de los Equipos de Emergencias según se iban implantando, estableciendo como requisito obligatorio, el que una vez que iniciará su funcionamiento un Equipo, el Coordinador asumiera la implantación y la definición de las instrucciones técnicas, protocolos, etc.

**Resultados:** En el mes de noviembre de 2001, dos años después de haber puesto en marcha este trabajo, se consiguió la certificación de calidad por parte de AENOR. Un año después de esta certificación, los Equipos de Emergencias a pesar de los cambios que se describen en nuestra comunicación, siguen utilizando los formatos y las normas contenidas en el *Manual de calidad*. Describimos en los resultados las dificultades en la recertificación debida sobre todo a los cambios en la estructura de la antigua Gerencia de Emergencias Sanitarias.

**Conclusiones:** La concienciación de la dirección de cualquier tipo de empresa y más en las sanitarias, es el instrumento esencial para la consecución con éxito de la implantación de un sistema de calidad. Por muy importante que sea la concienciación de los profesionales, si no se transmite desde la dirección la voluntad de seguir trabajando conforme a la norma descrita, poco a poco se perderán las capacidades antes conseguidas, con gran dificultad para retomarlas.

## IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN UN ESTABLECIMIENTO SOCIO SANITARIO (RESIDENCIA DE MAYORES)M

Ruiz-Sanz MA, Bohoyo G, Tiemblo C

P-107

**Palabras clave:** Residencia Normas Implantación.

**Objetivos:** Diseñar un sistema de gestión de la calidad en un establecimiento sociosanitario dedicado a la atención de personas dependientes y validos. Permitir a los clientes internos y externos, identificar y diferenciar los servicios ofrecidos por las residencias. Permitir a los profesionales ejercer su actividad con la ayuda de las especificaciones técnicas contenidas en las normas.

**Métodos:** Diseñar el Plan de Calidad con definición de estándares con todos los procesos que se llevan a cabo en el centro. Definir los procesos que se llevan a cabo en el centro. Establecer sistemas de medidas y de sistema de información del funcionamiento de todos y cada uno de los procesos que se llevan a cabo en el centro. Definir y poner en marcha el sistema de auditoría interna y externa.

**Resultados:** El proceso de implantación del sistema de calidad, da como resultado en su primera fase un documento que denominamos manual de la calidad, para ello ha sido preciso el seguimiento del método que se describe en el punto anterior y el planteamiento de las normas concretas, instrucciones técnicas y procedimientos, para medir la calidad del servicio que se lleva a cabo.

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia en la implantación de este sistema, el objetivo conseguido se reduce por el momento a la elaboración del manual con el consenso de la jerarquía y de la dirección de la residencia sociosanitaria. Los pasos que se deben seguir a partir de ese proceso requieren el impulso de la dirección y la colaboración de todos los profesionales. La implantación de una norma de calidad en un establecimiento sociosanitario con un personal limitado, resulta según nuestro criterio, menos dificultoso que en establecimientos de ámbito puramente sanitario.

## ESTANDARIZACIÓN DE TAREAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS

Olano J, Escribano M, Astier P, Artiga Jr, Beltrán A, Arnal JA  
*Hospital Clínico Universitario San Juan Bosco.*

P-106

**Objetivos:** Identificar las actividades hospitalarias que precisan coordinación de recursos o definición de pautas de actuación entre unidades o servicios. Elaborar procedimientos de actuación siguiendo el esquema de las normas ISO y evaluar la implantación de estos procedimientos.

**Métodos:** Durante el año 2002 se ha puesto en marcha la elaboración de procedimientos definiendo unos criterios básicos en el primero de los procedimientos aprobados, la "Guía para elaborar procedimientos". En esta guía se indica que todos los profesionales del hospital pueden proponer nuevos procedimientos, cuáles son los criterios para la elaboración y cómo es el proceso de aprobación, que pasa por el estudio por parte de la Unidad de Calidad y posteriormente, por la Comisión de Dirección. La difusión de los procedimientos aprobados se realiza a través de la intranet del hospital y del correo electrónico, así como un envío periódico de algunos documentos por correo normal. Existe un sistema de códigos y de datos mínimos de cada procedimiento que facilita su revisión y difusión.

**Resultados:** Además de la aprobación y difusión a todos los mandos intermedios del primer grupo de procedimientos dentro de una carpeta que inició la Guía de Procedimientos, durante el año 2002 se han revisado y aprobado 23 procedimientos. De estos, 13 se incluyen en la categoría de Procedimientos Generales, 7 dentro de los Procedimientos Específicos (propuestos por un Servicio, pero de aplicación general), y otros 3 propuestos por la Direcciones (Médica, de Enfermería y de Gestión). Se ha completado la difusión de todos los procedimientos aprobados, y está prevista la revisión de su uso como uno de los objetivos planteados por el hospital para este año.

**Conclusiones:** La existencia de normas y procedimientos escritos que afecten a aspectos generales de la organización del hospital es un requisito de todos los modelos de acreditación y de evaluación de la excelencia. El sistema de procedimientos basado en el esquema ISO tiene la ventaja de la facilidad de uso y de estandarización de esas normas.

## ANÁLISIS DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD PUBLICADOS POR LA JOINT COMMISSION PARA LA ACREDITACIÓN DE LA UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA

Olmos-Linares AM, Llorente-Herranz M, Fernández-Renedo C  
*Hospital de León.*

P-108

**Palabras clave:** Estándares UCI.

**Objetivos:** La publicación por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, de los estándares de Calidad para la acreditación de las Unidades de Cuidados Intensivos, nos ha animado a realizar mediciones sobre el grado de cumplimiento de dichos estándares en nuestra Unidad, midiendo el porcentaje de adecuación de los distintos ítems, siguiendo los protocolos de actuación publicados en el Servicio, en los casos en los que existía.

**Métodos:** Durante los meses de marzo y abril, se ha realizado una evaluación de los estándares descritos por la Joint Commission, todas las mañanas a la misma hora de forma reglada, que seguía las recomendaciones del documento. En este trabajo, enviamos los resultados obtenidos en la evaluación de los cuatro primeros, siendo el resto objeto de otras comunicaciones.

**Resultados:** *Estándar nº 9:* Grado de satisfacción familiar: Se realizó estudio mediante encuesta de satisfacción elaborada al efecto, con 20 ítems de respuesta múltiple, con un valor mínimo de 1 y un máximo de 5. Se analizan la confianza, proximidad, información y apoyo. La media general ha sido una puntuación de 4. *Estándar nº 10:* Estancia prolongada en UCI polivalente: Determinado por una estancia mayor de 7 días. 35,9% de pacientes tuvieron una estancia superior. *Estándar nº 11:* Mortalidad hospitalaria para los pacientes críticos. Número de pacientes ingresados en UCI con resultado de éxitus en relación con la mortalidad predicha con el Score APACHE II calculado en las primeras 24 horas del ingreso. Resultó un 0,4% menor de la predicha con el score.

**Conclusiones:** Se desprende del análisis de estos estándares la existencia de un alto grado de satisfacción familiar así como una mortalidad ajustada a las predicciones realizadas con un Score mundialmente aceptado. Sin embargo estamos estudiando de qué forma podemos disminuir nuestras estancias.

## EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS

Cordero-Roselló A, Sáez O, Planells-Prats J, Serra-Ferrer R, Lisbona-Moreno E, Guasch I, Costa I

P-109

**Palabras clave:** Inmovilizados. Domicilio. Cumplimiento Normas Técnicas.

**Objetivos:** Evaluar el adecuado cumplimiento de las normas técnicas mínimas del Servicio 313 (Atención a Pacientes Inmovilizados). Dichas normas son: N.T. 313.1 (Motivo de inclusión), N.T.313.2 (Identificación de los cuidadores del paciente valoración de la situación sociofamiliar), N.T. 313.3 (Valoración clínica de problemas de salud relevantes y tratamientos farmacológicos), N.T. 313.4 (estado de nutrición, control esfinteriano, estado de piel y faneras, conciencia y presencia/ausencia de síntomas físicos), N.T. 313.5 (valoración funcional de las actividades de la vida diaria), 313.6 (plan de cuidados y consejos sobre cuidados que recibe el paciente y/o cuidador), N.T. 313.7 (hacer una visita trimestral registrando la evolución del estado general, revisión del plan de cuidados, consejos que recibe el paciente y/o cuidador y fecha aproximada de la siguiente visita). Se hizo una evaluación del servicio 313 en Octubre del 2001 y una reevaluación en Octubre del 2002.

**Métodos:** El médico hacía la primera visita domiciliar de captación y una visita anual en la que actualizaba las normas técnicas mínimas 1 a 6, aparte de las visitas de atención domiciliar urgente solicitadas por el paciente, la familia o la enfermera. La enfermera se encargaba de las visitas trimestrales. Primero se recogieron en sendas tablas las frecuencias absolutas y relativas de incumplimientos de las diferentes normas técnicas mínimas del Servicio 313 correspondientes a octubre de 1999 y octubre del 2001. Se compararon dichas frecuencias y se representaron en un diagrama de Pareto. Aplicando el ciclo de mejora, se llevó a cabo una reevaluación en noviembre de 2002 del mismo servicio y se compararon sus resultados con la auditoría de octubre del 2001. Se representaron los resultados de ambas evaluaciones en un gráfico de estrella o radar.

**Resultados:** En la reevaluación 2001-1999, las mejoras absolutas de cumplimiento estadísticamente significativas se observaron en los criterios: identificación del cuidador/es del paciente (mejora del 20,86%, con una significación del 0,007), estado de nutrición (16,1, significación del 0,02), consejos al cuidador principal (19,74, 0,026), evolución del estado general en las siguientes visitas (38,79%, < 0,001), revisión del plan de cuidados en las visitas de control (43,55, < 0,001), consejo sobre el plan de cuidados (48,31, < 0,001) y fecha de la siguiente visita (30,38, < 0,001). En la reevaluación 2002-2001, todos los criterios salvo el plan de cuidados (82,05%) y consejos sobre cuidados (79,48%) arrojaron el mismo nivel de cumplimiento: 94,87%. El motivo de inclusión alcanzó el 100% de cumplimiento. También se alcanzó el 100% de cumplimiento en el motivo de inclusión de la evaluación del 2001. Los demás criterios de la evaluación del 2001 alcanzaron niveles de cumplimiento inferiores, oscilando entre el 64, 78 y 91% de cumplimiento. La mejora absoluta global del 2002 frente al 2001 fue del 9,81%.

**Conclusiones:** Se observa una mejora en el cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas del servicio 313 desde que se puso en marcha las actividades de calidad en nuestro Centro de Salud. Se han reorganizado las agendas de visita domiciliar y se tienen en cuenta todos los criterios a la hora de visitar a los pacientes inmovilizados. Se verificará la continuidad del cumplimiento con los ciclos de mejora.

## TEMA 4-I

# Sistemas de información

## CERTIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR

Fernández-Mastro JM, Godoy-Barrero M, Ferrer-Aguareles JL, Benegas-Capote JM, García-Domínguez MI, Gago-Frutos I

P-110

**Objetivos:** Regular, mediante Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, el procedimiento adecuado para emitir las certificaciones de los Programas de Garantía de Calidad de estas instalaciones.

**Métodos:** Examen de la legislación vigente en la materia conjuntamente por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias y el Servicio de Protección Radiológica del Servicio Extremeño de Salud, a efectos de su aplicación en el ámbito autonómico.

**Resultados:** Según diagramas de flujo del procedimiento regulado.

**Conclusiones:** La efectividad y agilidad del procedimiento regulado en la norma exige esfuerzos inversores en estructura, adecuada coordinación entre los aspectos administrativos y técnicos, y una planificación adecuada de las necesidades de formación específica por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Seguridad Nuclear.

Una vez en vigor, la Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo concederá un plazo de dieciocho meses para que las aproximadamente 300 instalaciones de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear existentes en la Comunidad Autónoma, se adapten a lo dispuesto en la misma.

## INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD EN EL CUADRO DE MANDO INSTITUCIONAL

Santiñá M, Conesa A, González M, Prat A, Trilla A, Asenjo MA  
Programa de Calidad. Dirección Técnica. Corporación Sanitaria Clínica de Barcelona.

P-111

**Palabras clave:** Sistema de Información. Programa de Calidad. Calidad Asistencial.

**Objetivos:** Integrar la información desarrollada en el Programa de Calidad en el Sistema de Información Institucional sintetizado en el Cuadro de Mando.

**Métodos:** A partir de los datos disponibles y de la definición de los indicadores de calidad técnica y percibida utilizados en el Programa de Calidad Asistencial, editados en forma de glosario terminológico, se diseñó la información a incluir en el Cuadro de Mando Institucional, siguiendo los criterios que rigen su confección. La información proporcionada trimestralmente, comprende tanto los resultados globales, como los correspondientes a los diferentes Institutos de Gestión Clínica, en los que está organizado el hospital. Así mismo se realiza un seguimiento de los Objetivos de Calidad que anualmente se fijan en cada uno de estos Institutos.

**Resultados:** Presentamos el formato con el que se presenta en el Cuadro de Mando Institucional los resultados del Programa de Calidad, en cuanto a objetivos anuales, indicadores de calidad técnica (reingresos < 31 días, mortalidad, infecciones quirúrgicas, caídas, úlceras por presión, etc.) e indicadores de calidad percibida (altas voluntarias, reclamaciones, valoración del usuario, etc.). En el caso de los indicadores se compara el año actual respecto al anterior y se indica su tendencia.

**Conclusiones:** La estructuración de un sistema de información es clave para el desarrollo de un Programa de Calidad en un hospital Universitario de tercer nivel asistencial, y es el paso previo a la automatización de todo el sistema, lo cuál redundará en validez y fiabilidad de los datos (eficacia) y en evitar duplicidades de trabajos y errores de introducción de datos (eficiencia).



## UTILIZACIÓN DEL MUESTREO DE ACEPTACIÓN POR LOTES (LQAS) PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Ríos-Morata B, López-Martínez I, García-Ahlers C, Alcaraz-Martínez J, Ruiz-Sánchez M, Izquierdo-Vendrell E

P-112

**Palabras clave:** Informe de alta. LQAS. Calidad.

**Objetivos:** Evaluarla puesta en marcha de un sistema de monitorización de la calidad del informe de alta, mediante el método LQAS. Evaluar la fiabilidad de la medida.

**Métodos:** Se partía del establecimiento del nivel estándar de cumplimiento del 90% y un umbral del 75%, fijados por la dirección del centro para este año 2002. Con estos niveles, estableciendo un error  $\beta$  del 20% y  $\alpha$  del 5%, se debería dar un cumplimiento en, al menos 26 de 33 casos. Se realizó un muestreo entre 1.606 informes de alta recogidos en noviembre y diciembre del 2002 en el Archivo del Hospital. Se clasificaron por Servicios y se obtuvo una muestra de 33 historias en cada uno, mediante muestreo aleatorio sistemático. Se evaluaron los criterios establecidos, tomando como fuente la orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se evaluó la fiabilidad interobservador entre los miembros del equipo evaluador. Posteriormente los resultados se expusieron en la Comisión de Historias Clínicas, proponiéndose este método como el modelo a adoptar para medidas posteriores.

**Resultados:** Se evaluaron los resultados en 21 Servicios asistenciales del Hospital, con la salvedad que en 5 de ellos la muestra no llegó a 33 casos. Se estudiaron 24 criterios en cada Servicio, siendo la media de cumplimiento de 19,4 criterios por servicio, con un rango desde 13 a 24 criterios en cada Servicio. En cuanto a la fiabilidad, en 8 de los 24 criterios se evidenciaron diferencias entre los observadores.

**Conclusiones:** Se ha constatado un alto cumplimiento del nivel establecido, observándose diferencias entre servicios. Se deberían adoptar mejoras en cuanto a la aclaración de los criterios con problemas de interpretación.

## ¿CON LA INTRODUCCIÓN DE LA INFORMÁTICA SE MEJORAN LOS INFORMES DE ASISTENCIA?

Galobart-Roca A, Suñol-Mateo L

P-113

**Palabras clave:** Informática. Comunicación Informe.

**Objetivos:** El Informe de asistencia del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) es el nexo de unión entre la asistencia hospitalaria y primaria. Es propiedad del paciente y sus módulos están regulados. Un informe de asistencia de calidad debe de ser veraz, sensible, específico, corto y claro para el que lo ha de leer e interpretar. Clásicamente estos informes han sido escritos a mano pero con el advenimiento de la informática cada vez se utiliza más el procesador de textos, integrado a un programa gestor de la HH.CC., como en nuestro caso, o no. Esta circunstancia ha hecho que se corrijan numerosos defectos anteriores pero ha introducido otros. Se pretende efectuar una valoración cualitativa del informe de asistencia de nuestro Centro.

**Métodos:** En febrero de 2002 se efectuó el estudio de 589 informes de asistencia de nuestro SUH. La herramienta utilizada fue una hoja de criterios de evaluación de dos bloques: Bloque A, de aspectos generales, con 6 ítems y Bloque B, de aspectos asistenciales, con 7 ítems. Las respuestas a los ítems eran: sí, no y no valorable. Esta herramienta es una adecuación de una utilizada en 1997 con el mismo fin. Se establecieron unas normas de cumplimentación de los criterios. Como variables independientes se seccionaron el área (variable controlada), fecha, hora de llegada al SUH y la identificación del médico firmante.

**Resultados:** De los 589 informes 196 (33,3%) correspondieron al área de medicina interna y el resto a COT. Del bloque A destaca: el nombre del paciente está correctamente redactado en 433 casos (95,2% válido); Se utiliza un solo idioma en 549 casos (93,2%v); y El encabezamiento administrativo es de redacción correcta en 427 casos (80,1%v). Del Bloque B destaca: El formato y diseño de la escritura es inteligible en 557 casos (94,6%v); Las abreviaturas son las habituales en 485 casos (82,9%v); El informe está completo con todos los módulos en 551 casos (93,5%v); El diagnóstico está codificado en 499 casos (87,1%v) y se detectó la existencia de texto "huérfano" en 78 casos (13,2%v).

**Conclusiones:** 1) Con la incorporación de las herramientas informáticas se estandariza el modelo del informe de asistencia de los SUH. 2) Se corrigen las deficiencias derivadas de la escritura manual. 3) Se introducen nuevos aspectos a mejorar propios de las herramientas informáticas como "cortar y pegar". 4) Se tiene que evitar la coexistencia de dos idiomas en el mismo informe, como consecuencia del punto 3. 5) Es necesario insistir en el buen y justificado uso de las abreviaturas.

## REINGRESOS HOSPITALARIOS Y FACTORES ASOCIADOS

Sánchez-Moliní P, Sanz-Sebastián C\*

Servicio de Medicina Interna. \*Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de La Princesa de Madrid.

P-114

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de reingresos en un Servicio de Medicina Interna (MI) de un hospital terciario y los factores asociados. Se plantea este objetivo considerando que el reingreso hospitalario constituye un indicador de calidad en el que intervienen factores que pueden ser modificados.

**Métodos:** Estudio del CMBD de MI del año 2001 del Hospital U. de la Princesa de Madrid. Revisión de historias clínicas. Se ha considerado reingreso a todo episodio de ingreso urgente en el mes siguiente al primer ingreso. Se analizan las características de los pacientes y se relacionan los reingresos con otras variables de interés.

**Resultados:** En el año 2001 reingresaron 141 pacientes previamente dados de alta por MI (porcentaje de reingresos del 7%) y supusieron un total de 172 episodios de reingreso. La mediana de los pacientes con > 1 reingreso fue 2. El 56% eran varones. Edad media 74 (DE = 16). Junio fue el mes con mayor tasa específica de reingresos (11%), jueves el día de la semana (22%). El 74% reingresó en MI. La estancia media del episodio que generó el reingreso fue 9,8 días (DE = 7) sin diferencia con estancia media del total de ingresos ( $p > 0,05$ ). La media de días entre el alta y el reingreso fue 12 (DE = 7). Distribución por tramos: 0-3 días = 13%, > 3 días ≤ 7 días = 20%, > 7 días = 67%. La estancia del último día del primer ingreso era adecuada (criterios AEP) en un 18% de episodios. El AEP de ingreso del reingreso inadecuado en un 6%. Los reingresos por insuficiencia cardíaca y respiratoria supusieron el 68% del total. En el 95% de los casos existía comorbilidad. El 30% de los pacientes tenía desnutrición moderada o severa (50% si > 1 reingreso). El 35% tenía situación social de riesgo (80% si > 1 reingreso). El 61% acudió al Servicio de Urgencias por iniciativa propia, 23% por Servicio de Urgencias extrahospitalario y 16% previa valoración por Atención Primaria. El informe de alta del primer ingreso es mejorable en un 10% de episodios. Motivo de reingreso: 68% empeoramiento patología previa, 22% causa no relacionada con ingreso anterior, 4% por infección adquirida durante ingreso anterior, 6% otros. El 25% falleció durante el reingreso.

**Conclusiones:** la tasa de reingresos obtenida es elevada. El reingreso se ha asociado a elevado riesgo social. Para disminuir los reingresos y, mejorar así la calidad asistencial, es importante evitar el alta hospitalaria prematura, favorecer la comunicación Atención Primaria - Atención Especializada y manejar adecuadamente de la situación social.

## EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE UN IMPRESO NUEVO DE SOLICITUD DE MAMOGRAFÍA

Carnero-Ruiz M, García-Pérez M, Castro-Copete MC, Candela-Reig M, Puche-Martínez J, Jiménez-Marco A  
Hospital Universitario San Juan, Alicante.

P-115

**Objetivos:** Evaluar un nuevo impreso de solicitud diseñado para facilitar la aportación de datos relevantes que permitan valorar el grado de urgencia para la realización de la prueba y disponer de información suficiente para realizar el informe radiológico. Previamente a la implantación del impreso nuevo cada facultativo recibió una carta explicándole los motivos del cambio de impreso y lo valioso de su ayuda al rellenar correctamente el nuevo modelo. Con anterioridad se habían analizado 395 solicitudes de mamografía en las que se detectó una baja cumplimentación de los datos relativos a la historia y exploración de las pacientes remitidas al Servicio de Radiología desde el Centro de Especialidades.

**Material y métodos:** Se han revisado las nuevas solicitudes remitidas por los especialistas del Centro de Especialidades (Ginecología y Cirugía General). Se han valorado un total de 13 criterios de calidad agrupados bajo los epígrafes: datos demográficos, antecedentes familiares y personales (menopausia, tratamiento hormonal sustitutorio, tumores no mamaros), antecedentes mamaros, mamografía/ecografía previas, motivo de consulta (mastodinia, tumoración), datos de exploración mamaria (inspección, palpación y secreción).

**Resultados:** el análisis global de los datos demuestra que la tasa de cumplimentación para todos los apartados está por encima del 54%, alcanzando en algunos el 90% (inspección), existencia de exploraciones anteriores 80%, y un 64% aportaron datos de la palpación. Se observaron diferencias importantes en el grado de cumplimentación entre ambas especialidades y escasa entre facultativos dentro de la especialidad. Una de las especialidades tiene una media de aporte de datos del 89%. La otra especialidad alcanza una media del 10% de manera uniforme excepto para el criterio de inspección mamaria que alcanza el 89%. (Gráficos)

**Conclusiones:** 1) Es llamativa la diferencia entre dos especialidades en el grado de cumplimentación de la nueva solicitud. Es un apartado a analizar. 2) Ha mejorado sensiblemente la cantidad y calidad de los datos con la introducción de la nueva solicitud. 3) Lo anterior nos ha permitido manejar la lista de espera con una menor incertidumbre y establecer prioridades de cita con criterios más adecuados. 4) Una información más detallada permite realizar las exploraciones más indicadas en cada caso concreto. 5) Cualquier cambio por pequeño que sea necesita implicar a todos los agentes para evitar futuras resistencias.

## LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS: CONTROL DE GESTIÓN

Gámez-Peláez IM

Hospital de Antequera, Málaga.

P-116

**Palabras clave:** Calidad Sistemas Información.

**Objetivos:** En los últimos 25 años se ha producido un cambio demográfico y socio-epidemiológico que ha supuesto a su vez un cambio en el marco conceptual y en las herramientas para la gestión de salud. Estos factores han suscitado la necesidad de crear nuevos modelos de financiación y gestión de la provisión de servicios sanitarios. Surgen por ello interrogantes como: ¿Cuántos sistemas de información necesitamos?, ¿Qué debe contener cada uno de ellos?, ¿Cómo organizar y asegurar que se suministren los datos requeridos?, ¿Quiénes lo utilizarán y para qué?. Con esta comunicación intentaremos justificar la relación entre calidad asistencial y calidad en los Sistemas de Información para el Control de Gestión.

**Métodos:** Se ha desarrollado un análisis en torno a los siguientes contenidos: 1) Justificación de la necesidad de Sistemas de Información en la Sanidad Pública. 2) Calidad asistencial y gestión eficiente de los recursos: Sistemas de Información para el Control de Gestión.

**Resultados:** Factores tecnológicos, sociales y económicos justifican los cambios producidos en las Organizaciones Sanitarias, lo que ha provocado una nueva forma de prestar el servicio sanitario, que necesita de Tecnologías de la Información. El principal reto de las autoridades sanitarias consiste en resolver dos demandas contradictorias: a) Por una parte facilitar al ciudadano el acceso a una asistencia de calidad. b) Y por otra, el mantener sus costes a un nivel compatible con el crecimiento de la riqueza del país.

**Conclusiones:** Las Consejerías de Salud establecen en sus Contratos Programas la necesidad de una continuidad de la asistencia sanitaria, cuyos ejes fundamentales son: la calidad del proceso asistencial, las mejoras en la accesibilidad de los servicios y una mayor transparencia ante el ciudadano. Todo ello no es posible sin una verdadera apuesta por el desarrollo de unos Sistemas de Información sanitarios de calidad, y que contribuyan de forma permanente a la búsqueda de la excelencia en la asistencia sanitaria, dentro del Sistema Sanitario Público.

## PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ARCHIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Hernández S, Albarracín A, del Amo R, Bravo P

Servicios de Archivo y Documentación Clínica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

P-118

**Objetivos:** Establecer criterios, indicadores y estándares en un servicio de Archivo con el fin de proceder a su evaluación e identificar oportunidades de mejora.

**Metodología:** El Servicio de Archivo y Documentación Clínica en una serie de reuniones, establece y prioriza, mediante técnicas cualitativas, una serie de puntos críticos sobre los que actuar y que se evaluarán en un período de un año.

**Resultados:** Objetivos de calidad: tasa de exhaustividad (historias clínicas no localizadas), historias clínicas (HHCC) duplicadas, errores en archivado (errores ubicación HHCC / total HHCC), HHCC fuera de archivo (HHCC depositadas fuera archivo/ x diaria salidas), número de préstamos programados, número de préstamos no programados, tiempo de respuesta del archivo en petición de HHCC y tiempo de respuesta del archivo en petición de HHCC urgentes (préstamos no programados).

**Conclusiones:** Los profesionales de los servicios hospitalarios han de especificar sus objetivos de calidad en relación con las recomendaciones de las Sociedades Científicas y con las líneas estratégicas de calidad de la institución.

## DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA (ME\_JORA\_F 1.0)

Álvarez E, Jiménez-Ojeda B, Valverde E, Ortega G  
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

P-117

**Palabras clave:** Accreditation. Continuous Quality Management. Quality indicators.

**Objetivos:** Desarrollo de una herramienta soporte a la acreditación de actividades de formación continuada que apoye la implantación del sistema de acreditación establecido por la Comisión Nacional de Salud en Andalucía y que facilite el proceso a todos los implicados (solicitantes, evaluadores, administración).

**Métodos:** Para el desarrollo de la aplicación se ha seguido el Modelo de Desarrollo de Software en Espiral (Pasos (i): Especificación de requerimientos, Análisis, Diseño, Implementación y Pruebas -> Versión i, i = 1..n) y metodología de gestión de proyectos informáticos. La especificación de requerimientos parte de los conceptos de gestión, calidad, aprendizaje y mejora continua que caracterizan al Modelo de Acreditación Andaluz; se han realizado simulaciones de todo el proceso en la aplicación de manera interna; y, finalmente se está desarrollando una fase de validación de todo el sistema utilizando la formación interna programada para el año 2003 de un Distrito de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

**Resultados:** Funcionalidades generales: Accesible desde cualquier puesto/lugar (teletrabajo-web). Flexible (parametrizable a partir de tablas maestras). Mantenimiento centralizado de los ítems de valoración (check-list, de evaluación) del componente cualitativo de las actividades de formación (Objetivos, organización y logística, pertinencia, metodología y evaluación). Interfaz orientada a la agilización del proceso (visión global de tiempos, agenda de tareas pendientes por usuarios/perfiles, avisos automáticos de eventos por e-mail). Ayuda on-line en la elaboración de la solicitud, aportando conceptos y terminología específica de formación. *Seguridad:* dispone de diferentes perfiles de acceso a la aplicación y mantiene un registro de las operaciones realizadas por cada usuario. Incorpora todo el proceso eliminando el papel. Registro centralizado de información multiusuario: 1) *Elaboración de la solicitud* por el proveedor de FC. 2) *Designación de Evaluadores* por la Agencia. 3) *Evaluación de la actividad de formación continuada* (componente cualitativo y cuantitativo) por evaluadores de la Agencia. 4) *Acreditación de la actividad* (asignación de créditos). 5) *Seguimiento proceso/de acreditación* (proveedor-Agencia). 6) *Gestión global del histórico de acreditaciones del proveedor*, indicando en todo momento el estado de las actividades de formación (acreditadas/no acreditadas/pendientes de evaluación). 7) *Informes/Consultas* sobre las actividades (proveedor- Agencia).

**Conclusiones:** La aplicación informática creada para la gestión de la acreditación de actividades de FC genera valor añadido al sistema acreditador en el desarrollo del proceso, al disminuir tiempos de coordinación entre los agentes implicados, dotar de mayor transparencia en las relaciones proveedor- Agencia y capacidad de gestión de la mejora al disponer de información sobre la evaluación para la toma de decisiones.

## MEJORAS REALIZADAS TRAS LA PUBLICACIÓN DE LA LEY FORAL 11/2002 SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Jiménez MP, Sada FJ, Esparza AM  
Centro de Cons. Príncipe de Viana.

P-119

**Palabras clave:** Historia clínica. Documentación clínica.

**Objetivos:** Analizar los aspectos contenidos en la ley sobre el tratamiento de la historia clínica y formular propuestas de mejora en nuestra actividad diaria para adecuarnos a la misma.

**Métodos:** Tras su aparición en el Boletín Oficial de Navarra nº 58, de 13 de mayo de 2002, se convocó una reunión de la Comisión Asesora Técnica de Historias y Documentación Clínica, incluyendo en el orden del día el análisis de la ley y haciendo especial hincapié en el capítulo V que trata sobre la historia clínica.

**Resultados:** Analizada la ley y disponiendo de un plazo de un año para adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias a la hora de adaptar el tratamiento de las historias clínicas a las previsiones contenidas en la misma, se decidió enviar por correo electrónico (767) una carta a los profesionales sanitarios de la red hospitalaria de Pamplona en la que se resumían las premisas básicas de la ley, que fueron también incorporadas en el Manual de Uso y Acceso de la Historia Clínica, cuyos aspectos más importantes, junto con las medidas adoptadas, se resumen a continuación: *Derecho a la intimidad:* Confidencialidad de los datos y conocer quién accede, motivo del acceso y uso que se ha hecho de ellos. Incorporar campos obligatorios al volante de solicitud de historias clínicas. Instalar la aplicación informática de movimientos de historias en estaciones fuera del Archivo para registro del préstamo de historias entre servicios. Inhabilitar la opción de "Otros" como motivo de solicitud. Tratamiento de la historia clínica: Garantizar que quedan registrados todos los cambios e identificados los médicos y profesionales asistenciales que los han realizado. Cualquier información incorporada a la historia clínica debe ser datada y firmada de manera que se identifique claramente la persona que la realice. Las historias estarán normalizadas en cuanto a su estructura lógica. Cada centro tiene sus propios documentos normalizados. Como esta ley afecta tanto al campo público como privado, parece más acertado que sea el Departamento quien dicte qué modelos serían los recomendados. Cualquier impreso nuevo que a partir de ahora se quiera incorporar a la historia clínica deberá contar con el visto bueno de la Comisión. *Derechos en relación al contenido:* La historia clínica debe tener un número de identificación y debe incluir datos de identificación del enfermo y de asistencia, datos clínico-asistenciales y datos sociales. Los centros sanitarios deben disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen. Desde esta Comisión se acepta esta ley como un reglamento respecto a los contenidos y modelos que deben figurar en la historia clínica. *Derechos de acceso a la historia clínica:* Los profesionales asistenciales que están implicados en el diagnóstico o tratamiento del enfermo. Con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente. Aquel personal que accede a la historia clínica queda sujeto al deber de guardar secreto. Se añade un párrafo recordatorio en el volante de solicitud. *Conservación de la historia clínica:* Un mínimo de cinco años desde la muerte del paciente o desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. Todo el tiempo que sea necesario, si la documentación fuera relevante a efectos preventivos, asistenciales o epidemiológicos. Ello deberá quedar reflejado de forma claramente visible en los sobres que contienen la historia clínica, tanto en el de papel como en el de radiografías.

**Conclusiones:** La comunicación por correo electrónico es rápida, universal y de bajo coste. La instalación de la aplicación informática de movimientos de historias en estaciones ajenas al Archivo ha contribuido a conocer en todo momento quién tiene la historia clínica. El hecho de contemplar modelos normalizados ha supuesto evitar la incorporación a las historias clínicas de manera indiscriminada de modelos no autorizados. Se abren posibles soluciones respecto a la conservación de la historia clínica, al fijar tiempos mínimos.

## ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE USO Y ACCESO DE HISTORIA CLÍNICA, SOPORTE PAPEL

Jiménez MP, Sada FJ, Larraya L y Miembros de la Comisión Asesora Técnica de Historias y Documentación Clínica  
*Centro de Cons. Príncipe de Viana.*

**Palabras clave:** Historia clínica. Manual.

**Objetivos:** Describir la sistemática de trabajo seguida para la elaboración y puesta en marcha del Manual de Uso y Acceso de HC, soporte papel y la estructuración del mismo.

**Métodos:** Dividimos el proceso en seis fases. 1) Fase de planificación: Se recopilan documentos referentes: manuales de varios hospitales, leyes, circulares, etc. Se forman dos grupos de trabajo y se fijan los objetivos A: Circuitos organizativos B. Autorizaciones, responsabilidad y confidencialidad. 2) Fase de elaboración: Se une el trabajo de los dos grupos y se estructura el contenido del Manual de acuerdo a los siguientes apartados: I. Normas generales: ámbito, definición de HC y principios de actuación. II. Identificación de la documentación clínica. III. Custodia, conservación y confidencialidad de la HC. IV. Normas de funcionamiento de la Sección de Documentación y Archivo de HHCC (uso y acceso, custodias especiales, historias extraviadas). V. Normativa básica. VI. Anexos. 3) Fase de revisión: Es revisado directamente por la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria. Se envía a la Asesoría Jurídica y a las Direcciones para su visto bueno y aportaciones. Se recogen las mismas y se delega en tres miembros de la Comisión la responsabilidad de generar un borrador definitivo. Durante su elaboración aparece la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, y se incorporan sus directrices. 4) Fase de aprobación: Aprobación definitiva por unanimidad en septiembre de 2002. 5) Fase de implantación y difusión: Distribución por correo electrónico a todo el personal. 6) Fase de evaluación: Se analizarán las propuestas de mejora sugeridas y se evaluará a partir de indicadores previamente fijados.

**Resultados:** El Manual recoge los objetivos que la Comisión pretendía conseguir. Descansa en tres pilares básicos: a) identificación de la documentación clínica. b) custodia, conservación y confidencialidad de la HC. c) normas de la Sección de Documentación y Archivo de HHCC. Ha sido elaborada conjuntamente por todos los miembros de la Comisión de HH, cuenta con el apoyo de las Direcciones y ha sido aprobado por unanimidad.

**Conclusiones:** Este manual debe facilitar a los profesionales sanitarios conocer los criterios de uso y acceso a la HC y servir de herramienta útil y actualizada para su relación con el Archivo de HHCC. Debe ser punto de referencia para centralizar sugerencias, mejorar circuitos y crear nuevos apartados. El consenso entre los miembros de la Comisión ha sido fundamental para la elaboración de este Manual que continúa abierto a las aportaciones de todos los profesionales para una mejora continua de la calidad asistencial.

P-120

## IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Rayo JI, García MJ, Mesa J, Sánchez-Barriga A, Moreno J y Sánchez R  
*Hospital Infanta Cristina.*

**Objetivos:** El objeto de este trabajo es evaluar la repercusión de la implantación de la Consulta de Enfermería (CE) en la cumplimentación de los criterios que integran la HC empleada en nuestro Servicio de Medicina Nuclear (SMN).

**Métodos:** Se obtuvo una muestra aleatoria de 47 y 58 HC de procedimientos diagnósticos a partir de la población total de un mes de trabajo de los años 2000 y 2002, habiéndose instaurado la CE en el año 2001. La muestra tenía una precisión del 10%, confianza del 95%,  $p = 80\%$  y  $q = 20\%$ . Los criterios de evaluación fueron: número de HC, nombre y apellidos, prueba, radiofármaco, lote, embarazo/lactancia, antecedentes personales, medicación actual, interferencia de otros estudios, consentimiento informado/información oral, lugar de inyección, extravasación, actividad inyectada, reacciones adversas, artefactos, condiciones del estudio, firma ats y firma temn.

**Resultados:** Criterios como número de HC, nombre y apellidos, prueba, radiofármaco, lote, embarazo/lactancia, interferencia de otros estudios, consentimiento informado/información oral, lugar de inyección, extravasación, actividad inyectada, reacciones adversas, firma ats y firma temn se encontraban cumplimentados en el 100% de las HC en los cortes de los años 2000 y 2002. Se objetivaron resultados inferiores pero notablemente mejorados con la implantación de la CE en antecedentes personales (98% y 99%), medicación actual (72% y 96%), artefactos (2% y 86%) y condiciones del estudio (15% y 92%). La puntuación media de la HC pasó del 88,2% en 2000 al 95,3% en 2002.

**Conclusiones:** La cumplimentación de la HC del SMN ha mejorado significativamente con la implantación de la CE, al incrementarse su puntuación media en 7% respecto a evaluaciones previas. Las deficiencias encontradas aparecen en aquellos criterios en los que no se ofrecía una respuesta dicotómica. Debe establecerse un sistema de ponderación de los criterios de la HC basado en la importancia de los mismos.

P-122

## ¿REGISTRAMOS CORRECTAMENTE LOS DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA?

Palau A, Cruz M, San Miguel J, Boqué M, Oliver F, Villarreal D

**Palabras clave:** Historia clínica informatizada. Mejora de la calidad. Recogida de datos.

**Objetivos:** Dar validez del registro informático mediante un estudio comparativo entre una evaluación informatizada y una evaluación manual de historias clínicas.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo comparativo de los resultados obtenidos mediante la evaluación informatizada del 100% de las historias clínicas (aproximadamente 22.000) y los resultados obtenidos de la evaluación manual de una muestra aleatoria de historias clínicas (200 para variables de registro y 50 para variables de control de enfermedades crónicas). El análisis informático se realiza mediante la extracción de los datos de las variables desde unos campos definidos con este fin. A diferencia del análisis manual que obtiene los datos revisando la totalidad de la historia clínica. Las variables estudiadas fueron: registro tensión arterial de pacientes mayores de 15 años, registro de glucemia en pacientes mayores de 45 años, registro de colesterol total en hombres de 35 a 75 años y en mujeres de 45 a 75 años, registro de vacunación antitetánica en pacientes mayores de 15 años, registro de vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes mayores de 65 años y el total de pacientes hipertensos y diabéticos en situación de control.

**Resultados:**

Objetivo	Informatizada (%)	Manual (%)
Registro de la tensión arterial	39,10	47,00
Registro de la glucemia	47,18	54,00
Registro de la colesterolemia	37,94	46,00
Vacunación antitetánica	15,39	13,50
Vacunación antigripal	68,95	68,00
Vacunación antineumocócica	64,79	59,50
Hipertensos en situación de control	27,67	36,00
Diabéticos en situación de control	36,35	38,00

**Conclusiones:** Los profesionales del centro utilizan la historia clínica como herramienta de registro, aunque podemos observar diferencias entre las variables evaluadas. Aquellos datos que únicamente pueden ser registrados en un campo concreto de la historia clínica (como es el caso de las vacunaciones), no hay grandes diferencias en los resultados obtenidos, mientras que aquellos datos que pueden ser registrados de cualquier forma en la historia clínica presentan mayor variabilidad. Por lo tanto mejorando el registro podemos obtener unos indicadores fiables para orientarnos en la mejora continua de la calidad.

P-121

## CICLO DE MEJORA DE REALIZACIÓN DEL INFORME DE ALTA POR ÉXITOS HOSPITALARIO

Alcaraz-Martínez J, García-Ruipérez D, Sánchez-Iniesta F, Ruiz-Plazas MD, Aliaga-Matas MF T, Abad-Corpa E  
*Hospital Morales Messeguer.*

**Palabras clave:** Ciclo de Mejora. Informe de Alta. Éxitos.

**Objetivos:** Mejorar la realización del informe de alta por éxitos hospitalario.

**Métodos:** En el año 2001 se realizó un muestreo de 48 historias en el archivo de historias clínicas. Tras conocer el nivel de cumplimiento, se fijó como estándar el 80% como parte de los objetivos del Contrato Programa de los Servicios. En el 2002 se realizó un nuevo muestreo donde no se llegaba a cumplir el estándar. Se dispusieron medidas correctoras, cambiando el circuito de las historias clínicas y en mayo del 2003 se evaluaron las historias de los éxitos de febrero ( $n = 48$ ). Se compararon las proporciones de cumplimentación con el test de la Chi cuadrado.

**Resultados:** En el 2001 la cumplimentación fue del 58,3% ( $\pm 13,9\%$ ) pasando al 69% ( $\pm 10,7\%$ ) en el 2002. En este año la cumplimentación en febrero ha sido del 79,2% ( $\pm 11,5$ ) No se ha evidenciado diferencias significativas respecto al 2002, pero si respecto al 2001 ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Se observa una tendencia hacia la mejora, aún sin alcanzar el estándar marcado.

Se ha evidenciado una mejoría respecto a años anteriores.

P-123



## ¿SE UTILIZA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS?

### RESULTADOS PRELIMINARES

González ME, Fernández J, Ordóñez B, Jonte JC, Fernández C  
Servicio de Hematología-Hemoterapia. DUE Banco de Sangre.Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Palabras clave:** Hospital. Consentimiento Informado y Transfusión.

**Objetivos:** Dentro de las actividades llevadas a cabo en el año 2002-2003, por la Comisión Clínica de Transfusiones de nuestro hospital, destaca la "Elaboración de un Consentimiento Informado para Transfusión de Sangre y hemoderivados". Señalar que en octubre del 2000 la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (AEHH) editó un documento a propósito del CI, en el que se proponían distintos formularios. Con el objeto de conocer la situación actual de utilización del Consentimiento Informado para la transfusión de Sangre y Hemoderivados se elaboró una encuesta para autocumplimentar por diferentes hospitales de la red pública española.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal dividido en dos fases: La primera consiste en el envío por correo de una encuesta personalizada dirigida a los Servicios de Hematología-Hemoterapia de 200 hospitales de la red pública española. Se seleccionaron de forma aleatoria 200 hospitales, (tanto de primer, como segundo y de tercer nivel). Se evaluaron las variables: existencia, uso y modelo de consentimiento informado utilizado. La segunda fase (actualmente realizándose) consiste en utilizar la comunicación hablada (teléfono), para obtener mayor participación y resultados. Aquí se presentan los resultados preliminares obtenidos en la primera fase.

**Resultados:** El porcentaje global de respuesta fue de 27,5% (55 cuestionarios devueltos). De los que respondieron, tenían consentimiento informado el 98,18%(54) y no lo tenían el 1,81% (1). Utilizas el consentimiento de la AEHH el 22,22% (12) y otro modelo el 77,77% (42%). En la práctica diaria el 25,92% (14) lo utilizan regularmente y de éstos el 21,42% (3) lo usan de forma global en casi todos los servicios, tanto médicos como quirúrgicos y no sólo por el Servicio de Hematología.

**Conclusiones:** 1) Baja participación en la encuesta por correo. 2) El uso del documento informado no se realiza de la manera que se considera deseable. 3) Utilización en una minoría de hospitales del documento propuesto por la AEHH. 4) Necesidad de formación acerca de la utilización del Consentimiento Informado por todos los profesionales sanitarios.

P-124

## ¿AFECTA EL PROGRAMA INFORMÁTICO OMI-AP A LA CALIDAD DEL PARTE DE INTERCONSULTA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL?

González I, Ardura JR, Naves C, Franco A, Iglesias C  
Gerencia de Atención Primaria Área VIII-Asturias.

**Objetivos:** Estudiar las diferencias en la calidad del parte de interconsulta (PIC) entre Salud Mental (SM) y Atención Primaria (AP) en función de que haya sido formulado con volante autocopiativo o con OMI-AP.

**Métodos:** *Ámbito:* Área Sanitaria VIII de Asturias. *Diseño:* Estudio observacional descriptivo sobre muestra de 231 PIC extraídos aleatoriamente del total de los recibidos en SM entre el 1/10/2000 al 30/9/2001. Se consideraron criterios de calidad la legibilidad y aquellos recogidos en la Guía de Gestión de consultas externas del INSALUD.

**Resultados:** Habían sido elaborados con OMI el 29% de los PIC (23,4-35,1). Atención Primaria: No eran legibles el 9,96% (6,6-14,3). El 100% recogían: fecha de solicitud, nombre del facultativo, filiación y sexo del paciente. En un caso faltaba la edad y en dos el centro de salud. Los antecedentes médicos estaban presentes en el 72,73% (66,7-78,2) y el tratamiento previo en el 51,1% (44,6-57,5). El diagnóstico de sospecha figuraba en el 84,85% (79,8-89). El 40,7% (34,5-47,1) de los PIC recogen todos los criterios evaluados, siendo este porcentaje mayor entre los elaborados con OMI-AP. Salud Mental: La respuesta de Psiquiatría figura en 200 casos (86,58%, 81,7-90,5). Solo un caso no era legible. El 96,5% (93,2-98,5) recogían la fecha de respuesta de psiquiatría y el 67,5% (60,8-73,7) el nombre del facultativo y categoría. Los antecedentes figuraban en el 91% (86,4-94,4), el motivo de consulta en el 96% (92,6-98,1) y los datos clínicos en el 92% (87,6-95,2). El diagnóstico final estaba presente en el 98,5 (96-99,6). El 61% (54,1-67,6) de los informes de psiquiatría recogían todos los criterios. Diferencias OMI: El porcentaje de respuesta de SM fue mayor si el PIC no estaba elaborado con OMI (71,6% vs. 92,7%); en cambio la presencia de datos clínicos era mayor entre los elaborados con OMI (100% vs. 89,5%).

**Conclusiones:** Parece haber un rechazo desde SM al parte realizado con OMI. En cuanto a la calidad del PIC hay serias deficiencias a la hora de informar por parte de AP a SM sobre antecedentes personales, tratamientos previos y diagnóstico de sospecha. En la respuesta de SM destaca la baja cumplimentación del apartado de nombre y categoría del profesional.

P-126

## ESTUDIO ANUAL SOBRE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA

Bañón N, Caraballero E, García S, Hernández R

**Palabras clave:** Consentimientos Informados

**Objetivos:** 1) Comprobar el grado de implantación y cumplimentación del Documento de Consentimiento Informado (DCI) para procedimientos quirúrgicos (PQ) y anestésicos existentes en el HUNSC en el año 2003. 2) Comparar los resultados con los obtenidos en estudios anteriores (2000, 2001, 2002).

**Métodos:** Durante dos semanas de abril, se revisaron las Historias Clínicas (HC) del total de pacientes intervenidos (n = 268). Se comprobó que en la HC se incluía el DCI para el PQ y para la anestesia que se iba a realizar. Posteriormente, se comprobó si los DCI estaban adecuadamente cumplimentados: si figuraba el nº de HC, el nombre y la firma del paciente (o representante legal) y la firma del médico y si el DCI correspondía al acto quirúrgico previsto. En una segunda fase, se compararon los resultados con los obtenidos anualmente.

**Resultados:** Se evaluaron 268 HC: 1) *CI para anestesia:* DCI Posibles (P): 86 (encontrados (E): 231, bien cumplimentados (BC): 165). El 86,19% de los pacientes tienen su DCI para la anestesia. De éstos, el 71,43% están BC. El nº de HC figura en todos, en 1 falta el nombre del paciente, en 12 no consta la firma del paciente y en 62 no se refleja la firma del médico. 2) *CI para PQ:* DCI P: 268 (E: 175, BC: 151). El 65,30% de los pacientes posee en su HC el DCI para el PQ. El 86,29% de estos DCI están BC. Analizando los DCI para PQ nos encontramos con los siguientes resultados: 175 DCI presentes en las HC evaluadas. En 4 falta el nº de HC, el nombre del paciente figura en todos, en 4 no consta la firma del paciente y en 18 no figura la firma del médico.

**Conclusiones:** 1) El nº de pacientes con DCI en su HC, previamente a la realización del PQ, ha aumentado progresivamente, pasando del 28% del primer año estudiado al 65,30% del actual estudio. 2) Respecto al año 2002 el nº de pacientes a los que se les entregó el DCI para el PQ correspondiente ha experimentado un aumento porcentual del 18,74%. 3) Observando los servicios en los que existe una buena correlación entre la presencia de DCI en la HC y una adecuada cumplimentación destacamos Cirugía Pediátrica y Cirugía Torácica. 4) De los 14 servicios quirúrgicos estudiados, excepto uno, todos presentan un porcentaje de adecuada cumplimentación por encima del 80%, siendo del 100% en 8. 5) El nº de DCI encontrados para la anestesia ha disminuido respecto al año anterior, presentando un descenso porcentual del 8,24%. 6) De los DCI para anestesia mal cumplimentados, la firma del médico es el ítem peor cumplimentado estando ausente en el 93,94%.

P-125

## DISEÑO DE UNA BASE DE DATOS INFORMÁTICA DEL PROCESO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA CARDÍACA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

Díaz CL

**Palabras clave:** Base de Datos. Informatización. Proceso Asistencial.

**Objetivos:** Diseñar una base de datos que responda al proceso asistencial que realiza la enfermería en las intervenciones programadas, tanto valvulares como coronarias. Incluir la base de datos de enfermería dentro de la Historia Clínica Informática que se está implantando con rango multidisciplinar y que incluye a Cardiología, UVI, Cirugía Cardíaca, Perfusión y también Enfermería Cardíaca.

**Métodos:** Partiendo del mapa del proceso asistencial, del mapa de interrelaciones y de los protocolos de actuación de los tres grandes bloques de intervención asistencial de la enfermería, anestesia, coordinación e instrumentación, se identificarán todos los elementos significativos, tanto para la enfermería prequirúrgica, quirúrgica y post-quirúrgica. Una vez identificados TODOS los datos se procederá a la elección de los más pertinentes, los que mejor describan el proceso, y se eliminarán los repetidos en las historias informáticas del resto del equipo multidisciplinar. En la base de datos se combinarán registros de elección SI/NO, de elección entre varias posibilidades prediseñadas y registros cerrados prediseñados por el sistema en su configuración.

**Resultados:** El paciente dispondrá de una historia clínica informática de todo su proceso asistencial, donde los profesionales han procesado sus datos y así constan en la base Apolo para futuros, sangrados, reintegros, reintervenciones, etc... La enfermería asistencial implicada en el proceso podrá utilizar sus datos para comprender, evaluar, mejorar o tomar las decisiones oportunas en sucesivos contactos con el paciente. Tendrá las ventajas de toda base de datos, es decir, acceso y manejo de grandes flujos de información para poder investigar los campos de demanda. Los profesionales de la gestión podrán manejar una base de datos necesaria para llevar a cabo la ABC (Activity Based Costing) o Contabilidad Basada en Actividades.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de la base de datos tiene un coste cero, ya que se trata de incluirla en el Programa Apolo, ya en funcionamiento, además se cuenta con los equipos informáticos ya instalados y conectados con la Hemodinámica. El diseño es complejo, pero es más difícil la alimentación de datos al sistema y la concienciación del equipo hacia la informatización de las acciones en pos de una cultura de calidad.

P-127

## MEJORAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA MEDIANTE EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DANDO A LOS MISMOS UN SEGUIMIENTO EN A.P.

P-128

Martín P, Blanco-Galán A, Pérez y Pérez-Medrano MT

**Objetivos:** Garantizar una adecuada coordinación con A.P. mediante el informe de Enfermería al Alta en Unidades de Hospitalización.

Los criterios valorados han sido: 1) Cuantificar nº de pacientes con Informe de Enfermería al Alta. 2) Realización de control de calidad referido a cumplimentación del Informe.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo y prospectivo. Período de estudio del 1al 31 de mayo 2002, sobre Historias de pacientes ingresados en 3 U. de hospitalización, evaluando los criterios definidos en hoja de Informe de Alta. La muestra está cogida al azar. Los criterios evaluados son: 1) Consta identificación del paciente. 2) Se identifica la enfermera que realiza el informe. 3) Se especifica el motivo del ingreso. 4) Constan problemas y cuidados pendientes de realizar en domicilio tras el Alta hospitalaria.

**Resultados:** Número de Historias auditadas: 97.

Número de Historia con Informe de Alta: 94.

Índice de calidad global después de la evaluación: 98,75%. El criterio peor recogido es el nº 2 (identificación de enfermera que realiza el informe de Alta), siendo el resto de criterios de un 100% de cumplimentación.

**Conclusiones:** 1) El índice de calidad es excelente: 98,75%. 2) Como mejora será incidir en la importancia de la firma de la enfermera con letra legible, pues es la referencia para que la enfermera de A.P. que recibe el informe pueda contactar para dar continuidad de cuidados al paciente.

## PROPUESTAS DE MEJORA EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE EN ENFERMERÍA EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

P-130

López-Blasco MA, Carrera-Manchado C, Pérez-Rivas FJ, Zumajo-Gijón V, Auñón-Muelas A, García-López M  
Área 11 de Atención Primaria de Madrid.

**Palabras clave:** Productividad variable. Enfermería. Criterios de Incentivación. **Objetivos:** Comparar la distribución y homogeneidad de la asignación de incentivos en enfermería según el tipo de prestación organizativa.

**Métodos:** Análisis descriptivo de Área (39 EAP, 380 enfermeras) sobre el cumplimiento de los criterios de distribución de productividad variable según el tipo de organización del trabajo enfermero (enero-diciembre 2001). Cada modelo organizativo incorpora 5 criterios explícitos ponderados de evaluación (Cartera de Servicios, Educación para la salud, Actividad asistencial, Actividad no asistencial y Valoración del desempeño) aplicando indicadores específicos por modelo organizativo. Identificación de problemas mediante herramientas cualitativa/cuantitativas sobre el conjunto de resultados del Área sanitaria. Priorización de líneas de mejora utilizando análisis por grupo de trabajo directivo/técnico.

**Resultados:** *Problemas:* La enfermería de Adultos obtiene menor resultado en el cumplimiento global, puesto que los indicadores del Criterio de Cartera Servicios, presentaban mayor dificultad para su consecución. La enfermería Pediátrica tiene dificultad para cumplir el Criterio de Actividad Asistencial, dada la discrepancia entre demanda de visitas domiciliarias (baja) e indicador específico de medición (media de pacientes atendidos en domicilio por profesional/día con relación al pacto total del EAP).

	Cumplimiento Enfermería (%)		
	Familia	Adultos	Pediátrica
Cartera Servicios	90,3	74,9	96,3
Educación para Salud	61,7	64,3	53,1
Actividad asistencial	71,1	70,2	53,0
Actividad no asistencial	60,5	56,4	57,2
Valoración desempeño	94,5	90,9	87,8
Total	78,2	71,1	77,0

*Mejoras:* Modificación de los indicadores de evaluación, ajustando a condiciones de factibilidad de prestación del servicio, específicamente para los criterios de Cartera de Servicios (enfermería Adultos y Pediátrica) y de Actividad Asistencial (enfermería Pediátrica).

**Conclusiones:** La variabilidad en la distribución de la productividad variable también puede ser objeto de mejoras en los sistemas de medición, debiéndose monitorizar periódicamente que los criterios sean homogéneos entre distintas categorías y para el mismo estamento (enfermería) en los distintos modelos organizativos disponibles.

## EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE DEMORA EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE DESDE URGENCIAS

P-129

Ramiro-Tena E, Vila-Vidal J, Martínez-García JA, Alcaraz-Martínez J  
Hospital Morales Messeguer.

**Palabras clave:** Demora. Ingreso Hospitalario.

**Objetivos:** 1) Medir la demora del ingreso a planta del paciente desde el servicio de urgencias. 2) Evaluar los posibles factores que influyen en dicha demora.

**Métodos:** Para la muestra, se escogieron dos semanas de febrero de 2003, en las que se habían realizado 485 ingresos desde urgencias y se analizaron los 210 que fueron tramitados desde la sala de observación. En todos los casos se tomó la hora del ingreso y la demora desde que se adjudicaba la cama desde admisión, hasta que el ingreso era efectuado, medida en minutos. Al efecto, se tomó como fuente de datos las planillas de ingreso existentes en nuestro servicio. Se tomaron datos respecto a la hora de ingreso, turno, destino y día de la semana para poder evaluar posibles relaciones. Se realizó un análisis de varianza para contrastar las medias de tiempo de demora.

**Resultados:** La demora media en la muestra fue de 126,6 minutos (error típico de  $\pm 7,9$ ). Se encontró diferencias significativas respecto al turno de trabajo ( $p = 0,003$ ), variando de 99,7 ( $\pm 14$ ) minutos en la noche a 173,6 minutos ( $\pm 19$ ) en el turno de mañana. En cuanto al día de la semana, el domingo fue el día donde más demora se encontró, (146,75 minutos  $\pm 27$ ) y el lunes el que menos (96,2  $\pm 12$  minutos) sin que se encontrara significación estadística en la demora. No se evidenciaron tampoco diferencias respecto a la planta de destino.

**Conclusiones:** Se ha medido la demora media del ingreso desde urgencias, ponderándola en 126,6  $\pm 7,9$  minutos. Se ha encontrado una mayor demora en el turno de mañana que en los otros dos.

## CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DE ATENCIÓN PRIMARIA

P-131

Vallés N, Sánchez A, Esteban M, Rodríguez-Alcalá FJ, Carrasco J, García MI

**Palabras clave:** Atención Continuada. Registros. Atención Primaria.

**Objetivos:** Evaluar la calidad en la cumplimentación de las hojas de atención continuada (HAC), en los puntos de atención continuada (PAC) de un Área de Salud.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Unidades del estudio: episodios atendidos en los 30 PAC del Área de Salud de Toledo durante el año 2002. La población del estudio se dividió en 30 estratos (cada estrato correspondía a un PAC) y en estos se realizó un muestreo aleatorio sistemático de 150 HAC, sobre el total de las correspondientes al mes de mayo de 2002. Los criterios evaluados fueron: legibilidad, registro de datos básicos de filiación, constancia del motivo de consulta, datos exploratorios, juicio diagnóstico y plan de actuación. Aquellas HAC no legibles se consideraron excepciones para el resto de criterios. También se consideraron excepciones a los criterios de exploración, diagnóstico y plan de actuación, aquellos casos que por su naturaleza no precisasen dicho registro.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 4.484 HAC (en un PAC sólo pudieron ser evaluadas 134 HAC), de las que 38 (0,84%) se consideraron no legibles; los datos básicos de filiación no constaban en el 4,9% de las HAC, siendo excepciones el 0,2%; el motivo de consulta no estaba registrado en el 5,3% y un 0,6% eran excepciones; los datos exploratorios faltaban en el 16,8% con un 1,4% de excepciones; el juicio diagnóstico no quedó registrado en el 15,3% siendo excepciones el 5,1%; el plan de actuación no constaba en el 2,3% y eran excepciones el 0,8%.

**Conclusiones:** Globalmente la calidad en la cumplimentación de las hojas de atención continuada es buena, aunque todavía existe cierto margen de mejora en el registro de los datos de exploración y el juicio diagnóstico. Dado el elevado índice de registros y de cara a próximas evaluaciones, nos encontramos en buenas condiciones para valorar la calidad de la atención prestada a procesos determinados.

## TEMA 4-II

# Monitorización de indicadores

### IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE CUADRO DE MANDO EN LAS UNIDADES DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**P-133**

Mena JM, Cañada A, Lobo MA

**Palabras clave:** Cuadro de mando. Indicadores. Atención Primaria.  
**Objetivos:** 1) Diseñar un modelo de Cuadro de Mando para las Unidades del Área 4 de Atención Primaria, que recoja las 4 perspectivas antes señaladas y que incluya los objetivos globales de la Organización. 2) Implantación. 3) Monitorización periódica. 4) Adopción, si es preciso, de medidas correctoras. 5) Vinculación del cumplimiento a la incentivación.

**Métodos:** Selección de los criterios e indicadores del cuadro de mando por consenso de todos los miembros del equipo directivo. Elaboración de aclaraciones. Diseño de Hoja de Monitorización. Presentación a todos los profesionales del área. Revisión de las metas para cada indicador. Inclusión como documento único en el PAS de cada Unidad.

**Resultados:** Durante el último trimestre de 2002 se completa el modelo de Cuadro de Mando y se diseña la hoja de seguimiento y las estrategias de implantación y monitorización, se presenta a los profesionales y se han establecido las metas para cada indicador y Unidad, constituyendo el Programa de Actuación Sanitaria de cada Unidad Clínico Asistencial para 2003. Monitorización lo largo del año 2003 del impacto de este proyecto en la consecución de los objetivos de cada unidad y su repercusión sobre los objetivos globales del área.

**Conclusiones:** La utilización de un modelo de Cuadro de Mando para fijar y monitorizar los objetivos comunes para todos los niveles de la organización puede permitir trasladar la estrategia global hacia las unidades asistenciales. El coste de implantación de este proyecto ha sido mínimo para la Gerencia (costes directos, indirectos e intangibles). Sus beneficios suponen una mejora en el cumplimiento de los objetivos incluidos en nuestros resultados clave, mejorando la eficiencia de los procesos operativos y la satisfacción de todos los clientes, tanto finales como internos. Se medirá su impacto sobre la consecución de los objetivos finales al finalizar el ejercicio correspondiente al 2003.

### DISEÑO DE INDICADORES DE CALIDAD EN OFTALMOLOGÍA

Laria C, Acon MD, Cotero A, Norberto J, Benavente F, Alió J  
*Instituto Oftalmológico de Alicante.*

**P-132**

**Palabras clave:** Oftalmología. Calidad. Indicadores.

**Objetivos:** Se pretende crear un sistema de control interno que nos permita conocer en todo momento no sólo el volumen de nuestro trabajo, sino especialmente la calidad de nuestros resultados asistenciales, valorando para ello una gran cantidad de indicadores de control, seguimiento y resultados.

**Métodos:** Se dividen los indicadores en dos grupos; Indicadores de Cumplimiento e Indicadores de Patologías. Con los Indicadores de Cumplimiento pretendemos conocer el volumen de nuestro trabajo y mantener un estricto control de la cumplimentación de los distintos registros tipificados en la historia tanto médica como quirúrgica. Mediante los Indicadores de Patologías pretendemos definir una serie de criterios que nos permitan conocer y mejorar la calidad de nuestros resultados. Para ello se procedió a establecer dentro de cada grupo de indicadores, aquellos criterios que pudieran ser relevantes en la valoración de los resultados. Estos criterios se introdujeron en bases de datos para su posterior tratamiento mediante el programa informático Access 2000, y se realizó el análisis de más de 1.000 registros para validar dichas bases. Una vez corregidos los defectos iniciales en la concepción de la multiplicidad de campos estadísticos, se procedió a establecer una valoración muestral de forma periódica que nos permitiera mantener un análisis continuo de nuestros resultados.

**Resultados:** Se analiza de forma cuatrimestral los resultados de un 25% de pacientes intervenidos de cataratas, glaucoma, cirugía refractiva, patología retiniana y estrabismos, así como el control de la cumplimentación de las historias tanto médicas como quirúrgicas. Se registran múltiples criterios dentro de cada patología en una evolución constante en el tiempo hasta que el paciente es dado de alta. Las bases de datos realizadas para cada patología son un compendio de multiplicidad de criterios médicos pero creemos que hemos llegado a obtener un medio de registro exacto que nos ofrece un adecuado Control de Calidad y que nos permite incrementar en cualquier momento el número de criterios en virtud de los propios avances científicos.

**Conclusiones:** La creciente demanda actual de la sociedad va unida a la imperiosa necesidad de ofrecer una mejor calidad asistencial acorde a los tiempos actuales, la cual sólo puede generarse en el entorno de un sistema que posibilite el desarrollo de mecanismos de control interno como el presente, que nos permita mejorar nuestro rendimiento con los niveles de calidad requeridos por la sociedad actual.

### PROPUESTA DE UNA PLANTILLA DE INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN SERVICIOS CLÍNICOS. MIDAMOS ALGO MÁS QUE EL RENDIMIENTO

**P-134**

Navarro JF, Haro AM, González A, Leyn-Van der Swalm F, Reillo M, Mora R

**Palabras clave:** Indicadores de calidad asistencial. Plantilla.

**Objetivos:** Definir una plantilla de indicadores básicos de calidad asistencial en servicios clínicos hospitalarios que incluya alguna de estas áreas: satisfacción de usuarios (SU), uso de recursos (UR), efectos adversos (EA) y atención a los trabajadores (AT).

**Métodos:** Estudio con técnicas cualitativas (Brainstorming y Fórum Comunitario) entre personal facultativo y de enfermería de 2 servicios de Medicina Preventiva. Se escogen un máximo de 6 indicadores de calidad de cada área. Selección final basada en los 10 criterios de calidad de indicadores (Peiró), acompañados de estándares, fuentes de información y procedimiento de cálculo.

**Resultados:** Tras la valoración efectuada, seleccionamos los siguientes: 1) **ÁREA DE AA:** Prevalencia de enfermos con infección nosocomial, incidencia de infección quirúrgica en cirugía limpia y limpia-contaminada, proporción de estancias prequirúrgicas > 2 días, proporción de catéteres urinarios cerrados vs. total y tasas de infección nosocomial/ 100 días de factor-riesgo. 2) **ÁREA DE UR:** Índice de inadecuación de estancias, Proporción de inadecuación atribuible al médico e índices de inadecuación de los 4 GRD más importantes. 3) **ÁREA DE OU:** Índices de satisfacción global e índices de satisfacción por el trato y la información recibidos. 4) **ÁREA DE AT:** Índices de inoculaciones accidentales, tasa de siniestralidad/1.000 trabajadores/año y tasa de días de trabajo perdidos por 1.000 trabajadores/año.

**Conclusiones:** Buena disponibilidad de los indicadores a partir de bases de datos de sistemas de información de Medicina Preventiva y buena definición desde el punto de vista operativo. Existe amplio consenso en su selección. Algunos estándares carecen de niveles de referencia aceptados por la literatura científica.



## INDICADORES DE RESULTADO EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

P-135

San Cristobal E, Arche JM, Alonso M, Vázquez M, Castaño N, Álvarez L  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Palabras clave:** Ganancia funcional. Complicaciones y calidad de cuidados.

**Objetivos:** Describir los Indicadores de Resultado en las áreas que medirían la progresión de la enfermedad, prevención de complicaciones y estado de salud del paciente, en nuestra Unidad de Ictus.

**Métodos:** Los indicadores que hemos propuesto en los distintos dominios fueron: 1) Progresión de la enfermedad: Mortalidad y recurrencia. 2) Prevención de complicaciones: Infección respiratoria, retención urinaria, infección urinaria, depresión, úlceras por presión, confusión, trombosis venosa profunda y hombro doloroso. 3) Estado de salud del paciente: Incapacidad utilizando el Índice de Barthel (IB). Se adjuntan los valores del año 2002 (n: 336, edad: 80,57; 6,79, sexo mujer: 62,5%).

**Resultados:** 1) Progresión de la enfermedad: Mortalidad: (11,6%), Recurrencia: (1,19%). 2) Prevención de complicaciones: Infección respiratoria (11%), retención urinaria (4,8%), infección urinaria (8,9%), depresión (18,5%), úlceras por presión (0,3%), confusión (10,1%), trombosis venosa profunda (0,6%), y hombro doloroso (2,1%). 3) Estado de salud del paciente: Puntuación en el IB al alta (mediana: 55), Porcentaje de pacientes con una puntuación mayor de 55 puntos: 52,2%, Eficiencia de la ganancia funcional: 1,7; 2,1 e Índice de Heinemann corregido (Mediana: 50%).

**Conclusiones:** Dado que carecemos de Indicadores de Resultados adecuados para una enfermedad incapacitante como la ECV, sería de interés iniciar líneas de investigación uniformes en este ámbito. La dirección y áreas en las investigaciones futuras están identificadas.

## INDICADORES DE PROCESO EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

P-137

San Cristobal E, Miñana JC, Cossio G, Pérez-Peña M, Vázquez F, Álvarez L  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Palabras clave:** Indicadores de Proceso. Prevención e Incapacidad.

**Objetivos:** Describir los resultados de los Indicadores de Proceso en las áreas de tratamiento preventivo secundario de la ECV isquémica y en la valoración funcional / plan de rehabilitación.

**Métodos:** Dentro de las actividades de nuestro proceso, consideramos dos que coinciden con las áreas propuestas por la AHA, 1) Implementar estrategias de prevención secundaria para reducir el riesgo de nuevos eventos vasculares y 2) Reducir el nivel de incapacidad con estrategias de rehabilitación. Los indicadores propuestos fueron porcentaje de pacientes con tratamiento Antitrombótico y porcentaje de pacientes valorados e incluidos en el programa de rehabilitación, así como tipo y duración de las diversas terapias e intervalo de demora. Se adjuntan los valores del año 2002 (n: 336, edad: 80,57  $\pm$  6,79, sexo mujer: 62,5%).

**Resultados:** Tratamiento Antitrombótico: Aspirina (36,6%), Clopidogrel (27,9%), Triflusal (7,3%), Sintron (5,9%), ninguno (9,1%) y mixto (3,5%). Estrategias de rehabilitación: Porcentaje de pacientes valorados por Rehabilitación (Estándar: 75%): 70,5%, Porcentaje de pacientes admitidos para tratamiento Rehabilitador (estándar: 60%): 68,7%, mediana de sesiones: 14, y demora de valoración por rehabilitación < 3 días (estándar: 85%): 66,2%, demora de tratamiento funcional específico < 5 días (estándar 85%): 56,1%.

**Conclusiones:** Los Indicadores de Proceso que proponemos deberán monitorizar los pasos de la sistemática de trabajo de la Unidad, eligiendo aquellos que por lo menos en la línea, sean utilizados por otras unidades.

## INDICADORES PROPUESTOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS: EVOLUCIÓN DE CINCO AÑOS

P-136

San Cristobal E, Miñana JC, Cossio G, Alonso M, Pérez-Peña M, Busto B  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Palabras clave:** Unidad de Ictus. Indicadores. Funcionalidad.

**Objetivos:** Describir los Indicadores propuestos como diana de un periodo de cinco años (1998-2002) en nuestra Unidad de Ictus.

**Métodos:** Los indicadores propuestos fueron: 1) Mortalidad durante el ingreso. 2) Porcentaje de pacientes incluidos en el programa de Rehabilitación. 3) Demora menor/igual de cinco días para comenzar la Rehabilitación. 4) Porcentaje de pacientes con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria al alta, medido con el Índice de Barthel (IBA). Se ajusta a riesgo según el tiempo de evolución del Ictus, severidad en el momento del ingreso y edad. Se adjunta el número de ingresos y estancia. Se realiza un estudio de tendencias de los indicadores durante este periodo.

**Resultados:**

Indicadores	1998	1999	2000	2001	2002
Nº Ingresos	366	428	401	314	336
Mortalidad	16,10%	14,50%	14,20%	10,20%	11,60%
Programa Rh	72,50%	72,30%	65,10%	73,2	70,50%
(Rh: Rehabilitación)					
Demora Rh	48,10%	41,50%	55,70%	51,80%	56,10%
IBA > 60	52,10%	52,50%	52,50%	52,20%	49,80%
Estancia	16	15	14	15	17
(Mediana)					

Los pacientes ingresan con una media de 7 días tras sufrir el ictus, del 38,9% al 49,6% son severos y la edad media de los pacientes oscila entre 79,2; 6,8 años a 80,6; 6,8. En el análisis de tendencias (mensual) no se pudo realizar ningún ajuste lineal ni curvilíneo.

**Conclusiones:** los indicadores a utilizar, independientemente de la utilidad de los más clásicos (mortalidad, incidencia de complicaciones, estancia media) deben adaptarse a las características y objetivos funcionales de las Unidades de Ictus y en concreto en nuestra Unidad. Por lo que consideramos importante monitorizar el programa de Rehabilitación, así como reflejar la ganancia funcional de los pacientes.

## VARIABILIDAD Y EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

P-138

Carrasco G, Pallarés A, Alonso M  
Universidad Ramón Llull.

**Palabras clave:** Variabilidad-gestión de la calidad.

**Objetivos:** Evaluar la variabilidad de las decisiones de clínicos y gestores europeos frente a problemas de gestión de la calidad.

**Métodos:** Diseño: Encuesta electrónica anónima.

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

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

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

**EL LABORATORIO DE HEPATOLOGÍA GENERAL AL SERVICIO DE UN ÁREA SANITARIA DE TRESCIENTOS MIL HABITANTES. RESULTADOS HEMATIMÉTRICOS ESPERABLES**

**P-139**

Fernández J, Carbajo MJ, Ordóñez B, González E, Fernández C  
*Servicio de Hematología-Hemoterapia. Hospital de Cabueñes (SESPA), Gijón. Principado de Asturias.*

**Palabras clave:** Hematología. Resultados y Área Sanitaria.

**Objetivos:** Analizar los resultados obtenidos durante años en un Laboratorio de Hematología General, al Servicio de un Área Sanitaria de trescientos mil habitantes. En última instancia, se trata de saber si son predictibles los resultados hematimétricos.

**Métodos:** Siguiendo un estricto método estadístico para el estudio de distribución de frecuencias, se han analizado muestras desde el año 1995, hasta la fecha para los siguientes parámetros: Hematíes, Hemoglobina, Plaquetas, Leucocitos, Neutrófilos y Linfocitos.

**Resultados:** Para mejor entendimiento, expresamos aquí los resultados en tanto por ciento y tomamos las cifras más representativas de nuestro estudio. Hematíes: Recuento normal, 86,251%; Recuento bajo: 13,749%; Hemoglobina: Cifra normal, 84,514%; Hemoglobina baja 14,852%, Hemoglobina alta, 0,634%. Plaquetas: cifra normal 96,829%; cifra baja 1,691%; cifra alta 1,480%. Leucocitos: cifra normal: 95,455%; cifra baja 4,545%. Neutrófilos: cifra normal 92,970%; cifra baja 4,3875; cifra alta, 2642%. Linfocitos: cifra normal, 98,837%; cifra alta, 0,687%; cifra baja, 0,476%.

**Conclusiones:** 1) La mayoría de los análisis solicitados son normales y es esperable que así sea. 2) Las preguntas para el debate son las siguientes: a) ¿Debe aceptarse esta realidad, sin más, por razones sociológicas?. b) ¿Deben modificarse sus conductas tanto los médicos que solicitan análisis como los pacientes que los requieren?.

**ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL AÑO 2002 HOSPITAL DE JOVE DE GIJÓN**

**P-141**

Gracia-Corbato MT

**Palabras clave:** Caída paciente ingresado.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de caídas y analizar sus causas, conocer los factores de riesgo del entorno y del paciente, estandarizar medidas de prevención y educar al paciente y cuidadores en la ejecución de las mismas.

**Métodos:** Hoja de declaración de cada episodio de caída con distintas variables y análisis de las mismas.

**Resultados:** Se observa un perfil de paciente que se cae: no predomina ningún sexo, 75-90 años, orientado, encamado, durante los primeros días de hospitalización, de madrugada, desde la cama, y con caídas previas en su domicilio o en el propio centro.

**Conclusiones:** A pesar de las medidas llevadas a cabo, se observa un ligero incremento en el número de caídas por lo que hemos decidido introducir una escala de riesgo de J.H. Downton para centrar especialmente nuestra atención en los casos que entrañan mayor riesgo.

Igualmente nos proponemos reevaluar a los pacientes con riesgo sistemáticamente cuando se produzca cualquier cambio en su situación respecto al momento de ingreso en base a caídas previas, administración de determinados medicamentos, déficit sensoriales, estado mental y capacidad para la deambulación.

**LA IMPORTANCIA DE LAS HERRAMIENTAS DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

**P-140**

Abad-Corpa E, Alcaraz-Martínez J, Aznar-García MA, Pérez-López C, Rodríguez-Mondejar JJ, Martínez-Cantero J, Martínez-Corbalán A

*Hospital Morales Messeguer.*

**Palabras clave:** Calidad asistencial. Enfermería. Herramientas de monitorización.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es comparar la diferencia entre los resultados de monitorización de la calidad de los cuidados de enfermería, relacionados con el registro de caídas y de informes de enfermería al alta, según el tipo de herramienta que utilizemos.

**Métodos:** *Ámbito y Período:* El estudio se realizó en las unidades de hospitalización del Hospital JM Morales Messeguer de Murcia durante dos periodos (del 15 de noviembre al 15 de diciembre de 2002 y del 1 de abril al 15 de abril de 2003).

*Metodología:* Se elaboró y distribuyó personalmente a todos los pacientes dados de alta de las unidades de hospitalización durante el período de estudio, un cuestionario de preguntas dicotómicas (sí/no) entre las que constaban el haber sufrido una caída durante su hospitalización y el haber recibido un informe de enfermería al alta (IEA). Simultáneamente se continuó con la monitorización tradicional de ambos indicadores: caídas y realización de informes de enfermería al alta (mediante la cumplimentación de registros específicos y notificación a la unidad de calidad y enviados a Atención Primaria).

**Resultados:** A partir de los 607 cuestionarios recibidos por los pacientes se pudieron constatar 14 caídas durante los periodos de estudio frente a las 5 caídas que fueron notificadas mediante el registro tradicional. Del mismo modo, a partir del cuestionario se constató que 180 pacientes manifestaban haber recibido un informe de enfermería al alta, frente a los 51 informes remitidos a la unidad de calidad.

**Conclusiones:** Podemos constatar una infravaloración del indicador de caídas mediante la utilización del registro y circuito tradicional; en este sentido, consideramos que el cuestionario puede ser una herramienta aceptable para monitorizar dicho indicador. Por otro lado, creemos que los pacientes han considerado como IEA cualquier folleto explicativo sobre recomendaciones al alta, por lo que creemos necesario mantener la monitorización tradicional de este indicador.

**MONITORIZACIÓN DE INDICADORES Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DEL SUMMA112**

**P-142**

Trujillo-Rodríguez L, Miquel-Gómez A, Cabañas-Martínez A, Curieses-Asensio A, Castro S, Cornejo-García I

**Palabras clave:** Monitorización Indicadores Mejora.

**Objetivos:** Monitorización de los procesos que constituyen el mapa de procesos del Summa112 a través del seguimiento de indicadores diseñados a tal efecto. Identificación de la desviación respecto a los estándares. Análisis de las acciones mejorables prioritarias. Implantación de mejoras respecto a lo identificado.

**Métodos:** Tras la identificación de procesos del Summa112, se diseñaron indicadores que permitían el seguimiento de actividades prioritarias de cada proceso. Los indicadores son obtenidos con una periodicidad de 3 a 6 meses. La fuente de datos es el cuadro de mandos, la base de datos informatizada del Centro Coordinador y bases de datos propias de algunas unidades.

**Resultados:** Se analizaron los indicadores del año 2002 correspondientes a 18 procesos del SUMMA112. Se han identificado desviación en: Porcentaje de llamadas colgadas. Tiempo de llamada-llegada en Unidad Medicalizada de Emergencias (UME en adelante). Tiempo de activación-movilización UME. Porcentaje de avisos con tiempo llamada-llegada > 30 min. UME. Tiempo transmisión - finalización Unidad de Atención a Domicilio. Porcentaje de averías de aparatos electromédicos. Índice de rotación de stocks en farmacia. Encuesta de Satisfacción de clientes y usuarios. Se analizaron las causas de desviaciones y se han establecido 6 acciones de mejora. Se revisó el actual cuadro de indicadores proponiendo 9 acciones encaminadas a la mejora y el rediseño del mismo.

**Conclusiones:** La realización del mapa de procesos y el establecimiento de un sistema de monitorización de indicadores ligados a estos, permite la aplicación de la mejora continua. El conjunto de indicadores a monitorizar debe revisarse y actualizarse de forma periódica adaptándose a los cambios en la organización.

## REGISTRO INFORMÁTICO DE LA FICHA DOCENTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Andrés-Gimeno B, Alonso-Durán M, Martínez-Alonso JR, Costa-Torres T  
*Hospital Puerta de Hierro.*

**Palabras clave:** Formación continua. Enfermería. Registro.

**Objetivos:** Implantar un procedimiento con soporte informático para gestionar la información referente a los cursos impartidos por la Unidad de Formación Continua de Enfermería y a los profesionales dependientes de la División de Enfermería. Permitirá emitir informes de la actividad discente de cada profesional, controlar los permisos de docencia y/o formación, obtener registros periódicos del Proyecto Formativo, analizar el perfil de los profesionales con interés por la acción formativa, determinar indicadores de calidad sobre la organización de cursos, detectar puntos débiles de la oferta formativa y seguir la evolución de estas actividades en el tiempo.

**Métodos:** El proceso de las fichas del profesional (cursos y actividades) y de los cursos/talleres con sus alumnos y perfiles laborales se realiza en una base de datos en Microsoft Access. La información de evaluación de los cursos se recoge en un libro Excel en el que se han incluido algoritmos de creación de variables globales de opinión de los alumnos. El proceso estadístico se realiza con el programa SPSS y las técnicas de tratamiento de frecuencias y contraste de comparación de porcentajes.

**Resultados:** El procedimiento está funcionando desde comienzos del 2002. En la actualidad están registrados 20 cursos (7 asistenciales) y 15 talleres, financiados 18 y 3 respectivamente. La evaluación global de cursos y talleres ha sido muy buena (7 y 3), buena (9 y 12) y regular (4 y 0). Se ha contabilizado una asistencia total de 337 alumnos a los cursos y 265 a los talleres, que se corresponde con 453 personas (41% de profesionales de enfermería del hospital) de las cuales 113 han realizado más de un curso. Han participado en la actividad formativa 64% de personal fijo, 46% de personal eventual y 45% de interinos. La tasa de asistencia ha sido de 94% para los cursos y 89% para los talleres y la tasa de rechazo de los alumnos fue de 6% para los cursos y 0% para los talleres. El primer estudio comparativo con el año 2003 está pendiente de los primeros resultados a la finalización del primer semestre.

**Conclusiones:** El procedimiento descrito se ha confirmado como una herramienta eficiente para la gestión de la actividad de la Unidad de Formación Continua de Enfermería. Se considera que las tasas de asistencia y rechazo son aceptables, aunque se han tomado medidas para el seguimiento trimestral mediante un gráfico de control hasta conseguir la estabilidad del proceso.

P-143

## DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

García-Montero JI, Rodrigo P, Aibar C, Barrasa I, Moliner J, Ferrer A  
*Hospital Clínico Universitario Lozano.*

**Palabras clave:** Sistemas de Información. Mortalidad. Calidad Asistencial.

**Objetivos:** Desarrollar un sistema para automatizar la elaboración de informes epidemiológicos de mortalidad a partir del CMDB hospitalario.

**Métodos:** Elaboración del informe epidemiológico de mortalidad a partir del CMDB, mediante las siguientes actividades: -Selección de las variables del CMDB consideradas relevantes en base a la bibliografía existente. -Selección de estándares de comparación a partir de datos históricos de mortalidad del propio hospital. -Diseño y elaboración de un modelo de informe para presentar los resultados a la Comisión de Mortalidad y a los Servicios Clínicos. -Diseño y elaboración de los procedimientos de captura automática de información a partir del CMDB y creación de bases de datos necesarias para automatizar la producción de tablas e informes.

**Resultados:** Se creó un sistema relacional de tablas y bases de datos en Microsoft Office que a partir del CMDB obtiene los indicadores para un periodo seleccionado: pacientes atendidos, mortalidad observada, tasa de mortalidad estandarizada y la variación de los mismos respecto a los datos de referencia propios (años anteriores). La información obtenida se estructura en las siguientes tablas: Datos globales del hospital, con información sobre fallecidos totales, su distribución por sexo y edad, tipo de ingreso y estancia media. Mortalidad precoz, con datos sobre las muertes ocurridas en las primeras 48 horas tras el ingreso. Tabla Holland, que recoge datos de mortalidad específica de 6 diagnósticos o procedimientos, en los cuales no debería producirse, a priori, ningún caso (Asma entre 5-64 años, Apendicitis entre 5-64 años, Hernia abdominal entre 5-64 años, Colecistitis-Colelitiasis 5-64 años, Mortalidad materna y Mortalidad perinatal). Datos ordenados de mayor a menor tasa de mortalidad, clasificados por las siguientes variables: CDM, servicios clínicos, GRD, diagnóstico principal y procedimientos quirúrgicos. Se establece como comparación el límite superior del Intervalo de confianza que resulta de aplicar la media de los datos de los años anteriores.

**Conclusiones:** Sistema de fácil manejo para recoger de forma semiautomatizada los datos epidemiológicos de mortalidad hospitalaria, como instrumento de evaluación de la Calidad Asistencial para la Comisión de Mortalidad y para los Servicios Clínicos. Un mejor aprovechamiento del sistema de información disponible en el hospital puede facilitar la obtención periódica de los datos de mortalidad a partir del CMDB y disponer de datos agregados, detectando variaciones a lo largo del tiempo.

P-145

## EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL AL INGRESO

Dierssen T, Robles M, López P, Gutiérrez-Pellón JM  
*Hospital de Sierrallana, Cantabria.*

**Palabras clave:** Riesgo social. Ingresos hospitalarios. Evaluación.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de riesgo social entre los pacientes ingresados desde 1999. Caracterizar los ingresos con riesgo social a priori definido por su edad durante 2002.

**Métodos:** Durante un mes al año se ha llevado a cabo la identificación del riesgo social de todos los pacientes ingresados en el hospital de edad = 75 años estableciendo una vigilancia prospectiva desde Atención al Paciente. La evaluación se ha realizado mediante la cumplimentación de una encuesta diseñada al efecto, administrada de forma personal a todos los pacientes transcurridas 24 horas desde su ingreso hospitalario.

**Resultados:** La prevalencia de riesgo social fue 11,6% en 1999, 9,4% en 2000, 3,9% en 2001 y 14,2% en 2002. En el 2002 se han encuestado 742 pacientes. Como características de la población estudiada: la media de edad fue de 82,22 (DE: 5,43) años, AIQ: [78-86], Md 81 años. El Servicio con mayor número de pacientes = 75 años fue Medicina Interna (51,90%). El diagnóstico más frecuente resultó ser las enfermedades del aparato circulatorio (20,25%) y aparato digestivo (14,88%). En el 7% de las ocasiones el ingreso fue motivado por una caída. Respecto a la valoración del riesgo social: con una tasa de cumplimentación (88,14%) se identificaron 96 pacientes (14,68%) que vivían solos, de los cuales la mayoría (50%) ingresados en Medicina Interna, seguidos en frecuencia por Oftalmología y Traumatología (12,5% respectivamente). De los pacientes que vivían solos, el 47,92% fueron dependientes, ingresados en un 52,2% de las ocasiones en Medicina Interna y en un 13% en Traumatología. Del resto (pacientes acompañados) el 31,23% vivían únicamente con su cónyuge (que en el 43,12% de las ocasiones eran dependientes).

**Conclusiones:** Al analizar los últimos cuatro años no se encuentra una tendencia clara en la prevalencia. Es preciso remarcar la probable infraestimación de la prevalencia debido a la baja cumplimentación de aspectos tales como la identificación del acompañante o el grado de dependencia del mismo.

P-144

## REDISEÑO DEL MODELO ORGANIZATIVO DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD: RESULTADOS DEL CICLO PDCA

Mallo-Fernández JM, Ferrándiz-Santos J, Granizo-Yagüe J  
*Dirección Gerencia Área 11 de Atención Primaria, Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar la implantación de un modelo organizativo de las Unidades Administrativas de Atención al Usuario (UAAU) de Equipos Atención Primaria (EAP), basado en el rediseño operativo de la Unidad, según el usuario objeto de la atención.

**Métodos:** Aplicación de un ciclo PDCA al conjunto del Área sanitaria (41EAP). **Planificación:** Evaluación de estructura organizativa y circuitos de atención (usuario externo e interno). Evaluación cualitativa con observación directa y encuesta/entrevista (100% de UAAU). Identificación de áreas problema: inadecuación de imagen, percepción desigual del trabajo, gestión del tiempo de atención y heterogeneidad organizativa. **Ejecución:** Diseño de un modelo organizativo homogéneo, asignando una estructura marco para las UAAU según tipo de usuario (usuario externo/interno), redefiniendo procedimientos operativos de calidad e instrucciones técnicas. Definición de roles e implantación de un plan formativo específico adaptado a perfil profesional. Metodología de grupos de trabajo mediante técnicas de consenso. **Verificación:** Prueba piloto con observación directa presencial. Aplicación posterior al total EAP priorizando ciertas áreas: Opinión usuario (reclamaciones); Registro/Archivo y Gestoría (audit mixto anual); Accesibilidad telefónica (encuesta semestral, significación EAP).

**Resultados:** Reclamaciones (respuesta < 1 mes): Estable/Mejora 88%, Incumplimiento 12%. Registro/Archivo (6 ítems): Estable/Mejora 88%, Incumplimiento 12%. Gestoría (adecuación horaria): Estable/Mejora 95%, Incumplimiento 5%. Calidad telefónica (11 ítems): Estable/Mejora 57,5%, Incumplimiento 42,5%. Respecto al estándar óptimo es susceptible de mejora: Calidad telefónica 90%. Registro/Archivo 73%, Gestoría 20% y Reclamaciones 64%. **Intervenciones:** Revisión de la implantación mediante evaluación y solución de problemas/unidad funcional de forma específica. Despliegue formativo orientado hacia la calidad de servicio al cliente. Aplicación de un nuevo plan de mejora o circuito de calidad.

**Conclusiones:** Los resultados no conformes corresponden a unidades donde no se cumple el modelo organizativo. Revisión de los estándares prefijados, adaptándolos a objetivos factibles de cumplimiento. La intervención en calidad telefónica precisa considerar los recursos humanos y materiales disponibles siendo susceptible de afectarse por factores externos. Los servicios prestados en las UAAU han de satisfacer plenamente las necesidades de todos aquellos involucrados en el proceso asistencial.

P-146



## INDICADORES CALIDAD OBTENIDOS POR EL CONJUNTO DATOS MÍNIMO (CMBD)

Rebull J, Castella-Castella M, Viñas-Naranjo J, de Pablo-Julve A, Cuevas-Baticón B, Grau-Avila A

P-147

**Palabras clave:** CMBD. Indicadores calidad. Garantía calidad.

**Objetivos:** Analizar indicadores de calidad (obstétricos, mortalidad, neonatos ingresados) a través del CMBD y comparar el posicionamiento del Hospital con la norma de hospitales generales medianos.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de 10.275 registros de CMBD correspondientes a las altas del año 2000. Indicadores de calidad seleccionados: 1) Obstétricos: Tasa cesáreas sobre partos totales, tasa partos instrumentales en parto vaginal, tasa traumatismos obstétricos en parto vaginal, tasa hemorragia posparto vaginal. 2) Indicadores neonatos ingresados: Tasa traumatismos afectando al neonato y tasa hipoxia perinatal. 3) Indicadores de mortalidad global y por Grupos Relacionados con Diagnóstico (GRD) de tipo quirúrgico y médico. En este indicador se calculó la mortalidad esperada y la razón de mortalidad estandarizada (RME). 4) Readmisiones a 30 días en intervenciones quirúrgicas con baja probabilidad de readmisión. Como estándar de comparación se utilizó la Norma de Hospitales Generales Medianos compuesta de 204.180 altas hospitalarias de 25 hospitales que tiene alrededor de 200 camas.

**Resultados:** Indicadores de calidad obstétricos: Cesáreas sobre partos totales 204/943 (tasa 21,63%), partos instrumentales en parto vaginal 167/739 (tasa 22,60%), tasa traumatismos obstétricos en parto vaginal 8/739 (1,08%), tasa hemorragia posparto por parto vaginal 1/739 (0,14%). Indicadores de calidad en neonatos ingresados: traumatismos afectando al neonato 21/943 (tasa 2,23%) e hipoxia perinatal 9/943 (tasa 0,95%). Indicadores de mortalidad: mortalidad global 312/10275 (tasa 3,03%; tasa esperada 2,96; RME 1,02 N.S.); mortalidad en GRD tipo quirúrgico tasa 1,26 (esperada 1,14; RME 1,10 N.S.); mortalidad en GRD tipo médico tasa 4,16 (esperada 4,07 RME 1,02 N.S.). Readmisiones a 30 días en intervenciones quirúrgicas con baja probabilidad de readmisión: Cristalino 11/474 (2,32%); hernia 8/225 (3,56%), prótesis articulares mayores 12/222 (5,26%), útero/anexos por neoplasia 6/127 (4,72%).

**Conclusiones:** Puntos de mejora: Cesáreas sobre partos totales, comparando con la norma de hospitales está en el tercer cuartil. Partos instrumentales en parto vaginal esta por encima de la media de la norma y debajo del tercer cuartil. Traumatismo afectando al neonato por encima del tercer cuartil. El indicador de Mortalidad esta por encima de la observada pero sin significación estadística. Puntos fuertes de los indicadores analizados: Hemorragia posparto en parto vaginal y traumatismo obstétrico en parto vaginal ambos en el primer cuartil.

## SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD DE ENFERMERÍA

Muñoz MA, Recamán JM, Soler P, Barrientos A, Nodar C, Costa L

Hospital Do Salnes.

P-149

**Palabras clave:** Calidad Sistemas de Información.

**Objetivos:** a) Diseño y desarrollo de un sistema de monitorización de indicadores para la evaluación de programas de calidad de enfermería. b) Diseño y desarrollo de un plan de comunicación interna que permita el conocimiento de resultados y acciones de mejora propuestas.

**Métodos:** 1) Para cada uno de los programas de calidad de enfermería se definen sus criterios de calidad, sus indicadores, sus estándares y su metodología de evaluación. 2) Se diseñan los registros para la explotación de los datos obtenidos, en función de los objetivos establecidos y consensuados en cada unidad. 3) Se establece para cada programa los niveles de responsabilidad, concretizados en la Comisión de Cuidados de Enfermería, Grupos de mejora específicos y Coordinadores de Unidad. 4) Establecimiento de la sistemática de comunicación de resultados: realización de evaluaciones - validación y explotación de datos - análisis de los resultados - establecimiento de acciones de mejora - traslado a las unidades antes del día 10 de cada mes.

**Resultados:** Dentro del plan de calidad del hospital existen 9 programas de calidad de enfermería, traducidos en 16 objetivos operativos para cada una de las unidades. En los cuatro primeros meses del año 2003, se han realizado un total de 36 evaluaciones, con la monitorización de 233 indicadores. Estos resultados se han trasladado a cada una de las unidades, a través de la elaboración de cuatro cuadros de mandos de enfermería. En todos los estudios se aprecia una mejora progresiva de los resultados.

**Conclusiones:** La mejora de los resultados estará directamente relacionada con el nivel de información proporcionado a los profesionales y el grado de participación, tanto en la fase de diseño del sistema de evaluación e información, como en la fase de evaluación y la sugerencia de acciones de mejora.

## IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN ENFERMERÍA

Robles-Tapia C, Corbeaux LA

P-148

**Palabras clave:** Gestión. Cuadro de mando integral. Indicadores.

**Objetivos:** Utilizar el cuadro de mando integral como un sistema de control de gestión en base a la monitorización continua de indicadores y como un complemento al plan estratégico de dirección.

**Métodos:** Este modelo ha tenido dos fases en nuestra institución. La primera de ellas dice relación con su adaptación a organizaciones de salud, definiendo los indicadores en cada perspectiva y su incorporación a los diferentes niveles de enfermería. La segunda fase ha consistido en utilizar el cuadro de mando integral como un elemento que permite hacer operativa la estrategia, refuerza la misión declarada y la definición de metas anuales por cada perspectiva.

**Resultados:** En la perspectiva financiera en los últimos 4 años (1999-2002) con un nivel similar de ausentismo de personal de aproximadamente 40.000 días, hemos sustituido en parte el recurso variable de cobertura que es considerado más caro que el turno fijo, por cobertura con personal a contrato plazo fijo lo que significó una disminución real en el gasto de remuneraciones de \$218 Millones a \$171 Millones por año. En la perspectiva Cliente si bien hemos mantenido la tasa de caídas en los últimos 3 años en un 0,36 por 1.000 días cama ocupados, hemos disminuido progresivamente la gravedad y las consecuencias de ellas. En infecciones intrahospitalarias, el año 2002 hemos sido acreditados en forma destacada por el Ministerio de Salud con significativas bajas de nuestras tasas. El registro y notificación de incidentes como desplazamientos de catéteres, úlceras por presión, quemaduras y errores de administración de medicamentos ha tenido un aumento exponencial dado que la meta en estos dos últimos años ha sido mejorar la notificación. El nivel de satisfacción de usuarios ha aumentado progresivamente de un 91 a un 93% anual. En la perspectiva procesos, el entrenamiento de enfermeras en calidad, de gestión, infecciones intrahospitalarias y otras áreas clínicas ha permitido su designación como líderes de procesos claves asistenciales. En la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, se ha diseñado una alianza estratégica con la escuela de enfermería para flexibilizar la obtención de especializaciones formales a enfermeras con experiencias en intensivos con el fin de mejorar nuestro nivel profesional.

**Conclusiones:** El cuadro de mando integral es un excelente modelo de dirección estratégica, alineando la organización y provocando un cambio en la cultura como en la gestión.

## INDICADORES PARA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA FASE PREANALÍTICA EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Losa MA, Ramos I, Alcocer A, Sánchez-Cano I, Arroyo B, Abad MI

P-150

**Palabras clave:** Indicadores de calidad. Fase preanalítica. Laboratorio.

**Objetivos:** 1) Analizar los registros de No-Conformidad (NC) de los volantes preimpresos de solicitud de pruebas analíticas y de NC de las muestras biológicas correspondientes remitidas al Laboratorio desde Atención Primaria (AP). 2) Valorar mediante los indicadores apropiados, los resultados globales de NC.

**Métodos:** Durante 5 días hábiles consecutivos se revisan los volantes de petición de pruebas remitidos al Laboratorio desde 19 Centros de AP (Área 11, Madrid). Los criterios de NC considerados son: 1) Identificación incorrecta del paciente. 2) No consta la procedencia. 3) No consta médico solicitante. 4) Sin diagnóstico de presunción.

Para las muestras biológicas los criterios de NC considerados son: muestra no remitida (MNR); muestra coagulada (MC); muestra insuficiente (MIS); muestra hemolizada (MH); muestra inadecuada (MID); muestra mal identificada (MMI) y transporte defectuoso de la muestra (TDM). Se valoran los indicadores globales de NC en volantes, muestras y muestras no procesadas.

**Resultados:** El número total de volantes revisados es de 7.812. El mayor porcentaje de NC (31,6%) se refiere a falta de datos clínicos, existiendo gran variabilidad (11%-55%) intercentros. La identificación incorrecta del paciente es la NC menos frecuente (1,83%). El indicador de NC de volantes es 34,45%. Por lo que se refiere a las muestras biológicas (n = 18.901) la NC más frecuente (1,13%) es MID, seguida de MNR (1,04%) y de MH (0,68%). Consideradas globalmente, el indicador de NC en muestras es de 2,77% y el de muestras no procesadas, 4,57%.

**Conclusiones:** 1) El número de NC en muestras es comparable a los datos preanalíticos recogidos en la literatura. 2) El número de NC en volantes de petición es muy elevado, debido fundamentalmente a no consignar el diagnóstico de presunción, o falta de datos clínicos mínimos, en la petición. 3) Dado el interés que para el Laboratorio representa en determinados casos conocer el diagnóstico de presunción para valoración de resultados, es necesario conseguir el compromiso de los clínicos para reducir el problema. 4) El seguimiento de los indicadores considerados es necesario para conocer, en términos cuantitativos, la eventual mejora continua de este proceso.

# **NORMALIZACIÓN DE PROCESOS: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE OSTOMIZADO INCLUIDO EN UNA VÍA CLÍNICA DEL CÁNCER COLO-RECTAL**

**P-151**

Aznar-García MA, Jerónimo-Fernández A, Martínez-Almendros C, Mingorance-Aguilar I, Navarro-Ortiz MD, Pérez-López C, Sánchez-Alascio MD, Tomas-Bartrina G

Hospital Morales Messeguer.

**Palabras clave:** Plan de cuidados estandarizado. Ostomía. Enfermería.

**Objetivos:** Describir el plan de cuidados estandarizado (PCE) en el manejo del paciente ostomizado incluido en la Vía Clínica del Cáncer Colo-rectal (VCCC) del Hospital Morales Messeguer.

**Métodos:** La VCCC se elaboró en un período de 1 año (2002-2003). Siguiendo el proceso de normalización de los cuidados y aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, se elaboró un PCE al paciente con cáncer colorectal y una adaptación para los pacientes incluidos en la VCCC susceptibles de ser ostomizados (15-20%) con los siguientes períodos: Preoperatorio, Intraoperatorio, Postoperatorio, Alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio.

**Resultados:** En el PCE se formularon 34 diagnósticos de enfermería con sus respectivos objetivos y 98 actividades de enfermería encaminadas a la consecución de los objetivos. En el periodo Preoperatorio de los pacientes susceptibles de ser ostomizados: se incorporó la Unidad de Enfermería de Estomatoterapia (UEE) con el objetivo de disminuir la ansiedad frente al proceso y garantizar un óptimo marcaje del estoma. Para ello se realiza una conversación preoperatoria sobre el proceso quirúrgico, el concepto de estoma y sus implicaciones, se realiza y verifica el marcaje. En el periodo perioperatorio se incorpora la utilización de un dispositivo con ventana para evitar innecesarias manipulaciones en el postoperatorio inmediato. En el Postoperatorio se estandarizan las actividades encaminadas a conseguir autonomía en el manejo del estoma y la prevención de complicaciones. Para el alta hospitalaria se elabora un Informe de Enfermería al Alta consensuado con Atención Primaria con el fin de asegurar una continuidad de cuidados. Por último, el seguimiento ambulatorio se realiza en la UEE, siguiendo las necesidades y expectativas manifestadas por los propios usuarios tras la realización de estudios cualitativos. La UEE tiene como objetivo conseguir el máximo nivel de autonomía de la persona ostomizada desde una perspectiva holística (asistencia y prevención de complicaciones, adaptación de dispositivos, relación de ayuda, adaptación de dietas personalizadas, etc.).

**Conclusiones:** El problema de la variabilidad de la práctica clínica continúa patente en nuestras instituciones por lo que es imprescindible la combinación de diversas herramientas que trabajen conjuntamente en su disminución, como son las vías clínicas y los PCE.

# **ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA II DE SALUD (REGIÓN DE MURCIA)**

**P-153**

García-Córdoba JA, López Hernández F, Palacios-Sánchez MA, Ruiz-Marín M

Facultad CC Empresa, Murcia.

**Palabras clave:** DEA (Data Envelopment Analysis). Eficiencia.

**Objetivos:** Analizar la eficiencia de los Centros de Atención Primaria del Área II de Salud de la Región de Murcia, estableciendo un sistema de indicadores homogéneo incluyendo tanto factores productivos, como relativos a percepción del usuario de la calidad del servicio.

**Métodos:** La técnica empleada es el Análisis Envolvente de Datos (Data Envelopment Analysis). Este método nos permite obtener indicadores relativos de eficiencia en presencia de los múltiples recursos y múltiples resultados, sin realizar una asignación previa de los pesos o ponderaciones a dichos recursos y resultados.

**Resultados:** Como resultado del análisis, obtendremos indicadores relativos de eficiencia para los Centros de Atención Primaria considerados, determinando los factores de la ineficiencia para cada caso y analizando la sensibilidad del modelo a la inclusión/exclusión de variables. Se realiza también un análisis confirmatorio de los resultados obtenidos mediante análisis envolvente con la aplicación de técnicas multivariantes.

**Conclusiones:** El análisis envolvente de datos se constituye en un procedimiento útil y apropiado para la determinación de indicadores de eficiencia, aún cuando la elección del sistema de indicadores siempre permitirá un cierto debate acerca de su propia idoneidad.

# **LLAMADA TELEFÓNICA A LAS 24 HORAS DEL ALTA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

**P-152**

Delgado-Sánchez S, Alonso-Durán M, Becher-Díaz P, Caamaño-Vaz C, Martínez-Alonso JR

Hospital Puerta de Hierro.

**Palabras clave:** Calidad Percibida. Satisfacción. Encuesta.

**Objetivos:** La reciente creación en nuestro hospital de la unidad de cirugía mayor ambulatoria planteó desde el principio la idea de establecer un mecanismo de contacto con el paciente con el fin de darle seguridad, analizar el dolor y controlar las posibles complicaciones, que se concretó en una llamada telefónica a las 24 horas de la intervención. Se completó la idea con la elaboración de un registro informático para facilitar la detección y causa de problemas y para conocer su opinión sobre la asistencia recibida, servir de fuente de información a los profesionales y establecer acciones de mejora para prevenirlas.

**Métodos:** Diseño de una hoja de recogida de datos que permiten detectar signos y síntomas de problemas y conocer el nivel de satisfacción del paciente. La normativa a seguir en el transcurso de la llamada se resume en presentarse, contactar con el paciente, completar las respuestas del cuestionario e indagar observaciones de interés. No se realiza muestreo y abarca a la totalidad de pacientes, salvo cuando existen impedimentos laborales o de recepción de la llamada. El tratamiento de datos se ha realizado con un programa en base de datos ACCESS y el análisis estadístico con el programa SPSS. El índice de satisfacción global se determinó a partir de las preguntas de opinión considerando la respuesta regular como problema.

**Resultados:** En el tiempo de funcionamiento de la Unidad han sido intervenidos en total 405 pacientes (206 de Cirugía general, 189 de Traumatología y 10 de Cirugía Plástica, de los cuales 239 (59%) respondieron al cuestionario por vía telefónica. La opinión sobre la asistencia recibida se manifestó en sus respuestas concretadas en un índice de satisfacción global de 99%. Buscando problemas y analizando las respuestas de los 8 pacientes (3,3%) que acudieron a Urgencias en el día se verificó la causa en 6 de ellos asustados por el sangrado, mientras que los otros 2 fue debido a su estado de ansiedad. El análisis sobre manifestación de problemas detectó una frecuencia inusual de los problemas de garganta en la misma proporción que el resto de problemas (11%). Adoptadas medidas en este tipo de problema se redujo al 4%. Se advirtió la existencia de problemas no considerados previamente como el déficit de conocimientos en el uso del tratamiento de clexane, fármaco habitual en los enfermos traumatológicos.

**Conclusiones:** Se considera que se ha establecido un procedimiento útil para el paciente que le ofrece seguridad y apoyo. El registro y procesamiento en tiempo real de la información ofrecida por el paciente supone una herramienta importante para detectar problemas y se constituye como una fuente de información del hospital. Se han tomado medidas de mejora tras la detección de problemas. Se ha creado un protocolo por escrito del uso del tratamiento de clexane, complementario de la información oral, que se ha empezado a repartir a primeros de mayo. El aviso sobre los problemas de garganta condujo a una medida que llevó a una mejora inmediata.

# **ESTRATEGIAS DE GESTIÓN: ¿CUADRO DE MANDO O DE AUTOGESTIÓN? EXPERIENCIA ENTRE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**P-154**

Collado A, Ríos L, Doblado O, Colomes LL, Rius MA, Tomás RM

**Palabras clave:** Cuadro de Mando. Autogestión. Atención Primaria.

**Objetivos:** Dar a conocer la metodología utilizada para facilitar herramientas de autogestión a los profesionales de Atención Primaria mediante la creación de un Cuadro de Mando (CM) con datos individualizados.

**Métodos:** Se diseñó un aplicativo informático que permitía la recogida de datos de actividad, consumo de recursos, cumplimiento de protocolos y resolución de problemas procedentes de las historias clínicas informatizadas de cinco Centros de Atención Primaria (CAP) dependientes de la Dirección de Atención Primaria. Los datos se agregaron por profesional, categoría profesional y centros y se definieron los indicadores que configurarían el CM de Atención Primaria. En una primera fase se diseñaron indicadores de resultados globales y de centro, accesibles a los directores de centro y a la gerencia mediante la intranet. En la segunda fase se diseñaron cuadros con resultados individuales por profesional agrupados por centro de trabajo y que eran facilitados a los directores de centro. En una tercera fase, se dio a los profesionales la posibilidad de recibir mensualmente sus indicadores.

**Resultados:** En junio de 2001 se implantó la primera fase, junio de 2002 la segunda y enero 2003 la tercera. Primera fase (CM de Atención Primaria): permitió conocer el posicionamiento de cada centro respecto al conjunto y la obtención de indicadores útiles para la comparación con centros de características similares y con el estándar corporativo, calculado con la media de los cinco centros. Segunda fase (CM de centro) es una herramienta útil para los directores de centro a la hora de evaluar a sus profesionales y de detectar situaciones de ineficiencia o excelencia. Tercera fase (CM profesional), permite a los profesionales conocer sus resultados individuales y su situación en relación al conjunto del centro y con el grupo profesional, modificando sus actuaciones.

**Conclusiones:** El manejo de indicadores por parte de los diferentes niveles de mando y de los profesionales ha permitido la detección de problemas a nivel de centro y profesionales, facilitando la búsqueda de soluciones y su posterior consenso e implantación. El conocimiento por parte de los profesionales de sus indicadores individuales ha producido un cambio en su actuación, mejorando los indicadores globales del centro. La devolución de información a los profesionales mediante un CM por profesional se ha convertido en una herramienta de autogestión.

## UN MODELO DE CONSULTA EFICIENTE EN REUMATOLOGÍA HOSPITALARIA CAPAZ DE EVITAR LA DEMORA A LARGO PLAZO

P-155

Fernández-Dapica MP, González-Crespo MR, Padrino JM, Herrero MC, Jiménez-Muro M, Ruiz-López P  
Hospital 12 de Octubre.

**Palabras clave:** Consulta Externa (Cuidado Externo). Lista de Espera. Especialista.

**Objetivos:** Valorar la eficiencia de un modelo de consulta diseñado para aumentar las primeras consultas sin generar demora en las revisiones y estudiar indicadores de funcionamiento, calidad técnica y percibida.

**Métodos:** En 1996 se estableció prospectivamente un modelo de consulta para absorber la demanda de pacientes externos según el siguiente organigrama. Tres días de consulta a la semana; el primer día para la primera consulta (aportando la analítica y radiografías), procurando una espera no mayor de 45 días; el segundo día para crónicos estables con artritis evitando revisiones mediante un programa de educación sanitaria, impartido un día al mes por el médico, un ATS y un fisioterapeuta; el tercer día para reagudizaciones de crónicos y tratamientos de los nuevos con patología de partes blandas. Se analizaron los resultados del periodo 5/9/2002 al 15/1/2003. La calidad técnica se evaluó mediante la demora media, el número de consultas necesario para cumplir con la demora y el número de altas, y la calidad percibida por una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** El total de primeras consultas fue 226 atendidos en un tiempo de  $36 \pm 13$  días, lográndose pasar a fin de año con una demora de 28 días, habiendo precisado 8 días extras de consulta. Las patologías más frecuentes fueron artrosis y fibromialgia. Pudieron ser tratados y dados de alta el mismo día de la primera consulta 133 (58,8%), en la segunda consulta tras la realización de pruebas diagnósticas 16 (7%) y en la tercera consulta tras infiltraciones 35 (15,4%), pasando a revisiones de crónicos 42 (18,5%). La calidad percibida por el paciente fue evaluada más de 8 en el 80%.

**Conclusiones:** Este modelo de organización de la consulta permite disminuir la demora al dar un número elevado de altas y, al ser vistos los pacientes precozmente, evita que patologías agudas se puedan cronificar. Resulta muy satisfactorio para pacientes y médicos, siendo un modelo óptimo y extrapolable para cumplir los objetivos de calidad.

## DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA A PARTIR DE LA REORDENACIÓN DE ESTRUCTURA Y PROCESO EN UN HOSPITAL DOCENTE DE REFERENCIA

P-157

Oliach X, Duran J, Díez C, Roca JC, Richart C, Bardají G  
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.

**Palabras clave:** Estancia Media. Reordenación. Proceso.

**Objetivos:** Evaluar el impacto en la estancia media de la reordenación de estructura y proceso en un hospital docente de referencia.

**Métodos:** A raíz de los resultados del análisis comparativo inter-centros del mismo nivel que evidencian claras posibilidades de mejora de la estancia media en algunas áreas clave del centro, el Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, hospital docente de referencia de 360 camas, remodeló la organización interna de camas, desde el punto de vista de estructura y proceso orientándola a mejorar la gestión de las altas y la eficiencia de la unidad. Para ello se utilizó el método de análisis y de mejora según el tradicional PDCA desde el grupo de calidad del hospital, y se presentan los resultados iniciales de la comparación, la estrategia de mejora a nivel estructural y de proceso, los mecanismos de cambio y los resultados posteriores conseguidos. Para la presentación de resultados se han escogido los dos GRD con mayor impacto en el exceso de días de ingreso: 088 'Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica' y 014 'Trastornos específicos cerebrovasculares, excepto Ictus transitorios'.

**Resultados:** Tras dos meses de finalización de la estrategia de mejora, la estancia media para los dos GRDs centinela ha disminuido.

-Estancia media ("intlier").

-GRD Descripción basal postintervención.

088 Enfermedad Pulmonar Obst. Crónica 8,8 7,5.

014 Trastornos espec. CV, exc. IT 11,8 9,2.

**Conclusiones:** La reordenación de estructura y proceso se ha mostrado eficaz a los dos meses de la intervención. Esperamos que la disminución de la estancia sea mayor a los seis meses.

## ANÁLISIS DE KAPLAN-MEIER APLICADO A LOS TIEMPOS DE ESPERA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

P-156

Lameiro F, Ugarte M, Milagro C, Santos JA  
Hospital Reina Sofía.

**Objetivos:** Describir la variable intervalo de tiempo transcurrido entre la entrada en lista de espera para consulta de atención especializada y realización de la consulta mediante la técnica de análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y explorar el empleo de esta técnica como indicador de gestión de listas de espera.

**Métodos:** Criterios de inclusión: Registros anotados en lista de espera de consultas de Medicina Interna, Traumatología y Cirugía General de nuestro hospital entre el uno y el treinta de abril de 2003. Variables más relevantes: a) Fecha de cierre: 30 de abril de 2003. b) Supervivencia: Fecha de salida del registro menos fecha de entrada en el mismo. c) Estado final: visto, si la persona fue vista en la consulta; pendiente, si a fecha de cierre continuaba en lista y perdido, si no acudió a la consulta prevista por cualquier causa.

**Resultados:** *Medicina Interna:* Lista preferente: 20 tiempos completos y 23 incompletos. Permanencia en la lista: El 25% de las personas salen de la lista antes de 16 días; el 50% antes de 20 días y el 75% antes de 21 días. Lista normal: 32 tiempos completos y 59 incompletos. Permanencia en la lista: El 25% de las personas salen de la lista antes de 18 días; el 50% antes de 21 días y el 75% antes de 21 días. *Traumatología:* Lista preferente: 2 tiempos completos y 52 incompletos. Lista normal: 5 tiempos completos y 301 incompletos. *C. General:* Lista preferente: 10 tiempos completos y 22 incompletos. Permanencia en la lista: El 25% de las personas salen de la lista antes de 10 días; el 50% antes de 13 días y el 75% antes de 29 días. Lista normal: 50 tiempos completos y 65 incompletos. Permanencia en la lista: El 25% de las personas salen de la lista antes de 12 días; el 50% antes de 16 días y el 75% antes de 18 días.

**Conclusiones:** La técnica de Kaplan-Meier puede producir indicadores útiles para la gestión de las listas de espera, ya que computa tanto la demora generada por las personas vistas como por las no vistas. En este caso, a la vista del porcentaje de tiempos incompletos, el tiempo de seguimiento ha resultado insuficiente para producir indicadores fiables. La coincidencia del estudio con las vacaciones de Semana Santa posiblemente ha mermado la actividad clínica y ha afectado a los resultados expuestos, por lo que resultaría interesante aumentar el tiempo de seguimiento y extender el estudio a meses sucesivos.

## SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ESTUDIO BASAL DE INDICADORES CLÍNICOS DE CALIDAD EN URGENCIAS

P-158

Aloy-Duch A, Acerete-Rodríguez M, García-Pina D, Sanz-Cardeñosa S, Pellejà-Monné D, Pujol-Noguera LI

**Palabras clave:** Síndrome Coronario Agudo. Indicadores. Urgencias.

**Objetivos:** Analizar y estudiar los Indicadores Clínicos de Calidad (ICC) basales del Síndrome Coronario Agudo (SCA) en los servicios de urgencias de dos hospitales comarcales antes de la elaboración, difusión e implantación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) del SCA. En el SCA se incluyeron: la angina inestable (AI) y el infarto agudo de miocardio (IAM).

**Métodos:** Estudio transversal, observacional y retrospectivo de pacientes con un SCA atendidos consecutivamente en urgencias de nuestros dos centros durante un año.

**Resultados:** Hemos incluido 201 pacientes (1 de junio del 2000 al 1 de junio del 2001), un año antes de la implantación de la GPC. La edad media global fue de  $70,42 \pm 11,30$ , con 60% de varones y 40% de mujeres. La duración del dolor antes de consultar a urgencias fue de  $7 \pm 7,7$  horas. En el SCA se presentaron 140 (70%) casos como una AI y 61 (30%) como un IAM. Ocho (3,9%) pacientes presentaron algún tipo de arritmia, siendo éxitos sólo 1 (0,5%) paciente en urgencias. Trece (6,5%) pacientes del total se trasladaron a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En la SCA se utilizó: nitratos sublingual (60%), nitratos endovenosos (82,3%), antiagregantes (81,3%), betabloqueantes (30%) y antagonistas del calcio (25%). De los pacientes con AI, setenta (53%) de 132 en los que estaba indicado se les administró heparina. De los IAM, un 67,2% eran transmurales, 41,4% de cara inferior y un 24,3% de cara anterior. Del total de IAM, un 45,90% (28 casos) eran candidatos a trombolisis realizándose la misma en 12 (42,85%), dos (16%) en un tiempo < 30 minutos, y 10 en 2 o menos horas, y del total sólo 2 eran mujeres; en 16 (26,22%) de los IAM se utilizó morfina; en 13 (23,2%) del total en los que estaba indicado, se trataron con Inhibidores del Enzima Convertidor de la Angiotensina (IECA).

**Conclusiones:** Los resultados epidemiológicos globales (edad, sexo, tipo de cardiopatía isquémica y localización del IAM) no difieren de los descritos en la literatura. Destaca, la tardanza en acudir a urgencias de los pacientes con SCA. La derivación a las UCI ha sido mínima a pesar de la recomendación de todas las GPC, con una morbilidad baja, lo que podría replantear o precisar más las indicaciones de traslado. Se detecta un ajustado uso de antiagregantes, así como la tendencia ya descrita en la infrautilización de los betabloqueantes y, particularmente, de la heparina en la AI. En los IAM, destaca el poco uso de la trombolisis (sobre todo, en las mujeres) con un tiempo correcto puerta - aguja, así como el bajo uso de los IECA. Este estudio basal nos ha de permitir, junto a la implantación de las GPC, mejorar la asistencia e iniciar un sistema de mejora de la calidad en los pacientes con SCA.



## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE UN VOLANTE DE SOLICITUD DE PRUEBAS PARA UN LABORATORIO DE URGENCIAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS

P-159

Vera J, Cháfer M, Fuster O, Domínguez JP, Juncos MA, Navarro L

**Palabras clave:** Análisis. Volantes. Cumplimentación.

**Objetivos:** Ante la próxima modificación de nuestro volante de solicitud de pruebas para el Laboratorio de Urgencias de Análisis Clínicos, hemos revisado la calidad de su cumplimentación. La finalidad era detectar los problemas más frecuentes que pueden afectar el tiempo de respuesta, uno de los principales indicadores de calidad, ya que cualquier defecto que dificulte la lectura automática de los volantes obliga a introducir los datos manualmente, con lo que se retrasa el proceso analítico y se introduce el factor humano como posible fuente de error.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la revisión de 1000 volantes seleccionados aleatoriamente, evaluando si incluían: 1) Pegatina con código de barras con los datos del paciente. 2) Código de barras con la identificación numérica de la petición. 3) Magnitudes solicitadas bien marcadas. 4) Anotaciones incorrectas en el margen del volante que contiene los dígitos de control. 5) Diagnóstico del enfermo. 6) Número de colegiado del médico que rellenó la petición.

**Resultados:** El 92% de los volantes llevaban la pegatina con los datos del paciente; el 91%, el código de barras identificativo en la posición adecuada, y el 92%, los parámetros correctamente señalados. Por otro lado, uno de cada 100 volantes llevaba anotaciones en el margen y no podía ser procesado por el lector automático, sólo el 20% llevaba incluido el diagnóstico (legible en el 74% de ellos) y el 34% de las peticiones no llevaba el número de colegiado del médico.

**Conclusiones:** Más del 90% de los volantes podían ser leídos automáticamente por el lector, lo cual es bastante aceptable. Sin embargo, todavía se producen deficiencias en la cumplimentación de los mismos, sobre todo en la inclusión del diagnóstico y el número de colegiado. Esto supone un retraso significativo en el tiempo de respuesta, ya que obliga al laboratorio a comprobaciones y llamadas de consulta innecesarias. Por ello, en nuestro próximo volante hemos diseñado una serie de diagnósticos de presunción que los clínicos deberán señalar y que llevarán implícitos unos perfiles de pruebas, que pensamos facilitarán su labor. Por otro lado, deberemos hacer hincapié en que incluyan obligatoriamente el número de colegiado.

## EVALUACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR POR LA FÓRMULA MDRD-7

P-161

Díaz A, Cigarran S, García I, Rodríguez J, Selgas R, Rodán J

Servicio de Análisis Clínicos. Servicio de Nefrología. Coordinador de Calidad. Hospital de la Princesa de Madrid.

**Palabras clave:** MDRD. F. Glomerular. Creatinina S.

**Objetivos:** Evaluar la fórmula MDRD (Modification Diet Renal Disease) y el grado de deterioro de función renal en pacientes del Área 2. Sustituir el método de acl. de creatinina por el método de cuantificación de FG.

**Método:** Se han estudiado 2.606 pacientes, 59% hembras y 41% varones, edad  $60,82 \pm 15,3$  (18-93). En todos se determinó creatinina sérica (CrS), Albúmina (ALB) y BUN. Para el cálculo de FG se tuvo en cuenta edad, sexo y raza. Se aplicó la fórmula  $MDRD-7^* : 170 \times CrS^{-0,999} \times edad^{-0,176} \times BUN^{-0,17} \times Albumin$ .  $0,318 \times (0,762 \text{ si mujer}) \times (1,18 \text{ si r. negra})$ . Se distribuyeron los percentiles para MDRD de < 30, 30-60, 60-90 y > 90. Analizamos datos mediante SPSS 11.0. Se utilizó t de Student, ANOVA y la regresión cúbica. Se consideró estadísticamente significativo  $p < 0,05$ . Se estudiaron curvas ROC para sensibilidad y especificidad entre MDRD y CrS.

**Resultados:** CrS =  $1,21 \pm 0,48$ ; ALB =  $3,9 \pm 0,47$ ; BUN =  $29,02 \pm 22,9$ ; MDRD =  $60,11 \pm 32,0$ .

CrS	Media	Desv. Típica	Error Típico
MDRD < 30	2,41	0,52	0,03
MDRD 30-60	1,3	0,25	0,008
MDRD 60-90	1,00	0,10	0,003
MDRD > 90	0,83	0,07	0,003
Todos	1,21	0,48	0,004

  

MDRD:	Media	Desv. Típica	Error típico
MDRD < 30	22,62	4,10	0,26
MDRD 30-60	46,00	8,54	0,29
MDRD 60-90	75,37	8,85	0,28
MDRD > 90	101,81	7,48	0,31
Todos	66,59	25,94	0,50

Se encuentra correlación inversa cúbica entre MDRD y CrS,  $R^2 = 0,88$  ( $p < 0,001$ ). La CrS es muy sensible pero poco específica al determinar la función renal ( $AUC = 0,032$ ).

**Conclusiones:** La determinación de FG mediante curva MDRD, es una herramienta útil que permite determinar el FG sin recogida de orina de 24h. El nuevo sistema de valoración de FG aporta una clara mejora de la calidad técnica y calidad percibida por el paciente.

## ADAPTACIÓN DE UN INFORME DE FRECUENTACIÓN AL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN EN BASE POBLACIONAL

P-160

Rius-Rafecas MA, Tomás-Cedó RM, Costa-Domènech J, Colomé-Figuera LI y Grupo SAGESSA. Reus.

**Palabras clave:** Financiación capitativa. Sistema de información poblacional. Cuadro de mando.

**Objetivos:** Modificar y adaptar uno de los informes de actividad asistencial poblacional ya existente a un nuevo modelo piloto de financiación de base poblacional, con el fin de convertirlo en una herramienta eficaz para la toma de decisiones de gestión asistencial.

**Métodos:** Dos centros de agudos del Grupo quedan incluidos en este nuevo proyecto. Se realizaron reuniones multidisciplinarias con todas las áreas implicadas en el nuevo proyecto para: a) conocer en detalle el nuevo modelo y b) llegar a acuerdos por consenso sobre contenidos, formatos y flujos de información del nuevo cuadro de mando. Los datos son volcados a MS-Access directamente desde la base de datos (Oracle) del sistema central. Mediante macros automáticas los datos son enviados a tablas de MS Excel, que constituyen los diferentes cuadros de indicadores de centro. Se decidió procesar y elaborar los nuevos informes al margen del sistema central para obtener una mayor flexibilidad y autonomía de actuación.

**Resultados:** Partiendo de un informe descriptivo -cuyos datos no eran útiles para la gestión-, para cada uno de los centros se obtuvieron 3 cuadros de indicadores: 1) altas, 2) de urgencias totales, 3) de consultas externas (con detalle a demanda de primeras visitas y sucesivas). El formato de los cuadros es homogéneo y es el siguiente. En las filas, datos referentes a las poblaciones y áreas geográficas. En las columnas: volumen de asistencias, frecuentación y dependencia para cada uno de los siguientes periodos: TAM, acumulado anual, proyección año actual, año anterior y diferencia entre estos dos últimos. Se presentarán el circuito y los formatos de salida. Se consigue con este nuevo cuadro de indicadores: a) Información de las asistencias que corresponden a la zona de referencia, incluidas en la financiación capitativa. b) Información de las asistencias de fuera de la zona de referencia, que son objeto de financiación específica adicional.

**Conclusiones:** La modificación de un informe ya existente para adaptarlo a una nueva necesidad de información, de una manera rápida y fiable contribuye a conseguir los objetivos económicos del grupo ante una modificación de las regulaciones del entorno. La flexibilidad del sistema se ha mostrado fundamental en la adaptación y modificación del nuevo informe.

## PROPUESTAS Y SEGUIMIENTO DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

P-162

Robles D, Camp J, de Fuenmayor D

**Palabras clave:** Coordinación niveles asistenciales. Continuidad asistencial.

**Objetivos:** Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes dados de alta del hospital de agudos y que requieren seguimiento por los equipos de atención primaria. Planificar el alta desde el ingreso hospitalario, detectando la población diana susceptible de la continuidad asistencial. Determinar indicadores de resultado de los casos establecidos como diana.

**Métodos:** Diseño de un plan operativo para la coordinación entre ambos niveles asistenciales. Difusión del proyecto a los profesionales de las unidades piloto que coparticipan. Elaboración de un documento de coordinación, donde consta: Cuidador a Domicilio Índice de Barthel, conocimientos adquiridos por el paciente y/o familia, continuidad de cuidados y si ha habido o no intervención social, así como el tipo de recurso que se ha activado durante el ingreso hospitalario. Análisis y evaluación prospectiva de los casos.

**Resultados:** El proyecto "PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA Y COORDINACIÓN CON LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA" está auspiciado por el Consorci Sanitari de Barcelona, a través del consenso establecido por un grupo de trabajo, integrado por profesionales pertenecientes a Hospitales de agudos y servicio de atención primaria del barcelonés. La puesta en marcha del proyecto en nuestro Hospital y la Atención Primaria fué establecido el 2 de Junio de 2003. Se han determinado responsables de dicho protocolo en ambos niveles asistenciales. Los resultados preliminares (4 meses de la puesta en marcha) los presentaremos en este Congreso.

**Conclusiones:** La mejora de la continuidad asistencial es uno de los objetivos prioritarios establecidos en los planes de salud de Cataluña. Los usuarios del sistema y los profesionales de la salud han manifestado reiteradamente esta necesidad y a pesar de las múltiples iniciativas que a buen seguro han dado lugar a mejoras significativas del proceso asistencial, esperamos que este proyecto tenga continuidad en el tiempo y nuestra experiencia nos permita extrapolar el proyecto a todas las áreas asistenciales.

## INTEGRACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS DE HOSPITALIZACIÓN EN EL NUEVO PLAN DE CALIDAD

Pajín MA, García MV, Planas MD, Abelló C, González L  
*Hospital Universitario Vall d'Hebrón.*

P-163

**Palabras clave:** Calidad. Gestión. Cuidados de hospitalización.

**Objetivo:** Definir un sistema homogéneo para desarrollar los objetivos de mejora de calidad de los cuidados de hospitalización en un hospital con 55 unidades y 1.400 camas.

**Métodos:** 1) Diagnóstico de las actividades de mejora de calidad de cuidados de los programas preexistentes. 2) Priorización por parte del PC y la Dirección de Enfermería de los objetivos del Plan de Mejora: úlceras, caídas y flebitis y del reenfoque de esfuerzos hacia la mejora de los resultados. 3) Elaboración del PM: -Diseño de un nuevo método de protocolización de cuidados. -Unificación del sistema de recogida de resultados: cortes de prevalencia en las úlceras más seguimiento del paciente con úlcera establecida e incidencia de caídas. -Elaboración de indicadores de tratamiento, adaptando los resultados en función del perfil de los pacientes de cada área.

**Resultados:** Creación de dos grupos de trabajo multidisciplinarios formados por personal: asistencial de enfermería de las tres áreas, soporte metodológico de investigación, enfermería de núcleos de soporte de calidad y facultativos relacionados con cada proceso. Elaboración de los nuevos protocolos de úlceras y de caídas que han sido revisados por profesionales de los servicios de: riesgos laborales, medicina preventiva, medicina legal y expertos de enfermería de las diferentes áreas. Corte de prevalencia realizado en mayo en las tres áreas siguiendo la misma metodología, tanto en la recogida como en la explotación de datos y seguimiento posterior de las úlceras detectadas hasta su resolución.

**Conclusiones:** El sistema de elaboración de los nuevos protocolos de úlceras por presión y de caídas por profesionales de todas las áreas asistenciales ha facilitado la comunicación, la acogida y la implantación del plan de mejora. El nuevo PC, ha servido para vertebrar los cuidados de enfermería en relación a los objetivos priorizados, integrando en el proceso a todos los servicios de enfermería, incluido Pediatría, y ha comportado cambios estructurales básicos como son la unificación de los registros.

## TEMA 5-I

# Gestión por procesos y hechos

## HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS. CAMINO HACIA LA PROFESIONALIZACIÓN ENFERMERA

Castillo MC

*Hospital Virgen del Castillo.*

P-164

**Palabras clave:** Gestión. Cuidados. Producción.

**Objetivos:** 1) Implantación y desarrollo del "PAE". 2) Utilización de un lenguaje común. 3) Normalización cuidados.

**Métodos:** 1) Validación Base Conocimiento. Nuestra base de datos contiene 93 diagnósticos 357 signos y síntomas, 647 factores de relación, 400 objetivos y 400 acciones. 2) Realización planes de cuidados estándar de las patologías más comunes. 3) Implantación aplicativo (24/02/02).

**Resultados:** Estudio cuantitativo-cualitativo observacional dirigido a todo enfermo ingresado en planta objeto de plan de cuidado. Periodo del estudio de marzo 02 a noviembre 02.

**Evaluación Cuantitativa:** Fuente de datos: Aplicativo gestión de cuidados y Admisión.

Indicadores: *Global:* Porcentaje de enfermos con planes (de 2.100 ingresos se realizaron 1.444 = 68,76%)

*Según tipo de plan:* % enfermos con planes estándar 574 (39,75%); % enfermos con planes individuales 668 (46,26%); % enfermos con planes directos 202 (13,98%).

**Evaluación Cualitativa:** Fuente de datos: Registro informático de cuidados en el que se valora si se cumplen las etapas del Proceso.

Indicador: % pacientes con valoración, Diagnóstico y planificación de acciones fueron 1.444 = 100%. % pacientes con confirmación de acciones y mantenimiento del plan 680 = 47,09%. *Necesidades más prevalentes:* Respirar 50,84%; Movilidad 40,67%; Higiene 27,11%; Comer y beber 16,94%; Vestido 15,20%; Eliminación 13,55%; Evitar peligros 11,86%; Comunicar 10,16%; Temperatura 6,7%; Aprender 6%; Sueño descanso 5,08%; Ocio 2%; Valores 0%; Realización 0%.

Las necesidades biológicas están mucho más desarrolladas en la práctica enfermera que las psico-sociales. Sorprende la posición "evitar peligros" en relación a otras necesidades lo que demuestra que las actividades de prevención son un elemento importante en los cuidados.

**Conclusiones:** Las enfermeras han integrado el Proceso de Atención de Enfermería. Al estar los datos registrados se mejora la recogida y su explotación. La informática genera cambios específicos pero no hay que olvidar que los profesionales son la herramienta más importante del cambio.

## IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Villanueva I, García A, Mones AL  
Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres-Asturias.

P-165

**Objetivos:** Conseguir una herramienta para un proceso de mejora identificar todos los procesos para su gestión e interacción modernizar los sistemas de gestión del hospital haciéndolos más eficientes, sistemáticos y orientándolos hacia la satisfacción de los clientes.

**Métodos:** Concienciación de todo el personal hacia el proceso de mejora continua. Revisión previa analizando el servicio. Revisión de los manuales de procedimientos. Control estricto de todos los procesos.

**Resultados:** Se eliminaron tareas que no aportaron nada. Se modernizó el sistema.

Se garantizaron los servicios prestados. Se consiguió la satisfacción de los clientes.

**Conclusiones:** Se asegura la eficacia de los métodos. Se establecen acciones de mejora.

Se consiguen los resultados planificados. Se desarrolla la mejora continua de todos los procesos. No es la meta sino el punto de partida del proceso.

## LA GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN. UNA NECESIDAD, UN RETO

Elósegui M, Bustinduy M, Pascual M, Rojo P, Solana E, Urcelay I  
Hospital Bidasoa.

P-167

**Palabras clave:** Esterilización. Proceso. Gestión.

**Objetivos:** El objetivo del documento es unificar los criterios básicos que permitan a una Unidad de Esterilización de Osakidetza, la elaboración de un Manual de Calidad, destinado a establecer, documentar, implantar mantener y mejorar la Gestión del Proceso de Esterilización.

**Métodos:** Desde el año 2001 se pone en marcha un grupo de trabajo formado por profesionales que pertenecen y/o están estrechamente relacionadas con la Unidad de Esterilización, y metodólogos de calidad de los Hospitales de la Red Osakidetza. Han sido realizadas 25 reuniones coordinadas, con cronograma de actividades y determinación de responsables para cada una de ellas, realizando una profunda revisión bibliográfica, incorporando la evidencia científica disponible en la actualidad. Como primer paso se diseñó y distribuyó una encuesta dirigida a todas las Unidades de Esterilización de la red Osakidetza; el cuestionario incluía varios apartados, estructura, recursos, controles, indicadores. Posteriormente se revisó la información obtenida. Los datos aportados en esta revisión ponen de manifiesto la necesidad de unificar y consensuar los criterios básicos de Esterilización.

**Resultados:** Elaboración de un documento finalizado y revisado y en fase de aprobación definitiva en el cual se recoge toda la planificación del proceso de esterilización. El documento se divide en dos partes diferenciadas; en la primera se establece el marco teórico sobre el cual están fundamentados los conceptos básicos del proceso de esterilización (definición de producto sanitario, esterilización, métodos y sistemas de esterilización, requisitos previos, mantenimiento de las condiciones de esterilidad, controles de calidad, unidades de esterilización, etc.). En la segunda parte se presenta un modelo de gestión del proceso de esterilización con la definición del proceso, objetivos y alcance, responsable/propietario, equipo de trabajo, clientes, procedimientos, indicadores de calidad, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, recursos humanos y materiales, registros de la documentación generada en la Unidad de Esterilización. Queda pendiente la aprobación definitiva por parte de la Comisión INOZ y su publicación para la puesta en marcha.

**Conclusiones:** 1) La elaboración de la guía ha permitido basarse en una rigurosa revisión científica, en el consenso y en la evaluación desarrollado por el grupo de trabajo formado por supervisoras de Unidades de Esterilización, Medicina Preventiva y Metodología de Calidad de los Hospitales de la red Osakidetza. 2) Disponer de una guía consensuada favorece la formación del personal y la protocolización de los procesos y permite homogeneizar los procedimientos de esterilización y desinfección. 3) Establecer una metodología para la gestión del proceso de esterilización permite primeramente mantenerlo bajo control, disminuyendo la variabilidad y así mismo favorece, tras el establecimiento de los indicadores oportunos, la evaluación de la calidad del servicio prestado y la implantación de planes de mejora en las Unidades de Esterilización de la red de Osakidetza.

## LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Oliver A, Moracho O, Landaluze JI  
Hospital de Zumárraga.

P-166

**Objetivos:** Dar a conocer el método de implantación del proceso "Evaluación de la Práctica Clínica" (EPC) en un hospital de agudos, a partir de la experiencia del Hospital de Zumárraga. Desarrollar el proceso EPC de una manera fácil, para que pueda ser adaptado a cualquier otro hospital. Mostrar nuestra experiencia de las evaluaciones realizadas hasta la actualidad

**Métodos:** Se describe el proceso y sus mapas, con las características de calidad del mismo. Se muestran, tanto la formación del equipo evaluador y los perfiles requeridos como los procedimientos generales para la evaluación. Se desarrolla, como ejemplo práctico, la presentación del proceso EPC a la Certificación ISO 9001/2000.

**Resultados:** Se presentan los resultados de evaluaciones realizadas en el año 2001 y sus acciones de mejora y la reevaluación en el año 2002. Se presentan los resultados de respuesta de cumplimiento de indicadores referentes a la implantación del proceso EPC.

**Conclusiones:** La Evaluación sistemática de las Prácticas Clínicas que se realizan en un Hospital de agudos, sirve para minimizar los riesgos que estas prácticas producen en los pacientes y este sistema de evaluación que procede de la voluntad del clínico, teniendo como referencia la figura del propietario del proceso EPC, es muy bien aceptada por los profesionales quienes se acercan, de este modo, a los criterios de calidad en la gestión a través de algo que el clínico da siempre por supuesto, como es la calidad clínica que ofrece y que con este método se mide y se evalúa con todas sus consecuencias, sirviendo para desechar, corregir, mejorar o conservar lo que se hace.

## A LA EFICIENCIA POR LA CALIDAD

Jiménez JL, Caravaca B, Martínez ME, Tomás A, Miranda C, Albarracín M

P-168

**Palabras clave:** Eficiencia Calidad.

**Objetivos:** Racionalizar las solicitudes de exploraciones complementarias mediante pactos en los contratos de gestión de cada unidad/servicio.

**Métodos:** A partir del análisis de los datos de cada unidad/servicio del hospital referentes al nº de determinaciones de laboratorio y radiología en ejercicios anteriores, se estableció en cada uno de ellos un nivel ideal por paciente. La evaluación es bimensual, siendo los responsables de la misma el Director Médico y el responsable de cada servicio/unidad. El cumplimiento de dicho objetivo lleva asociado el cobro de incentivos, en cantidad variable para cada servicio/unidad.

**Los objetivos pactados fueron:** Laboratorio Repercusión en incentivos (%), Medicina Interna > 20% patológicas 20, Neumología > 20% patológicas 20, Alergia > 20% patológicas 25, Cardiología > 20% patológicas 20, Aparato Digestivo > 20% patológicas 10, Urgencias > 17% patológicas 20, Neurología > 20% patológicas 20.

**Resultados:** Los resultados obtenidos durante el primer cuatrimestre del año 2003 aparecen en la tabla 2. % Cumplimiento: Medicina Interna 100,00, Neumología 57,00, Alergia 29,00, Cardiología 100,00, Aparato Digestivo 100,00, Urgencias 83,53, Neurología 62,50.

**Conclusiones:** La introducción de incentivos ligados a la indicación clínica persigue la corresponsabilidad de los facultativos en la adecuada utilización de los recursos que el hospital pone a su disposición. En las secciones donde se han protocolizado las peticiones de analítica (Medicina Interna, Cardiología y Aparato Digestivo) se observa cómo se ha reducido drásticamente el nº de determinaciones analíticas por paciente. La protocolización de cualquier aspecto de la asistencia garantiza que las actuaciones están acordes al estado actual de la ciencia médica y se enmarcan en los postulados de la medicina basada en la evidencia, consiguiendo además, una racionalización de la utilización de recursos.



**LIDERAZGO ENFERMERO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS**

Rivera F, Mercedes M, Rubio MT

**P-169****Palabras clave:** Liderazgo. Enfermería. Excelencia.**Objetivos:** 1) Demostrar la importancia de los equipos de enfermería en la búsqueda de la excelencia a través del trabajo en la gestión de procesos. 2) Reflejar la cantidad y calidad de trabajo aportado por la enfermería en la gestión global del hospital.**Métodos:** La Fundación Hospital Calahorra abrió sus puertas en diciembre de 2000 con una vocación de mejora continua de la calidad a través de la orientación de su labor hacia la cobertura de las necesidades de los pacientes. Este punto de partida ya da idea de la filosofía de nuestro centro. La fundación Hospital Calahorra pretende ser un centro enfermero, es decir, de referencia para los cuidados y por añadidura de la gestión de los mismos y de los procesos que trabajan con ellos. La experiencia de este tiempo de funcionamiento nos ha demostrado que el factor humano es fundamental en la gestión por procesos y que la incorporación de enfermeras motivadas ha hecho que los equipos adquieran constancia y consistencia. También se ha logrado una definición más exacta, funcional y ajustada a la realidad del día a día incorporando en los procesos las actividades realizadas por las enfermeras descritas y gestionadas por estas. Con todo lo citado anteriormente se ha realizado un estudio descriptivo sobre lo aportado por los profesionales de enfermería a la implantación y seguimiento del modelo EFQM en la Fundación Hospital Calahorra. Para realizar dicho estudio se ha hecho una autoevaluación del criterio de Liderazgo destacando los rasgos propios de la enfermería.**Resultados:** Enfermeras implicadas: 30% la plantilla en Abril 2003.

- Grupos de Mejora: 6 con 18 enfermeras implicadas.
- Procesos que incluyen definiciones propias de la enfermería: 12 asistencias y 6 de apoyo de un total de 24 puestos en marcha.
- Premio TOP 20 en 2002 estando entre los mejores de su categoría.
- La enfermería ha conseguido en 2002 tres premios en congresos nacionales exponiendo su actividad.
- Premio DIARIO MÉDICO a la utilización de los ordenadores de bolsillo (PDAs) como una de las 10 mejores ideas de la década.

**Conclusiones:** La enfermera es parte fundamental de la gestión por procesos de FHC. El profesional de enfermería aporta la gestión de los cuidados y su visión holística del paciente a la gestión por procesos.**VÍA CLÍNICA "INTERVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA CON ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA"**

Fernández AB, Fernández N, López E, Torres J, Gómez F, García J

**P-171****Objetivos:** Introducir innovaciones en la asistencia de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en estadios tempranos de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. Disminuir la variabilidad clínica y coordinar a los profesionales sanitarios de diferentes categorías y servicios que participan en el tratamiento de estas pacientes así como mejorar la información que reciben la paciente y sus familiares. Como instrumento para conseguir estos objetivos se elaboró una Vía Clínica**Métodos:** 1) Revisión bibliográfica (palabras clave: breast cancer, sentinel lymph nodes, lymphedema, exercise, staging test). 2) Formación de los grupos de trabajo con los médicos y enfermeras de los servicios de Ginecología, Cirugía General, Medicina Nuclear, Anestesia, Rehabilitación y Anatomía Patológica. 3) Reuniones del grupo de trabajo en las que se elabora el borrador de los documentos de la vía clínica incorporando la mejor evidencia científica disponible. 4) Presentación de los documentos al resto de profesionales. Aportación de sugerencias. 5) Presentación de los documentos definitivos a las direcciones médica y de enfermería. 6) Programación de la evaluación de la vía. 7) Implantación de la vía.**Resultados:** Los documentos de la Vía Clínica elaborada son: 1) Matriz temporal. Incorpora el estudio del ganglio centinela (actualmente en periodo de validación) y la fisioterapia posquirúrgica precoz de la extremidad superior. Recoge cambios como no pautar de forma sistemática antiH<sub>2</sub> y HBPM y no realizar estudio de extensión prequirúrgico de forma rutinaria en pacientes que no tengan síntomas sugestivos de metástasis. 2) Hoja de información a la paciente. 3) Hojas de tratamiento, pruebas y cuidados. 4) Hoja de variaciones. 5) Dúptico informativo para la paciente. Contiene los ejercicios de la extremidad superior que la paciente realizará en su domicilio para continuar con la fisioterapia que comenzó durante el ingreso, así como recomendaciones para prevenir el linfedema. 6) Encuesta de satisfacción de la paciente. 7) Criterios, indicadores y estándares para la evaluación de la vía.**Conclusiones:** La Vía Clínica ha sido una buena herramienta para incorporar innovaciones en la asistencia de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en estadios tempranos (estudio del ganglio centinela, rehabilitación precoz del miembro superior). Además, el proceso de elaboración de esta Vía Clínica ha tenido otros efectos como potenciar el trabajo en equipo, desarrollar la práctica clínica basada en pruebas y fomentar la mejora continua de la calidad.**PROCESOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS SUSCEPTIBLES DE ALTA RESOLUCIÓN**Zambrana JL, Montijano AM, Ramírez LM, Velasco MJ, Alba C, Huerta J  
Hospital Alto Guadalquivir.**P-170****Palabras clave:** Consultas. Alta resolución.**Objetivos:** Identificar los procesos asistenciales ambulatorios subsidiarios de ser resueltos en régimen de consulta única o de alta resolución mediante revisión en el día en pacientes atendidos en consultas de un área médica hospitalaria, así como establecer qué pruebas complementarias resultan necesarias para ello.**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo realizado en junio del 2002 en el que incluimos todos los episodios de primeras visitas de las especialidades de medicina interna, cardiología, neumología y digestivo de un hospital comarcal.**Resultados:** Hemos incluido a 441 episodios de primeras visitas, correspondiente a 202 varones y 239 mujeres. De ellos, 209 (47%) se beneficiaron de al menos una prueba diagnóstica y subsiguiente revisión en el mismo día. Ello permitió que el 75% de nuestros pacientes alcanzara un diagnóstico y tratamiento en el mismo día que acudió por primera vez a consultas. Las dos variables que predicen el hecho de beneficiarse de una consulta de alta resolución son acudir a la consulta de neumología (OR: 85, IC 95%: 12-664, p < 0,0001) y ser atendido por primera vez en la consulta médica (OR: 22,8, IC 95%: 7,8-67, p < 0,001).**Conclusiones:** La presencia de determinados factores clínicos u organizativos permite predecir cuales son los procesos susceptibles de beneficiarse de una sistema de consultas de alta resolución. Ello permite ofrecer de modo precoz un diagnóstico y tratamiento preciso al proceso que aqueja al paciente. *Proyecto Investigación FIS 02/1805.***EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN Sº DE MEDICINA INTERNA (1994-2001)**Martí J, Elosúa M, Eito J, Antón E, Oliver A  
Hospital de Zumarraga.**P-172****Objetivos:** Analizar las características y evolución de la mortalidad del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Zumarraga que atiende a una población de 90.000 habitantes.**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna en los últimos 8 años. Variables: edad, sexo, estancia media, GRDs y mortalidad en las primeras 72 horas así como causas más frecuentes de la misma.

Análisis de resultados con tests estadísticos de Chi cuadrado y T de Student.

**Resultados:** 9.904 pacientes estudiados. Mortalidad = 8,39%. Mayor mortalidad para hombres que para mujeres (55% frente a 45%) a pesar de ser mayor la edad de las mujeres. Estancia media = 6,1 días siendo la de los fallecidos de 7,35 días. Fallecimiento del 32,7% de los pacientes en las primeras 72 horas. Mayor peso medio de los GRDs de los pacientes fallecidos (2,43) que el de los ingresados (1,64).

Principales causas de mortalidad: Enfermedad respiratoria no infecciosa, cerebro vascular y cardiovascular. Hay descenso en la mortalidad por HIV desde el comienzo de tratamiento con TARGA.

**Conclusiones:** La mortalidad de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Zumarraga se encuentra dentro del rango estándar. Hay un envejecimiento progresivo de la población. La incidencia de mortalidad es menor en las mujeres a pesar de su mayor edad. Claro descenso de la mortalidad de pacientes VIH +. Es evidente que los pacientes fallecidos presentan un peso medio de GRD superior al de los ingresados no fallecidos. Son las enfermedades del área vascular (cardíaca o cerebral) las causas fundamentales de muerte.

## CALIDAD DE ALA ACTIVIDAD ENFERMERA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

León D, Lozano D, Rivera F

P-173

**Palabras clave:** Calidad. Urgencias. Pediatría.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer la calidad de la asistencia del paciente en edad pediátrica que precisó ingreso hospitalario y la concordancia, continuidad y variación de los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA en el AUH y durante la hospitalización.

**Métodos:** Realizamos un estudio transversal donde se incluyeron todos los pacientes en edad pediátrica desde el 1 de enero de 2002 hasta el 31 de enero de 2002 (menores de 15 años), que precisaron ingreso hospitalario desde el AUH de la Fundación Hospital de Calahorra al Servicio de pediatría de la FHC o traslado al hospital de referencia a 50 km. Este hospital comarcal tiene una población de influencia próxima a 80.000 habitantes. La Cartera de Servicios para la Unidad de Pediatría limita el ingreso hospitalario de todos los pacientes menores de 3 meses que deben ser trasladados a nuestro hospital de referencia. Las variables recogidas fueron: Edad, sexo, fecha de ingreso, necesidad o no de acceso venoso periférico, tiempo en mediana de estancia en el AUH, diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA y siguiendo el modelo de Virginia Henderson extraídos de los informes de enfermería al alta del AUH y del área de hospitalización. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas de las variables estudiadas.

**Resultados:** El AUH prestó asistencia en el año 2002 a 17.328 pacientes, de los cuales el 15% (n = 2668) fueron niños menores de 15 años, se realizaron 2.468 ingresos de los cuales el 4% (n = 94) correspondieron a ingresos pediátricos. La presión urgencias de los ingresos pediátricos fue de 60, similar a la presión general del total de ingresos. Del total de pacientes pediátricos ingresados el 57% (n = 54) fueron niños y el 43% (n = 40) fueron niñas. La mediana de tiempo de estancia fue de 95 minutos. El 68% (n = 64) de los niños ingresados lo hicieron con vía periférica. La distribución por grupos de edad fue del 19% (n = 18) para los menores de 1 año, el 44% (n = 41) para los niños entre 1 y 2 años, el 17% (n = 16) para los niños entre 3 y 5 años, el 16% (n = 15) para los niños entre 6 y 9 años y el 4% (n = 4) entre 10 y 14 años. Los diagnósticos de enfermería más utilizados y sus porcentajes comparados a los recogidos en urgencias y hospitalización fueron: diarrea y vómitos, 19% (n = 24) y 33% (n = 47); hipertermia, 43% (n = 54) y 20% (n = 28); patrón de respiración ineficaz, 13% (n = 17) y 3% (n = 4); TCE, 2% (n = 2) y 23% (n = 33); alteración de la deglución en relación a patología infecciosa de vías altas (otitis, faringoamigdalitis, laringitis), 0% (n = 0) y 8% (n = 12) y dolor, 24% (n = 30) y 13% (n = 19), respectivamente.

**Conclusiones:** Los pacientes en edad pediátrica representan el 15% del total de visitas del AUH y de éstos el 4% precisó ingreso hospitalario. El 68% de los niños ingresó con vía periférica, los cuidados y técnicas de enfermería en la edad pediátrica requiere cualificación y habilidades distintas a cualquier área hospitalaria, exceptuando al propio servicio de pediatría. El grupo de edad con mayor ingreso fue el grupo de 1 a 2 años. La variabilidad en los porcentajes en los diagnósticos de enfermería se debe al predominio de los signos y síntomas durante la asistencia en el AUH frente a los asignados en la hospitalización por predominio de otros síntomas durante la estancia hospitalaria.

## MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO GALEGO DE MEDICINA TÉCNICA

Villaverde A, Varela V, Ricci C, Villar J

P-175

**Palabras clave:** Gestión por procesos.

**Objetivos:** Disponer de un mapa de procesos que recoja todas las actividades que se llevan a cabo para generar los servicios que se proporcionen a los pacientes, así como aquellos requeridos para poner a disposición de la organización, los recursos necesarios y asegurar su utilización eficiente.

**Métodos:** Reuniones con los distintos Servicios. Diagramas de Flujo.

**Resultados:** La sistematización de las actividades dentro del proceso permite evitar la repetitividad innecesaria y conocer mejor las interrelaciones entre procesos, facilitando el control y mejorando la eficiencia de los mismos.

**Conclusiones:** La implantación de la gestión por procesos permite orientar la cultura de la organización hacia la satisfacción del paciente.

## CIRCUITO PREOPERATORIO PROGRAMADO Y VISITA PREQUIRÚRGICA: GESTIÓN DE PROCESOS

Pérez S, Tácito V, Cortinat C, Vigil L, García H  
Hospital Comarcal del Oriente de Asturias.

P-174

**Objetivos:** Aplicar la metodología de la gestión de procesos al circuito preoperatorio y a la visita prequirúrgica.

**Material:** 1) Formulación del programa clave de atención interdisciplinar (circuito preoperatorio programado) y las dimensiones de la calidad implicadas (accesibilidad, continuidad y atención centrada en el paciente).

2) Establecimiento de los compromisos de calidad (listas de espera centralizadas, protocolos, coordinación con el nivel sociosanitario y satisfacción del usuario). Selección de los instrumentos (encuestas de satisfacción).

3) Implantación, evaluación de resultados tras 1 año de funcionamiento (septiembre 2001 a 2002): 144 pacientes (54,9 ± 15,5 años; sin estudios primarios 22,9%; leer-escribir 56,9%).

**Resultados:** Recibieron información suficiente: 91% sobre el objetivo de la intervención; 36% sobre la duración de la misma; 50% sobre el tiempo de espera para intervenir. La visita prequirúrgica disminuyó los temores a la intervención en 79% de los pacientes incluidos en lista de espera programada.

**Conclusiones:** La gestión de procesos es un modelo de mejora de calidad asistencial aplicable desde niveles elementales de la práctica clínica diaria.

## APERTURA Y CIERRE DE PLANTAS. UN PROCESO DE GESTIÓN HOSPITALARIA REVISADO

Sarduy A, de la Huerga O, Juan C, Herrejón MJ, Goti ME

P-176

**Palabras clave:** Consenso. Revisión. Indicadores.

**Objetivos:** 1) Gestionar la actividad hospitalaria a través de un proceso estandarizado. 2) Conseguir agilidad y optimización de recursos.

**Métodos:** Mediante equipo de trabajo y consensuadamente se establece: a) Ficha del equipo; b) Descripción básica del proceso; c) Flujograma; d) Salidas del proceso; e) Objetivos e Indicadores; f) Listado de Instrucciones/Procedimientos/Documentos; g) Revisión.

**Resultados:** Los resultados se refieren a las cuatro revisiones realizadas hasta el momento. 1ª Revisión: Se cumplen los objetivos de resultado así como los de control y cómo ajuste se establece un nuevo objetivo de resultado con su correspondiente indicador y estándar. 2ª Revisión: Los resultados son adecuados en dos de los tres objetivos de resultado y en uno de control. Se analizan las causas y se crea un área de mejora en el S. de Mantenimiento. 3ª Revisión: Sólo se cumple un objetivo de resultado. Llevándonos a la conclusión, analizados los resultados, de la precipitación en la apertura. Mejora el resultado del S. de Mantenimiento. 4ª Revisión: Se cumplen tanto los objetivos de resultado como los de control y se modifica el objetivo de resultado para el CIERRE de la planta pasando de 48 horas a 24.

**Conclusiones:** 1) Se ha establecido un proceso estandarizado a través de la implicación de todos los estamentos consensuadamente. 2) A través de las revisiones realizadas en cada apertura/cierre se detectan las áreas de mejora. 3) Actualización de indicadores y procedimientos. 4) Agilidad en la gestión de apertura = 48 horas y de cierre = 24 horas.

## EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

P-177

Orbegozo J, Zavala E, Hernando A  
Hospital Donostia.

**Palabras clave:** Adecuación. Indicación. TAC.

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de indicación adecuada de TAC torácico, abdominal o Pélvico entre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna el año 2001. Establecer la tasa de sobreutilización de la TAC como técnica diagnóstica.

**Métodos:** Se revisaron 450 TAC. Todos los solicitados por el Servicio de Medicina Interna durante el año 2001. De ellos 133 fueron torácicos y 326 tóraco-abdominales. La revisión se realizó según las indicaciones de uso adecuado de la TAC, publicadas por OSTEBA (agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad Autónoma Vasca). Osteba, no considera en ningún caso a la TAC torácica como técnica diagnóstica de elección, siempre es complementaria a otras exploraciones. En cuanto a la TAC abdomino-pélvica, sólo la considera técnica de elección, en los traumatismos abdominales en paciente hemodinámicamente estables.

**Resultados:** Edad Media: 69,8 años. Sexo: 251 (54%) Hombres. 208 (46%) Mujeres.

- GRD más frecuentes: TAC Torácico: Ap. respiratorio: 28%, Ap. circulatorio: 15%, Ap. digestivo: 7%. TAC Abdomino-Pélvico: Ap. digestivo: 34%, Ap. respiratorio: 16%, Ap. circulatorio: 14%.

- Estudio radiológico previo: TAC Torácico: RX previa: 318 (97%), No RX previa: 8 (3%). TAC Abdomino-Pélvico: RX previa: 128 (96%), No RX previa: 5 (4%).

- Diagnóstico: TAC Torácico: Con patología: 122 (91%), Sin patología: 11 (9%). TAC Abdomino-Pélvico: Con patología: 284 (87%), Sin patología: 42 (13%).

**Conclusiones:** En relación a los criterios de OSTEBA de indicación de TAC, un 3% de los TAC torácicos y un 4% de los abdomino-pélvicos estarían mal indicados. Respecto a la utilidad del estudio, en un 9% de los TAC torácicos y un 13% de los toraco-abdominales no se encontró ninguna patología.

## SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UN LABORATORIO CLÍNICO: GESTIÓN POR PROCESOS

P-179

Remón C<sup>1</sup>, Rodríguez P<sup>1</sup>, Martínez A<sup>2</sup>, Jorge S<sup>3</sup>, Gutiérrez E<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. <sup>2</sup>Subdirectora Médica de Servicios Centrales. <sup>3</sup>Subdirector Médico de Calidad. <sup>4</sup>INGECAL (Ingeniería de Calidad y Medio Ambiente).

**Palabras clave:** Proceso.

**Objetivos:** El Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo se encuentra en proceso de implantación de un Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2000 en los laboratorios. La actividad fundamental del Laboratorio, como Servicio Central y de apoyo al clínico, es la obtención de los informes analíticos. Para que los recursos o elementos de entrada se transformen en resultados hay que llevar a cabo diferentes procesos que es necesario identificar y relacionar entre sí.

**Métodos:** Siguiendo los requisitos generales del Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001:2000 se identifican todos los procesos y la secuencia e interacción entre ellos, y se determinan los criterios que aseguran su funcionamiento y control. Deben asegurarse los recursos y la información necesaria para apoyar su funcionamiento y poder medirlos mediante indicadores, analizarlos y realizar su seguimiento.

**Resultados:** 1) Mapa de Procesos del Laboratorio. 2) Relación entre el Mapa de Procesos del Laboratorio y Procedimientos Generales. ej. Procedimiento General del Laboratorio de Atención Continuada. 3) Relación entre un procedimiento general y un procedimiento normalizado de trabajo. ej. Procedimiento de Fallo Informático. 4) Relación entre un procedimiento normalizado de trabajo y sus registros asociados: ej. Registro de incidencias.

**Conclusiones:** La implantación de un Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2000 y su enfoque a procesos nos va a permitir un control continuo sobre todas las actividades del Laboratorio. El registro de las incidencias y los indicadores establecidos en cada proceso nos facilitan la evaluación y seguimiento de los mismos, orientándonos a la Mejora Continua.

## EL CONTROL DE HORARIOS EN CONSULTAS, UNA HERRAMIENTA DE CALIDAD

P-178

Jiménez JL, Caravaca B, Martínez ME, Tomás A, Miranda C, Albarracín M

**Palabras clave:** Cumplimiento Horario Consultas.

**Objetivos:** Uno de los motivos frecuentes de reclamaciones en nuestro hospital era el incumplimiento de hora de inicio de las consultas externas. Con el fin de analizar el problema e implantar las medidas correctoras precisas se diseñó una hoja de recogida de las demoras diarias en el inicio de cada consulta. Mejorar el cumplimiento de la hora de inicio de las consultas externas de la Fundación Hospital de Cieza.

**Métodos:** Se diseñó una hoja de recogida de la hora de inicio diaria de cada consulta. Se consideró como hora oficial de comienzo la que cada servicio/unidad había pactado con la Dirección. A partir de ésta, se empezaba a contabilizar la demora, expresada en minutos. El resumen semanal de esta hoja se remitía a todos los servicios; los casos extremos eran tratados individualmente.

**Resultados:** A pesar de que el número de reclamaciones por cada 500 consultas no era muy alto (tabla I), éstas desaparecieron a partir de la introducción de la hoja de control. Durante el año 2003 ha seguido cumplimentándose esta hoja, y siguen sin haber reclamaciones por incumplimiento de horario de inicio de consultas (gráfico 1).

Mes	Total consultas	Reclamaciones/500 consultas
Mayo/02	4.012	0,12
Junio/02	4.581	0,11
Julio/02	4.105	0,35
Agosto/02	3.065	0,33
Septiembre/02	4.423	0,11
Octubre/02	6.291	0,24
Noviembre/02	5.470	0,00
Diciembre/02	4.656	0,00
Enero-Marzo/03	16.910	0,00

**Conclusiones:** Una vez más se cumple el principio de gestión según el cual todo fenómeno que comienza a medirse, mejora. Así, a partir de la introducción de la hoja de inicio de consultas, las demoras disminuyeron de forma significativa y, paralelamente, las reclamaciones por dicho motivo. Con esta pequeña medida hemos conseguido concienciar a los profesionales del hospital de la importancia de cumplir el horario anunciado a los pacientes, mejorando la percepción de éstos sobre la planificación y organización del centro.

## IMPLANTACIÓN Y VALORACIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE MICROALBUMINURIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD.

P-180

Arrieta F, Cordobés FJ, Cabral R, Moreno B, Garrido J, del Olmo R

**Palabras clave:** Microalbuminuria. Protocolo. Diabetes.

**Objetivos:** La microalbuminuria es un marcador no sólo de nefropatía diabética, sino que constituye un marcador de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2.

El objetivo de nuestro estudio ha sido la implantación de la determinación de microalbuminuria y su valoración, con el fin de conocer los pacientes diabéticos con mayor riesgo de mortalidad y poder actuar terapéuticamente.

**Métodos:** Elaboración de un circuito interno de petición de microalbuminuria, determinación de la microalbuminuria en el centro de la misma y registro de los resultados. Presentación al equipo; estudio piloto y desarrollo del programa.

**Resultados:** El número de diabéticos tipo 2 que se les realizó la determinación de microalbuminuria de 12 horas fue de 146, fue positiva la determinación en 36 pacientes (23% de la población diabética analizada). En 21 pacientes la determinación de microalbuminuria fué de 20 mg, en 8 de 50 mg y en 7 de 100 mg. Al analizar las determinaciones encontramos que el número de peticiones según número de diabéticos en cartera de su cupo variaba desde el 0,1% hasta el 65%.

**Conclusiones:** La motivación e insistencia del protocolo es un factor fundamental en el desarrollo del mismo, no siendo suficiente el conocimiento e importancia del mismo.



**PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA, EN CIRUGÍA CARDÍACA, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)**

Díaz CL

**P-181**

**Palabras clave:** Proceso. Calidad. Variabilidad.

**Objetivos:** 1) Documentar el proceso asistencial en la cirugía cardíaca programada. 2) Mapear el proceso secuencializando sus grandes bloques. 3) Identificar los subprocesos que tienen lugar dentro del mismo. 4) Visualizar las interrelaciones en el desarrollo interno del proceso. 5) Determinar los protocolos imprescindibles dentro del proceso. 6) Descubrir los puntos de actuación de los protocolos. 7) Establecer un documento maestro como punto de partida del plan de mejora.

**Métodos:** Descripción empírica del proceso asistencial a través de la construcción del mapa del proceso, como parte inicial de la metodología ABM (Activity Based Management) Gestión Basada en las Actividades. Parte integrante de la ABQ (Activity Based Quality) Calidad Basada en la Gestión de Actividades. Identificación de los protocolos de actuación que se derivan del proceso asistencial, necesarios para poder sostener una actividad asistencial continuada, tanto pre como post quirúrgica.

**Resultados:** Análisis descriptivo empírico de un proceso asistencial complejo, que pasa de ser llevado a cabo desde la experiencia práctica, mantenida durante años de trabajo, a ser plasmado pormenorizada y secuencialmente en un documento de trabajo, instrumento necesario para la gestión por procesos, cuyo último fin es alcanzar la excelencia. Identificación de subprocesos, para que en un futuro próximo pueda desarrollarse un análisis de actividades y tareas que componen el proceso asistencial para poder facilitar su evaluación, e identificar los puntos clave donde se debe aplicar la reingeniería del proceso.

**Conclusiones:** Al tener elaborado el documento maestro que articula el proceso, mapa de proceso, se hace posible su análisis, evaluación, comparación con otros procesos con mayor capacidad de conseguir resultados deseados, realizar predicciones y tomar decisiones fiables. Por último se siembra el germen de la calidad y de la excelencia, para poder ir desarrollando una cultura de calidad dentro de la organización, y sobre todo dentro de los profesionales como facilitadores, promotores y agentes del cambio, gestionando su conocimiento y poniéndolo al servicio de la organización, en definitiva del paciente.

**INICIACIÓN EN LA MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL MEDIANTE UN PROYECTO DE MEJORA EN VACUNACIÓN ANTITETÁNICA**

Arnal A, Benavente J, Giménez A, Oto R, Repollés J, Vitoria A  
*Centro de Salud de la Canal de Berdún, Huesca.*

**P-183**

**Palabras clave:** Control calidad. Atención Primaria. Vacunación antitetánica.

**Objetivos:** Iniciar el trabajo en calidad asistencial en un centro de salud rural. Familiarizarse con la metodología en calidad, mediante la realización de un proyecto de mejora de proceso asequible y consensuado por el equipo. Unificar y actualizar los registros de la vacunación antitetánica y mejorar el estado vacunal de la población adscrita al centro de salud.

**Métodos:** Tras la formación de un miembro del equipo en Garantía de Calidad, este actuó como impulsor dentro del equipo. Se utilizaron técnicas de identificación de problemas, priorización, análisis cualitativos, hoja de proyecto de mejora y métodos de evaluación. En la práctica se realizó una campaña de vacunación antitetánica, previa unificación de criterios y registros.

**Resultados:** El 100% de los miembros del equipo se mostró receptivo a los nuevos conceptos de mejora de calidad asistencial, participando el 100% en el proyecto de mejora priorizado. Se primovacunó a 98 de los 1.420 habitantes mayores de 14 años (6,9%), y se revacunó a 50 personas (3,5%). Se registró el estado vacunal del paciente en el 95,9% de las historias clínicas. Se unificaron los registros y se confeccionó un listado informatizado de fácil actualización.

**Conclusiones:** Iniciar el trabajo en calidad asistencial mediante un miembro del equipo que actuó como impulsor, puede ser un método bien aceptado y útil. Realizar un proyecto de mejora sencillo y consensuado por el equipo puede ser una puerta de entrada válida para posteriores actuaciones en calidad, además de una ganancia en salud para la población.

**EL PLAN DE CALIDAD COMO BASE PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE CALIDAD.**

Gómez E, Gómez I

**P-182**

**Palabras clave:** Calidad. Sistema. Proceso.

**Objetivos:** Ante la actual oferta de servicios de calidad, formación e información, se abre el dilema de tener mucha información, pero dificultades para aplicarla.

1) Basándose en un caso real analizar una posible metodología para implantar un sistema de calidad.

2) Analizar y describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta para implantar un sistema de calidad o de mejora continua.

3) Valorar los planes de calidad como herramienta de mejora continua.

**Métodos:** Análisis de un caso práctico.

**Resultados:** a) Participación. b) Estratégicos. c) Satisfacción del cliente. d) Compromiso de la dirección. (Como puntos principales a evaluar dentro del plan de calidad analizado)

**Conclusiones:** a) Oportunidades de mejora a partir del plan de calidad.

b) Resistencia al cambio como factor clave a tener en cuenta.

c) Formación y cultura de calidad.

d) Compromiso de la dirección.

**EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA GENERAL AL SERVICIO DE UN ÁREA SANITARIA DE TRESCIENTOS MIL HABITANTES**

Fernández J, González ME, Carbajo MJ, Ordóñez B, Fernández C  
*Servicio de Hematología Hemoterapia. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.*

**P-184**

**Palabras clave:** Hematología. Calidad y Área Sanitaria.

**Objetivos:** Divulgar una metodología de trabajo que consideramos modélica para controlar un volumen de muestras de análisis diario muy importante durante cinco días a la semana.

**Métodos:** Se analizan los métodos de control de calidad utilizados en el manejo de setecientas muestras de Hemograma y VSG y trescientas de coagulación recibidas a diario en un laboratorio de hematología general al servicio de un área de trescientos mil habitantes.

**Resultados:** 1) Es fundamental para asegurar el proceso con la debida calidad contar con un segundo autoanalizador disponible con personal técnico bien formado y con un especialista en autoanalizadores localizado y con un tiempo de respuesta no superior a 24 horas. 2) Es fundamental tener establecido un control de calidad interno reglado y programado (diario, semanal, mensual). Tal control debe incluir: A) Control de calidad instrumental llevado a cabo por técnicos. B) Control de calidad de resultados llevado a cabo por un titulado superior (médico, biólogo) y en conexión con el médico citólogo para despejar cualquier duda, en la jornada laboral ordinaria. 3) Es fundamental disponer de un control de calidad externo para corroborar, con carácter mensual, la bondad del sistema.

**Conclusiones:** 1) Un adecuado control de calidad tanto interno como externo, es la única alternativa a la masificación de la analítica general con unos volúmenes de muestra disparatada. 2) La calidad se intensifica si se tiene la oportunidad de tener conectado el Laboratorio General de Hematología con el Laboratorio de diagnóstico hematológico para despajar cualquier duda sobre la marcha.

### CICLO DE MEJORA DE REALIZACIÓN INNECESARIA DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN ESTUDIO PREOPERATORIO

Castillo-Bustos JA, Motos-Lajara G, Alcaraz-Martínez J

P-185

**Palabras clave:** ASA1. Rx Tórax.

**Objetivos:** Disminuir el porcentaje de radiografías de tórax en estudios preoperatorios a pacientes menores de 60 años y con bajo riesgo quirúrgico (ASA I), propuestos para cirugía programada.

**Métodos:** Se realizó una evaluación inicial con un único criterio: "no realización de radiografía de tórax en preoperatorio de pacientes ASA I y menores de 60 años". En octubre de 2002 se tomó una muestra de 160 casos entre los pacientes intervenidos en ese año. Durante el año 2003, como actividades de mejora se difundieron los resultados en los servicios quirúrgicos, recordando los criterios ASA (American Society of Anesthesiology) y el preoperatorio recomendable en cada caso. En abril de 2003 se tomó una nueva muestra de 116 casos ASA I y menores de 60 años, volviéndose a evaluar el cumplimiento del criterio. Como test estadístico se utilizó la Chi cuadrado.

**Resultados:** En 2002 se obtuvo un cumplimiento del criterio de 76,3% (+ 6,6) (pacientes sin radiografía de tórax), pasando al 86,2% (+ 6,3) en 2003, siendo significativa la diferencia ( $p < 0,001$ ). Mejora relativa 41,77%.

**Conclusiones:** Con las medidas adoptadas se ha mejorado la prescripción, evitando radiografías de tórax innecesarias. Supone un ahorro aproximado de 2000 radiografías al año.

### ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO: LAS UNIDADES FUNCIONALES

Vidal-Milla A, Ferro-García T  
Hospital Durán y Reynals.

P-187

**Palabras clave:** Unidad funcional.

**Objetivos:** 1) Ofrecer al paciente el mejor tratamiento, según su diagnóstico, basado en la evidencia científica y en el consenso de las diversas disciplinas que intervienen en su proceso asistencial. 2) Disminuir el tiempo entre las fases de diagnóstico y tratamiento. 3) Disponer de un único lugar de contacto asistencial para el paciente. 4) Introducción de la gestión por procesos con indicadores.

**Métodos:** Creación de las Unidades Funcionales por tumores de mayor prevalencia formadas por diferentes profesionales: cirujanos, oncólogos, radioterapeutas, psicólogos y enfermeras. Cada unidad dispone de un responsable (coordinador) y de una guía práctica clínica (onco guía) para la toma de decisiones. El paciente es visitado por un terapeuta y se le informa del diagnóstico y de la estrategia terapéutica.

**Resultados:** Seis unidades funcionales: mama, cabeza y cuello, pulmón, tumores óseos, ginecológicos y neurológicos. En preparación próstata. La unidad Funcional de Mama fue la primera en constituirse y sus resultados muestran entre otros 48 horas como máximo para el diagnóstico, 13 días para intervención. Se aportará resto de resultados.

**Conclusiones:** 1) Es un instrumento que evita la variabilidad clínica en situaciones similares en las que existe evidencia científica para una forma de intervención. 2) Disminuye los tiempos entre las fases de diagnóstico y tratamiento. 3) Establece una secuencia cronológica del proceso asistencial individualizado. 4) El paciente no visita a cada especialista sino que los especialistas consensuan el tratamiento y establecen el proceso asistencial. 5) El paciente tiene un único lugar de referencia. 6) Aumenta la eficacia y eficiencia de los resultados tanto organizativos como en términos de salud (supervivencia).

### MODELO DE PROCESO: PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL

Eyalar-Riera B, Álvarez-Muñoz MB, Natal-Ramos C, Bruno-Bárcena J  
Unidad de Salud Pública, Oviedo.

P-186

**Palabras clave:** IDEF. Hipoacusia. Proceso.

**Objetivos:** 1) Garantizar la calidad en la Atención al Déficit Auditivo Infantil en Asturias. 2) Orientación del trabajo de los profesionales. 3) Facilitar el desarrollo, evaluación y control de las actuaciones.

**Métodos:** 1) El método IDEF (Integration Definition for Function Modelling). 2) Diseño de procesos clave, con lectura de izquierda a derecha. 3) Situación de procesos estratégicos en la parte superior del esquema y de los procesos de soporte en la parte inferior.

**Resultados:** 1) Se dispone de un proceso organizado y conocido de asistencia sociosanitaria. 2) Los Procesos clave identificados y desarrollados hasta un segundo nivel son: Detección Diagnóstico y Tratamiento-Rehabilitación. 3) Los procesos estratégicos son: Programas, Protocolos, Benchmarking, Opinión de los clientes internos, Opinión de los clientes externos, Comunicación Interna, Comunicación Externa, Formación y Evaluación. 4) Los procesos de soporte: Recursos Humanos, Control de Equipos, Sistemas de Información y Evaluación.

**Conclusiones:** 1) Evitar la fragmentación del proceso, es decir, garantizar la continuidad de la atención a los niños y sus familias. 2) Facilitar el conocimiento y comprensión a los profesionales implicados del proceso de Atención al déficit Auditivo Infantil. 3) Permite identificar las pérdidas, disminuyendo el número de abandonos en procesos intermedios. 4) Facilita la organización del trabajo, tanto a corto, como a largo plazo. 5) Facilita la evaluación y la corrección de errores de una manera inmediata. Este modelo en un programa sociosanitario nos permite Facilitar el conocimiento y comprensión a los profesionales implicados del proceso de Atención al Déficit Auditivo Infantil.

### IMPLANTACIÓN DE LOS ORDENADORES PDA UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Rayo JI, Sánchez R, Infante J, Serrano J  
Hospital Infanta Cristina.

P-188

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es la aplicación de la tecnología PDA al cumplimiento de los protocolos y procedimientos de un Servicio de Medicina Nuclear (SMN).

**Métodos:** Se basa en dos aspectos fundamentales: 1) Diseño de una nueva base de datos, basada en el sistema operativo del PDA y que es homóloga a la base de datos centralizada, debido a la diferencia entre los sistemas operativos del dispositivo y el PC. 2) Desarrollo de los requisitos necesarios para llevar a cabo la sincronización entre la información de la base de datos del dispositivo y la base de datos centralizada.

**Resultados:** Diseño de una nueva base de datos, fundamentada en el sistema operativo del PDA que incluye parámetros de indicaciones clínicas, información y preparación de pacientes, procedimientos de actuación de enfermería y protocolos técnicos de los diferentes procedimientos del SMN.

**Conclusiones:** Mediante este proyecto se ha conseguido crear una herramienta de trabajo muy fácil de usar que puede significar una mejora de la eficiencia, calidad y cumplimiento de los Reales Decretos que afectan al SMN.

## UTILIZACIÓN DEL MODELO IDEFO EN LA MEJORA CONTINUA DE LA UNIDAD DE RADIOFARMACIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

P-189

Sánchez R, Rayo JI, Serrano J E Infante J  
*Hospital Infanta Cristina.*

**Objetivos:** El objeto de este trabajo es la aplicación de la gestión por procesos en la Unidad de Radiofarmacia de un Servicio de Medicina Nuclear (SMN) utilizando el modelo IDEFO.

**Métodos:** Se ha utilizado la metodología IDEFO, cuyo modelamiento se basa en el “análisis estructurado” de actividad, control, mecanismos y salidas.

**Resultados:** Se han diseñado los diagramas A-O y AO del subproceso de preparación de radiofármacos. El diagrama AO está compuesto por ocho subactividades: gestión de pedidos, recepción de material, control de calidad del material, validación de la preparación, programación, preparación del radiofármaco, control de calidad del radiofármaco y extracción de dosis.

**Conclusiones:** La gestión por procesos es un medio útil para identificar y analizar los procesos clave en la mejora continua de la Unidad de Radiofarmacia del SMN, presentándose el modelo IDEFO como una herramienta válida.

## IMPORTANCIA DE LOS SOPORTES INFORMÁTICOS EN LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LA CATARATA

P-190

Carrasco-Font C, Gili-Manzanaro P, Yangüela-Rodilla J, Andrés-Alba Y, Arias-Puente A  
*Fundación Hospital de Alcorcón.*

**Palabras clave:** Proceso. Catarata. Autoevaluación.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es presentar un método para facilitar la aplicación a la clínica de las técnicas de gestión en la cirugía de la catarata.

**Material y método:** Se ha diseñado el proceso “catarata” y una base de datos en la historia clínica electrónica que nos permite monitorizar la práctica clínica, registrando las intervenciones, que nos permite analizar en cualquier momento la mayor parte de los resultados de nuestra unidad, para valorar su adecuación a los criterios de calidad establecidos. Para su elaboración se realizó una revisión de la literatura para establecer los criterios y estándares de calidad de la cirugía de las cataratas en nuestro centro. *Periodo de estudio:* 2002. *Pacientes:* Todos los intervenidos de catarata en el periodo de estudio, excluyendo aquellos a los que se les realizaba otra intervención asociada.

**Resultados:** Se practicaron un total de 1.199 intervenciones de cataratas. Se realizaron encuestas de satisfacción y de calidad de vida a los pacientes. En el 98,83% de los casos se realizó una facoemulsificación de cristalino con implante de lente en cámara posterior, solo en 14 casos se realizó la técnica de extracción extracapsular con lente en cámara posterior. El 74,89% se intervinieron con anestesia tópica, el 24,52% con retrobulbar y en 7 pacientes se realizó anestesia general. En el 91,74% se realizó cirugía mayor ambulatoria. Todos los pacientes recibieron informe de alta en mano al abandonar el hospital. Se canceló el 2,6% de las intervenciones. Con respecto a las complicaciones, la rotura de la cápsula posterior fue la más frecuente (6%) aunque en la mayor parte de los casos sin repercusiones funcionales para el paciente. En 11 ojos se colocó un lente en cámara anterior (0,91%). Solo 18 pacientes requirieron una segunda intervención quirúrgica.

**Conclusiones:** La gestión por procesos se configura como la herramienta ideal para la mejora continua de la práctica clínica. La configuración de una base de datos en la historia clínica nos permite obtener información en tiempo real y evaluar permanentemente los criterios de calidad de la asistencia que prestamos a los pacientes en nuestro centro, estableciendo comparaciones con los estándares establecidos y comparaciones con otros centros, para plantear las acciones de mejora correspondientes a las áreas de mejora que vamos detectando.

## GESTIÓN POR PROCESOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: INGRESO, REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO

P-191

Samaniego E, Martínez P, López T, West S, Cotaina A  
*Residencia Profesor Rey Ardid, Zaragoza.*

**Palabras clave:** Enfermería. Rehabilitación. Procesos.

**Objetivos:** Encuadrar este trabajo dentro de un sistema de gestión por procesos en proceso en el centro. Adaptar los diagnósticos de enfermería de la N.A.N.D.A. a las áreas de intervención del modelo teórico OREM. Formación a enfermería y auxiliares que intervendrán. Integrar diagnósticos en el plan de intervención de enfermería y en el plan terapéutico individual.

**Métodos:** Valoración y análisis sobre que diagnósticos se adaptaban al modelo teórico OREM y a la población que atendemos. Para la realización del trabajo durante el año 2001 se trabajó en distintas fases: 1) Constitución de equipo de mejora: técnico en calidad asistencial, equipo de enfermería, auxiliares en AVD. 2) Analizar el sistema de trabajo que se venía desarrollando y planteamiento de una serie de oportunidades de mejora, entre ellas la más importante fue la necesidad de establecer planes terapéuticos de enfermería en base a un diagnóstico de enfermería estandarizado, concretamente diagnóstico NANDA. 3) Seleccionar aquellos diagnósticos NANDA adaptables al modelo teórico OREM y a enfermos mentales de una unidad de rehabilitación. 4) Formación del equipo de enfermería y auxiliares que lo llevarían a cabo. 5) Implantación del sistema diagnóstico NANDA.

**Resultados:** Se han seleccionado las áreas de intervención más adecuadas según el modelo para las intervenciones de enfermería en rehabilitación. El trabajo sistemático de enfermería según este modelo es compatible con el sistema de gestión por procesos del centro. La metodología y evaluación diagnóstica NANDA es una buena herramienta en la planificación de cuidados de enfermería.

**Conclusiones:** La utilización de diagnósticos estandarizados de la NANDA ha permitido tener un lenguaje común con el resto de profesionales de enfermería, tanto a nivel interno como con otros dispositivos. Este sistema de trabajo permite: 1) Avanzar en la sistematización y concreción de planes individuales de intervención derivados de los propios diagnósticos. 2) Mejorar el sistema organizativo de planificación de cuidados y por tanto la calidad asistencial desde el departamento de enfermería. 3) Contribuir al avance de la profesión de enfermería a través de un desarrollo cada vez más sistematizado, cualificado y específico, que aporta la gestión de calidad como herramienta de trabajo.

## DIAGRAMA DE FLUJO DE LA BRAQUITERAPIA EPIESCLERAL

P-192

de Frutos JM, Saornil MA, Castrodeza J, Giraldo A, López F  
*Hospital Universitario de Valladolid.*

**Palabras clave:** Diagrama de flujo. Braquiterapia.

**Objetivos:** Elaborar un diagrama de flujo que garantice un cumplimiento eficiente de la técnica y que permita identificar los puntos clave en los que es necesaria la intervención de los diferentes profesionales.

**Métodos:** Hemos revisado el procedimiento del tratamiento de braquiterapia epiescleral en nuestro centro, a la luz tanto de la legislación aplicable, como de las recomendaciones nacionales e internacionales. Se identifican los momentos en que puede ser más importante la coordinación entre las distintas especialidades. Se elabora el diagrama de flujo del proceso, explicando cada uno de los nudos de información, delimitando responsabilidades y fijando plazos de actuación.

**Resultados:** Diagrama de flujo del proceso de la braquiterapia epiescleral; Fase Cronología Procedimiento Especialista; Indicación del tratamiento 1 Diagnóstico Oftalmólogo; Evaluación clínica Onc. Radioterápico; Indicación del tratamiento Radioterapeuta; Dosimetría 2 Obtención de datos Radiólogo-Oftalmólogo; Definición de órganos de riesgo y volumen blanco Onc. Radioterápico; Dosimetría clínica Radiofísico Hospit.; Tratamiento 3 Montaje de placa y fuentes Radiofísico Hospit.; Implante en el paciente Oftalmólogo-Anestesiólogo; Seguimiento del paciente durante el tratamiento Onc. Radioterápico-Oftalmólogo-Radiofísico Hospit.; Desinserción del implante Oftalmólogo. Seguimiento 4 Seguimiento del paciente Oftalmólogo-Onc. Radioterápico. Estudios prospectivos y estadística Oftalmólogo-Onc. Radioterápico-Radiólogo-Radiofísico Hospit.

**Conclusiones:** La responsabilidad de la mayoría de los procesos radioterápicos corresponde a profesionales de diferentes profesionales, por lo que es necesario establecer mecanismos de comunicación y responsabilidad que minimicen errores y retrasos en el proceso. El ejemplo recogido en el presente trabajo muestra la importancia del establecimiento de un diagrama de flujo en técnicas como la descrita.



## GESTIÓN POR PROCESOS DEL PARQUE DE VEHÍCULOS DEL SUMMA 112

Merinero-Maroto J, Miquel-Gómez A, Mayol-Canas J, Margalef-Blas A, Cornejo-García I, Álvaro-Moreno A

# P-193

**Palabras clave:** Gestión por procesos.

**Objetivos:** Identificar y diseñar los procesos que intervienen en la Gestión del Parque de Vehículos del SUMMA112.

Establecer cada una de las actividades con su periodicidad, responsables, firma de realización y registros asociados.

Realizar el seguimiento y mantenimiento de los procesos.

**Métodos:** En el año 2001 se realizó la adaptación del Manual de Calidad del Servicio a la Norma UNE EN ISO 9001/2000. Se realizó el mapa de procesos del Servicio identificándose el proceso de Gestión del Parque de Vehículos como un proceso de soporte.

En este proceso se identifican a su vez varios subprocesos con sus distintas actividades.

Se estableció un grupo de trabajo con profesionales del Servicio para la realización del diseño.

Se utilizó una matriz que establecía para cada subproceso: Responsable, entrada, salida y punto de control.

Se utilizó una matriz para cada actividad que establecía: Qué, como, cuando, quien y el registro.

**Resultados:** En el Precoso Gestión del Parque de Vehículos se identificaron los siguientes Subprocesos: Mantenimiento Preventivo (constituido por 6 tipos de actividad). Mantenimiento Correctivo (constituido por 5 actividades). Actuación en Siniestros (constituido por 3 actividades). Control (constituido por 3 actividades).

**Conclusiones:** La identificación, diseño y control de los procesos de Gestión del Parque de vehículos ha permitido la homogenización de las formas de actuación así como la detección de desviaciones y el tratamiento de las mismas.

## METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS (GPP) EN UN CENTRO HOSPITALARIO. NUESTRA EXPERIENCIA.

Simón R, Ripoll J, Bosch J, Briansó M, Cavallé C, Enjuanes J, Godall T

# P-194

**Palabras clave:** Metodología. Evaluación. Proceso.

**Objetivos:** El Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, ha modelado sus procesos con la finalidad de implantar la gestión por procesos. Iniciar la gestión sistemática de los procesos implica una serie de actividades ordenadas, que constituyen en sí mismas un proceso.

Nuestra finalidad es definir las fases del proceso de control y evaluación de los procesos implantada en el centro.

**Métodos:** 1) Selección del proceso. 2) Designación del propietario (coordinador). 3) Alineación del proceso: a) Respecto a la organización: misión del proceso (que se hace), para que se hace (teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del cliente), grupo de interés de la organización al cual el proceso aporta valor. b) Respecto al cliente: para quién se hace (cliente), definir que entrega el proceso al cliente. 3) *Medición del proceso:* Establecer indicadores de gestión (Cuadro de mando): a) Efectividad del proceso. b) Eficiencia. 4) *Evaluación del proceso:* a) Definir relaciones cliente-proveedor. b) Definir documentación relacionada (protocolos, procedimientos, normativas...). c) Conocimiento de la situación actual, a través de indicadores establecidos. d) Análisis del proceso DAFO. e) Detección de áreas de mejora. 5) Validación del proceso (dirección).

**Resultados:** Se han evaluado 3 procesos estratégicos:

Indicadores; Áreas de mejora; CMA; Usuarios tratados con CMA; Organización de quirófanos; Usuarios que requieren ingreso hospitalario; Usuarios satisfechos; Capacidad del proceso; Identificación de preadmisión; Requerimientos de señalización de la Unidad; Revisión circuito historias clínicas.

*Tratar quirúrgicamente:* Usuarios tratados quirúrgicamente; Reorganización circuito de programación; Usuarios tratados quirúrgicamente que presentan complicaciones; Usuarios satisfechos; Utilización correcta de quirófanos; Revisión circuito de pruebas preoperatorias.

*Mantenimiento correctivo:* Averías registradas; Eficiencia en el mantenimiento correctivo; Satisfacción del cliente; Tiempo de respuesta; Homologar proveedores; Solicitud de reparación informática Información del estado de la reparación; Protocolo entrada de nuevos aparatos; Los resultados se presentarán en el congreso.

**Conclusiones:** La metodología GPP permite diseñar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todas las personas que participan en el mismo, garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio.

## GESTIÓN DE PROCESOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Colina-Alonso A, Bustamante-Madariaga S, González-Torres MA, Guajardo-Remacha J, Regulez-Arriño P, Urruela-Olivan M

# P-195

**Palabras clave:** Gestión Pro Procesos. Plan Estratégico. DAFO.

**Objetivos:** Implantar la Gestión de Procesos por Servicios o Unidades de Gestión Clínica. La gestión por procesos en un Hospital tiene una gran dificultad de implantación, siendo la gestión de procesos algo menos compleja, es por esta razón que la Dirección del Hospital de Basurto se propuso ir implantando la Gestión de Procesos, con la intención en un futuro lejano de terminar en la gestión por procesos.

**Métodos:** a) Seleccionar varios servicios del Hospital. b) Comunicación. Formación e implicación del personal en el desarrollo del plan. c) Realización de la arquitectura de procesos de cada servicio seleccionado. d) Selección de gestores de procesos. e) Desarrollo de procesos de nivel 1 y 2 según el método IDEF. f) Desarrollo del proceso por el propietario con misión, límites, indicadores. g) Análisis DAFO de los procesos y selección de acciones de mejora.

**Resultados:** 1) Tenemos implantado procesos en varios servicios e iniciado planes de comunicación en otros. 2) Se han seleccionado propietarios de procesos en los servicios afectos y han desarrollado entre 3-5 acciones de mejora por proceso. 3) Se aprecia un interés en participar por parte del personal, si conlleva "empowerment"

**Conclusiones:** La Gestión de Procesos es una buena herramienta para desarrollar el Plan de Gestión y a su vez el Plan Estratégico: -Ayuda a la implicación del personal y puede ser una herramienta de reconocimiento. -Las áreas de mejoras principalmente dependen del propietario del proceso, por lo que el porcentaje de éxito es elevado. -La Gestión de Procesos por unidades es un buen método para implantar procesos en un gran Hospital.

## LA GESTIÓN DE LA PRIMERA VISITA "ON LINE"

Díaz-Mengíbar MF, Rodríguez-Bello J, Mentuy-Isus P, Sánchez-Basallote JE  
Hospital de SAS de Jerez.

# P-196

**Palabras clave:** Primera Visita. On Line. Descentralización.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es el implantar la citación al especialista "On Line" desde el Centro de Salud.

**Métodos:** Se planificó el cambio del sistema de citación en varias fases:

-Análisis de situación: Análisis de agenda por especialidad tanto cualitativo como cuantitativo, capacidades técnicas de los centros y expectativas de clientes externos e internos.

-Definición de estrategias y fases de implantación.

**Resultados:** Se ha implantado la citación "On line" en ambos distritos. El paciente y su médico de Familia tiene acceso a la oferta de especialistas y sus demoras en tiempo real, la cita se le asigna desde su propio Centro inmediatamente después de que se produzca la indicación de derivación y el paciente obtiene una notificación de su cita.

**Conclusiones:** Aumento importante de la accesibilidad al especialista para el paciente. Se produce una correspondencia de la demanda entre especializada y primaria. Durante el proceso de cambio la gestión de las incidencias necesita de una importante cooperación interniveles.

## GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES: UNA HERRAMIENTA ESTRATÉGICA HACIA LA CALIDAD MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

P-197

González-Fernández E, Bordons-Ruiz A, Gómez-Martínez ME, Pascual-Martínez N, Becerra D, Vilches-Pacheco M  
*Hospital Universitario San Cecilio.*

**Objetivos:** La Gestión de Procesos Asistenciales Integrados es una línea estratégica del Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA) dentro de su Plan Marco de Calidad y Eficiencia, asumida por este Hospital como propia y además, como herramienta estratégica y metodológica en su propio proceso interno de búsqueda de mejora continua y de la calidad.

**Métodos:** Convencidos de que la mejora continua es un valor que no puede ser impuesto a los profesionales sino que tiene que salir de ellos mismos, la Dirección de este Hospital ha promovido la implicación activa de sus profesionales, llegando a reestructurar su organigrama para impulsar a los grupos multidisciplinares de implantación de procesos en el hospital. Así, y apoyados de forma constante por la Dirección Técnica, cada grupo es responsable de realizar las siguientes funciones de forma consensuada y participada con el resto de profesionales implicados en el proceso (bien de servicios intrahospitalarios o de Atención Primaria): -Constitución formal del grupo. -Formación básica en procesos. -Análisis de situación. -Priorización de problemas. -Elaboración de documentos Nivel 4. -Definición de indicadores de calidad. Comunicación al resto de profesionales del hospital.

**Resultados:** La Dirección de este hospital ha asumido un compromiso de respuesta a todas las demandas que surgieran de la reflexión y análisis que en grupos multidisciplinares se está llevando a cabo. Este hecho ha promovido que hay nueve grupos de profesionales trabajando en la implantación de otros tantos procesos asistenciales y que ya existen resultados que están siendo visibles por los profesionales: cambios organizativos como creaciones y/o adaptación de consultas específicas, reorganización de quirófanos, dotaciones de materiales o la instauración de una línea de trabajo conjunta con Atención Primaria, entre otras. Estas actuaciones están mejorando no sólo la calidad de la asistencia que procuramos a nuestros pacientes, sino también el trabajo de los profesionales.

**Conclusiones:** La intención participativa y estratégica con que esta Dirección asume la implantación de la gestión de procesos asistenciales, promueve que los profesionales se sienten protagonistas del proyecto y valoren el proyecto como motivador y dinamizador para su trabajo diario. La participación de los profesionales y su integración en la toma de las decisiones de gestión, es un elemento que modifica las relaciones de influencia en el seno de la organización y abre caminos hacia la mejora de forma eficaz y sostenida en el tiempo.

## TEMA 5-II

# Gestión de procesos asistenciales

## PLANES DE CUIDADOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PRUEBAS ENDOSCÓPICAS

P-198

Menchén MC, Martínez MM, Delgado P, Díaz DR, Millán J  
*Fundación Hospital de Alcorcón.*

**Palabras clave:** Endoscopia. Planes de cuidados. Enfermería.

**Objetivos:** Definir las actividades propias de enfermería antes, durante y finalizada la exploración, utilizando los diagnósticos de enfermería y como filosofía el cuidado enfermero.

**Métodos:** *Tipo de estudio:* Descriptivo y retrospectivo.

**Muestra:** Todos los pacientes sometidos a endoscopia desde marzo de 1998 a diciembre del 2002.

**Material:** Registros de enfermería y planes de cuidados estandarizados.

**Recolección de datos:** programa informático Excel y base de datos de GACELA

**Resultados:** *Año 1998:* se han utilizado 1.398 fichas de enfermería para registrar la actividad de las diferentes pruebas endoscópicas.

*Año 1999:* 2.976 planes de cuidados estandarizados.

*Año 2000:* 3.058 planes de cuidados estandarizados.

*Año 2001:* 3.128 planes de cuidados estandarizados.

*Año 2002:* 3.606 planes de cuidados estandarizados.

**Total:** 12.768 planes de cuidados estandarizados.

**Conclusiones:** La elaboración y desarrollo de los Planes de Cuidados Estandarizados se ha realizado desde la Evidencia Científica de la Enfermera. El trabajo de Enfermería con Planes de Cuidados proporciona: Unificación de un lenguaje común y estandarización de los registros de enfermería. Descripción y tipificación de cuidados en pruebas endoscópicas. Coordinación y continuidad de los cuidados en la atención a los usuarios. Registro y validación de la atención de enfermería. Registrar todas las actividades de enfermería y procesarlas informáticamente permite el empleo de los registros en estudios de investigación, control de calidad, cálculos de tiempos de enfermería y análisis estadístico de datos. Participación del cuidado de enfermería en los procesos de gestión para la elaboración de guías clínicas.

**Palabras clave:** Vía clínica. Apendicitis.

**Objetivos:** Desarrollo e implantación de una vía clínica (VC) sobre la cirugía de la apendicitis aguda, tanto flemmonosa como complicada en el Hospital Infantil La Paz para la mejora en la asistencia de este proceso de elevada incidencia y con una tasa de perforación que varía en el enfermo pediátrico entre un 17 y un 40%. Esta herramienta nos servirá a su vez para la mejora de la calidad percibida por el paciente pediátrico y sus familiares y mejora de la información.

**Métodos:** Revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia y coordinación por la Unidad de Calidad del equipo de trabajo, formado por el personal de enfermería y cirujanos pediátricos del Departamento de Cirugía del Hospital Infantil. Diseño de los documentos de la vía mediante consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso, reunidos semanalmente durante el mes de Abril de 2003. Presentación de la VC en sesión clínica e implantación de la misma. Planificación de la evaluación.

**Resultados:** 1) Matriz temporal: distribución de todas las actividades, intervenciones y determinaciones que se deben realizar al paciente desde su ingreso en urgencias hasta, una vez diagnosticado, su intervención, posterior ingreso en reanimación, en planta y alta hospitalaria. Introducción de innovaciones como la terapia secuencial de antimicrobianos en apendicitis complicadas. 2) Hoja de información iconográfica adaptada al paciente pediátrico y sus familiares, desde urgencias hasta la primera revisión en consultas. 3) Hoja de tratamiento desde el diagnóstico de sospecha de apendicitis en urgencias, intervención quirúrgica, reanimación y posterior traslado a planta. 4) Hoja de variaciones de la VC. 5) Encuesta de satisfacción adaptada al paciente pediátrico o sus familiares en caso de que el niño no esté en edad escolar. 6) Criterios, indicadores y estándares para la evaluación de la VC. 7) Una vez implantada la vía (junio 2003) se procederá a la evaluación de los resultados, análisis de las variaciones e identificación de las posibles oportunidades de mejora.

**Conclusiones:** La apendicitis aguda, tanto flemmonosa como complicada, es un proceso frecuente en las urgencias pediátricas. La implantación de una VC para la gestión asistencial de dicho proceso es una oportunidad para la mejora en la coordinación del personal implicado, estandarización de los cuidados, control de los costes y la satisfacción del paciente.

#### VÍA CLÍNICA DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD.

Pérez V, Morant C, Vesperinas G, Cos-Blanco A, Gómez C, García J.  
*Hospital Universitario La Paz.*

#### P-200

**Palabras clave:** Vía clínica. Obesidad.

**Objetivos:** Elaboración e implantación de una vía clínica (VC) basada en la evidencia científica sobre la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario La Paz.

**Métodos:** Elección de la cirugía de la obesidad por ser un proceso con necesidad de coordinación y consenso entre diversos servicios y profesionales, ser de coste elevado y de curso clínico predecible. Revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia científica publicada. Elección y coordinación, por parte de la Unidad de Calidad del equipo de trabajo. Diseño de los documentos de la VC. Consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso. Implantación de la VC. Planificación de la evaluación de la VC.

**Resultados:** Coordinación del grupo de trabajo formado por facultativos y enfermeras de la Unidad de Calidad, Cirugía General y Aparato Digestivo, Unidad de Nutrición, Psiquiatría (Unidad de trastornos de la alimentación), Anestesia y Reanimación, Rehabilitación y Cirugía Plástica. Realización mediante consenso de los siguientes documentos: 1) Algoritmo de actuación en el enfermo obeso: criterios de entrada en la opción quirúrgica según IMC (índice de masa corporal) y comorbilidades. 2) Algoritmo de evaluaciones prequirúrgicas para disminuir tiempos de espera y evitar la repetición innecesaria de pruebas. 3) Hoja de información preoperatoria para el paciente: duración estimada del proceso, pruebas prequirúrgicas, cambios de estilo de vida, cambios en la dieta, complicaciones, seguimiento, riesgos y posibles secuelas. 4) Matriz temporal con innovaciones según la evidencia científica: retirada del vendaje de miembros inferiores, adecuación de profilaxis antimicrobiana, profilaxis antitrombótica y de la hemorragia digestiva alta, administración de citrato preintervención. 5) Hoja de información iconográfica para el paciente sobre ingreso y postoperatorio inmediato (hasta primera revisión en consultas externas). 6) Hoja de tratamientos y cuidados de enfermería en planta (preoperatorio), quirófano, reanimación y planta (postintervención), con medición del dolor postquirúrgico según escala analógica visual. 7) Hoja de variaciones de la VC. 8) Encuesta de satisfacción del paciente. 9) Evaluación (criterios, indicadores y estándares). Implantación de la VC (mayo 2003).

**Conclusiones:** 1) La VC facilita el consenso de este proceso multidisciplinar, reduciendo la diversidad, mejorando el trabajo en equipo, los tiempos de espera y la implicación de los profesionales. 2) Mejora la información al paciente y aumenta la implicación del enfermo en su cuidado.

#### IMPACTO DE UNA VÍA CLÍNICA EN LA ESTANCIA MEDIA DE LAS FRACTURAS DE CADERA

Sáez F, Martínez MV, Martínez-Iñiguez J, Knörr G, Rodríguez A, Jarrod-Gaudes R

#### P-201

**Objetivos:** Mostrar el proceso de elaboración e implantación de una Vía Clínica de la fractura osteoporótica del extremo proximal del fémur por un equipo multidisciplinar de un hospital comarcal, así como destacar sus efectos positivos, entre los que destacan una notable disminución de la estancia media hospitalaria de estos procesos.

**Métodos:** En 2002 ingresaron en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Fundación Hospital Calahorra 72 ancianos con fractura del extremo proximal del fémur. El curso de su proceso asistencial siguió una vía clínica, trazada desde el momento de su ingreso en urgencias hasta el alta hospitalaria, diseñada e implantada por un equipo multidisciplinar formado por médicos de diversas Unidades (COT, Anestesiología, Urgencias, Medicina Interna y Rehabilitación), enfermeras y fisioterapeutas. La estancia media hospitalaria de los pacientes se comparó con la estancia media estándar de los hospitales comarcales (Grupo I) del antiguo INSALUD.

**Resultados:** El seguimiento de la vía clínica produjo una serie de efectos considerados beneficiosos en la gestión del proceso que se detallan en el estudio, entre los que destacan una reducción de 6 días en la estancia media en relación con los hospitales comparados.

**Conclusiones:** La fractura de cadera del anciano es un proceso susceptible de gestión a través de una Vía Clínica, eficaz herramienta de gestión cuya aplicación elimina disfunciones asistenciales y disminuye notablemente la estancia media.

#### PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VÍA CLÍNICA DEL CÁNCER COLO-RECTAL MEDIANTE LA INCORPORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO

Andreo-Andreo C, Ayala-Muñoz A, Aznar-García MA, García-Ayala EM, Leal-Llopis J, Martínez-Férez C, Pérez-López C, Pérez-Fernández AJ  
*Hospital Morales Meseguer.*

#### P-202

**Palabras clave:** Vía clínica. Ostomías. Enfermería.

**Objetivos:** Describir los cuidados de enfermería estandarizados en los enfermos ostomizados incluidos en la Vía Clínica del Cáncer Colo-rectal del Hospital Morales Meseguer.

**Métodos:** La Vía se elaboró en 1 año (2002-2003), participando personal de Enfermería (Hospitalización y Área quirúrgica), Cirugía General, Oncología, Anatomía Patológica, Radiología, Digestivo y Anestesia. Las fases de la Vía Clínica pasaron por la elaboración, pilotaje, implantación y evaluación. En la 1ª fase, se realizaron dos reuniones semanales, una del grupo de enfermería y otra de todo el equipo. El grupo de enfermería se planteó la necesidad de incorporar nuevas herramientas, además de los clásicos protocolos, entre las que se encontraban la elaboración de un Plan de Cuidados (PCE) y un Informe de Enfermería al Alta (IEA) estandarizados, la inclusión de medidas de valoración del dolor así como del manejo de medidas de profilaxis tromboembólica y asegurar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

**Resultados:** Siguiendo el proceso de normalización de los cuidados y aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, se elaboró un PCE para el paciente sometido a cirugía colo-rectal con los siguientes periodos: preoperatorio, peri-operatorio, post-operatorio inmediato, post-operatorio en unidad de hospitalización, fase de alta y seguimiento ambulatorio en la Unidad de Enfermería de Estomatoterapia (UEE). En segundo lugar, se incorporó a los cuidados estandarizados la valoración del dolor mediante la escala analógica visual de Wong tras comprobar su validez. Se incluyeron también las recomendaciones realizadas por el meta-análisis del Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery sobre la utilización y manejo de las medias de compresión como profilaxis tromboembólica. Se elaboró un IEA con el fin de asegurar la continuidad de cuidados en Atención Primaria. Por último, se creó la UEE siguiendo las necesidades y expectativas manifestadas por los propios usuarios tras la realización de estudios cualitativos. Dicha unidad incide en la información y educación de la realización de un estoma así como en el seguimiento intra-hospitalario y ambulatorio tras el alta.

**Conclusiones:** El problema de la VPC continúa patente en nuestras instituciones por lo que es imprescindible la combinación de diversas herramientas que trabajen conjuntamente en su disminución.



## ESTUDIO DE CALIDAD DE UN PROGRAMA DE CITOLOGÍA DE SCREENING CERVICOVAGINAL

P-203

Martínez-Marín R, López-Mateos J, Serrano-Pérez MA, Hernández-Cobacho M, Fernández-García S, Navarrete-Montoya A, Remezal M

**Palabras clave:** Cáncer cervical. Citología. Screening.

**Objetivos:** Mostrar los resultados obtenidos y analizar diferentes parámetros de calidad temporales, cualitativos y cuantitativos en el diagnóstico citológico cervicovaginal de un programa de screening para prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix uterino en la mujer.

**Métodos:** Se han valorado los resultados obtenidos en el estudio de 13.615 citologías diagnosticadas a lo largo de un periodo de 18 meses por la Unidad de Citodiagnóstico de la Junta Provincial de Murcia de la Asociación Española Contra el Cáncer. El análisis realizado incluyó: - Valoración de los tiempos de diagnóstico, estableciendo como gold standard de calidad un tiempo máximo de 15 días. - Estudio estadístico de los resultados diagnósticos de las citologías cervicovaginales, agrupado por categorías, estableciendo un análisis comparativo con resultados publicados en la literatura internacional para este tipo de programas de screening como parámetro de calidad diagnóstica de nuestro programa.

**Resultados:** El tiempo medio obtenido desde la recepción de la muestra hasta la emisión del informe fue de 7 días.

El 95% de las muestras fueron consideradas satisfactorias y el 5% poco satisfactorias o insatisfactorias. Se detectaron 169 lesiones (1,26%), de las cuales 132 eran lesiones sospechosas a controlar, 33 lesiones de bajo grado y 4 lesiones de alto grado. Microbiológicamente, el 64% de las muestras presentaban flora vaginal normal, el 24% ausencia de flora y el 12% algún tipo de alteración. Hormonalmente, un 73% de muestras presentaron un buen trofismo hormonal, 26% hipotrofia o atrofia y un 1% no fueron valorables por otras alteraciones sobreañadidas. La conclusión diagnóstica fue negativa para malignidad en el 98% de los casos y algún tipo de patología subyacente en el 2 por ciento. Finalmente, la recomendación fue control habitual en el 98% de los casos y repetición tras tratamiento o control más estrecho en el 2%.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos permiten afirmar que el diagnóstico citológico cervicovaginal en nuestro programa de screening cumple las premisas de calidad temporal previamente establecidas y que se encuentra dentro de los límites bibliográficos de calidad en cuanto a los diagnósticos citológicos emitidos.

## PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE

P-205

Ponga-Álvarez MJ, Reyero-Alonso M, Betegón-Nicolás J  
Hospital de León.

**Palabras clave:** Donación. Evaluación.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es la publicación de un protocolo común de actuación en la Unidad de Medicina Intensiva, con el fin de unificar los criterios de evaluación clínica de los posibles donantes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, con el fin de agilizar el proceso y de evitar la variabilidad en las actuaciones.

**Métodos:** Se redactó un primer protocolo por un grupo focal compuesto por: El coordinador de trasplantes, el supervisor de la UCI y dos enfermeras interesadas en el tema. Posteriormente, se distribuyó el protocolo entre el personal de enfermería de los distintos turnos, que en posteriores reuniones entre ellos, apuntaron los cambios que pensaban que se podrían hacer.

Por último en una última reunión, se realizó mediante consenso la redacción definitiva del protocolo, que se considera oficial y vigente desde entonces. Se ha fijado un plazo de un año para su aplicación, al cabo del cual se evaluará y mejorará de acuerdo a los resultados.

**Resultados:** Aunque el protocolo solo es oficial desde hace tres meses, se ha aplicado en los tres últimos casos de donación, habiéndose detectado una mayor agilidad y uniformidad a la hora de realizar la evaluación de los resultados en estos donantes. Al haber ubicado este protocolo junto con los otros de utilización habitual en un lugar conocido por todos, la consulta de los pasos a seguir mediante el Diagrama de flujo, ha facilitado la labor de todo el personal de enfermería.

**Conclusiones:** La realización de protocolos de enfermería y su publicación consensuada por todos los miembros del equipo, facilita la realización de las pautas correspondientes, el conocimiento de las mismas por todo el personal, tanto el fijo como el personal contratado temporalmente, evitando la variabilidad y facilitando la posterior evaluación.

## CICLO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN URGENCIAS

P-204

Sevilla-Hernández E, Alcaraz-Martínez J, Ferrer-Pinar B, Moreno-Carrillo MA, Bustillo-Busalacchi P

**Palabras clave:** Traumatismo Craneoencefálico. Urgencias.

**Objetivos:** Evaluar la situación actual del manejo del paciente con TCE en el Servicio de Urgencias.

Mejorar la calidad de la atención.

**Métodos:** Durante el mes de noviembre del 2001 se estudiaron los casos de TCE atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital. En total 112 pacientes obtenidos del Archivo de Historias Clínicas. Se analizaron datos sobre características del traumatismo, evaluación inicial, gravedad, petición de pruebas complementarias y destino del paciente. Se comentaron los resultados en una sesión del Servicio, como medida correctora. En noviembre de 2002 se volvió a realizar un segundo muestreo con 56 casos.

Como test estadístico se utilizó el de la Chi cuadrado, tomando como nivel de significación el 95%.

**Resultados:** El consumo de alcohol constaba en 7 casos (6,2%) entre los antecedentes relacionados con el traumatismo en el primer muestreo y en el 2% en el segundo. 14 casos presentaban amnesia (12,5%) en el primero y un 7% en el segundo. Había constancia de heridas locales en el 30% de casos en ambos estudios. Las constantes vitales no figuran en el 80,4% de los casos en el inicial y en el 75% en el segundo; el grado de traumatismo no constaba en el 89,3% y 96,5% respectivamente. Se realizó scanner en el 17% y 21,4% de los pacientes. Al 53,3% y 57,1% de los pacientes respectivamente se les solicitó una radiografía simple de cráneo y ninguna fue patológica. Solo ( $p < 0,001$ ), no evidenciando mejora tras las medidas de corrección.

**Conclusiones:** Se ha encontrado relación entre toma de constantes y realización de TAC. Hay que continuar con actividades de mejora de la calidad asistencial.

## VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA: ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA

P-206

Pascual-González C, Valcárcel-Álvarez Y, Fernández-Rey E, Quiroga-Ruiz JM, Corrales-Zarauza M  
Hospital Universitario Central de Asturias.

**Objetivos:** Unificar los criterios de indicación de Ventilación Mecánica Domiciliaria (VMD) en nuestra Unidad. Estandarizar el procedimiento de adaptación a la ventilación por medio de ingreso hospitalario. Reducir la duración del ingreso manteniendo la tasa de resultados positivos. Proporcionar asistencia precoz en Fisioterapia Respiratoria. Mejorar la atención socio-sanitaria a los pacientes con limitaciones físicas significativas. Identificar los costes generados en el proceso.

**Métodos:** Diseñar una *Vía Clínica* que englobe la primera consulta de valoración y el periodo de ingreso para la adaptación al ventilador.

**Resultados:** Se ha elaborado una *Vía Clínica* con la colaboración de la Unidad de VMD, el servicio de Fisiología Respiratoria y Trabajador Social. Dicha vía se inicia en la primera consulta (valoración de los pacientes remitidos por diferentes especialistas) con una historia clínica protocolizada así como las pruebas complementarias pertinentes para establecer la indicación de VMD. En la segunda parte de la vía, los pacientes son ingresados y durante 3 días son adaptados al ventilador según una pauta establecida. Los pacientes con limitación funcional son evaluados por el Trabajador Social para iniciar las acciones encaminadas a la mejora de su situación.

**Conclusiones:** La *Vía Clínica* es una herramienta útil para evitar la variabilidad de criterios en la indicación de VMD. Acorta la duración del proceso: -Consigue reducir estancias prolongadas inadecuadamente en la adaptación al ventilador. -Favorece la atención interdisciplinar en un mismo tiempo. -Asegura que los pacientes con discapacidad física puedan conseguir precozmente los medios posibles para mejorar su situación en el domicilio.

## EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO BIOPSIA HEPÁTICA TRANSCUTÁNEA

Herradón-Cano M, García-López E, Ugena-Mohino J, Fernández-Chacón M, Magaz-Arranz A

P-207

**Palabras clave:** Evaluación. Cuidados. Pacientes.

**Objetivos:** Evaluar el Plan de Cuidados Estandarizado (P.C.S.) Biopsia Hepática al año de su implantación.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo con revisión de la totalidad de los P.C.S. de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Digestivo para realización de Biopsia Hepática Transcutánea, en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2002 y 30 de abril de 2003. Fuente de datos: Historias Clínicas. Recogida de datos: Mediante una hoja de registro que contempla las variables de edad, sexo, criterios de cumplimentación y respuesta del paciente a los cuidados realizados.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron en nuestra Unidad 44 pacientes, 70% hombres y 30% mujeres, con edades comprendidas entre 19 y 64 años, con una desviación de 10,84. Tras la evaluación del 100% de los P.C.S. se ha observado que el 64% cumplían los criterios de cumplimentación. De éstos, mediante los registros, se ha constatado que tras las Intervenciones enfermeras realizadas el 79% de los pacientes demuestran estar informados de la secuencia de eventos asociados al procedimiento a su llegada a Endoscopias; tras la realización del procedimiento, a su llegada a la Unidad de Cuidados el 100% afirman conocer el origen y el porqué del dolor y el 96% describen las precauciones sobre actividad para prevenir complicaciones; al alta hospitalaria el 92% afirman que los cuidados proporcionados le han facilitado el descanso nocturno y el 89% refieren que la información recibida durante todo el proceso le ha ayudado a disminuir el temor, relacionado con el procedimiento. No se han observado diferencias significativas en la respuesta de los pacientes según edad y sexo.

**Conclusiones:** La revisión identifica la necesidad de elaborar propuestas de mejora dirigidas a la cumplimentación de los registros y a la información sensorial preparatoria. La evaluación permite demostrar y comprobar el nivel de adecuación de los P.C.S. y nivel de eficacia de las Intervenciones enfermeras, hecho que tiene gran relevancia para mejorar y garantizar la calidad de los cuidados enfermeros.

## OPTIMIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Rubio-Gómez I, Arribas-Espada JL, Rubio-Sevilla JC

P-209

**Palabras clave:** Mejora continua. Cuidados.

**Objetivos:** Describir las acciones de mejora incorporadas al Proceso Planificación de Cuidados.

**Métodos:** Revisión sistemática del Proceso Planificación de Cuidados por el grupo coordinador, con identificación de los siguientes puntos débiles: 1) Las actividades enfermeras, integradas en cada Plan de Cuidados Estandarizado (P.C.S.), generan dificultad para los registros y para la cuantificación de dicha actividad. 2) La evaluación al alta hospitalaria de los objetivos alcanzados por los pacientes no permite una información exhaustiva dirigida a los profesionales de Atención Primaria. Tras el análisis de las causas se propusieron a la Comisión de Planes de Cuidados las siguientes acciones de mejora: a) Incorporación de la herramienta taxonómica Nursing Interventions Classification (NIC) a los planes de cuidados estandarizados. b) Incorporación de Indicadores para evaluar el resultado de las Intervenciones Enfermeras.

**Resultados:** Las Intervenciones asociadas a los Diagnósticos Enfermeros de los PCS, se han entregado al total de las enfermeras de las unidades de cuidados y se han identificado y consensuado las actividades a incluir en cada Intervención. Posteriormente la Comisión de Planes de Cuidados ha procedido a su revisión y aprobación. En la actualidad, 9 PCS se encuentran documentados y actualizados con la incorporación de la herramienta taxonómica NIC. Las Intervenciones Enfermeras (IE) incluidas se han ponderado en UVR. Se ha identificado que en la totalidad de los PCS actualizados consta la I.E. Enseñanza: Proceso de Enfermedad, habiendo incluido en los objetivos 2003 de la División de Enfermería los siguientes Indicadores de Resultado: Conocimiento del paciente/familia del proceso de enfermedad al alta hospitalaria. Conocimiento del paciente/familia del régimen terapéutico al alta hospitalaria. (El grado de comprensión y estándares se ha establecido para cada PCS, según los siguientes parámetros: estancia media según el GRD, cronicidad...).

**Conclusiones:** La incorporación de taxonomías a la sistematización de Cuidados Enfermeros mejoran los sistemas de información. Los indicadores de resultado nos permiten comprobar la eficacia de las Intervenciones y optimizar la comunicación interniveles.

## MEMORIA FUNCIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Banacloche-Cano C, Ruiz-López FJ, Sánchez-Pérez JA

P-208

**Palabras clave:** Memoria Funcional.

**Objetivos:** Buscar un instrumento de trabajo para todo el personal de enfermería tanto de plantilla como de nueva incorporación para una mayor integración del personal, así como una mayor calidad y eficiencia en el existente. Unificación de criterios y aplicación de protocolos de trabajo. Incorporación y elaboración de circuitos de trabajo para agilización de tareas.

**Métodos:** Al estar la unidad informatizada, se eligió como medio más útil de comunicación un sistema multimedia de soporte informático, con lo que estaría presente en cualquier equipo informático de la unidad.

Se ha elaborado esta memoria en formato para su publicación en página web, lo que permite su acceso prácticamente de cualquier ordenador, ya se por red como a través de soporte en cd.

**Resultados:** El resultado es un cd que permite una mayor versatilidad a la hora de consultar y actualizar en procedimientos, protocolos y circuitos de trabajo.

Esta memoria sigue el siguiente índice: -Situación física de la unidad; -Estructura física de la unidad; -Características asistenciales de la unidad; -Recursos materiales; -Actividades por categoría profesional y turno: enfermera/o, auxiliar de enfermería, auxiliar de exteriores, auxiliares de aparatos, celadores; -Protocolos y procedimientos de enfermería; -Actividad asistencial anterior; -Circuitos de trabajo.

**Conclusiones:** La elaboración de memorias funcionales agiliza y aumenta la calidad del trabajo del personal existente así como la incorporación del nuevo.

## PROCESO DE MEJORA DE COORDINACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA: LA HOJA "PRE-ALT" UN INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA

Claret M, Viladomiu J, Torre P, López M, Iniesta C

P-210

**Palabras clave:** Coordinación alta hospitalaria. Gestión clínica.

**Objetivos:** Conocer con antelación la previsión de alta para preparar conjuntamente con los profesionales la gestión de los recursos necesarios.

**Métodos:** El Hospital del Mar dispone de un sistema informático que permite tener información a tiempo real del censo de pacientes, se consensó con los servicios clínicos la introducción por parte de ellos de los siguientes ítems: - Sección responsable del paciente. -Médico responsable del paciente. -Previsión de alta. -Necesidad de intervención UFISS. -Necesidad de intervención T. Social. -Necesidad de coordinación primaria. -Ambulancia de traslado. -Observaciones (otros problemas organizativos que incrementan la estancia media innecesariamente).

**Resultados:** -Los profesionales están introduciendo la información.

-Esta información es gestionada por la responsable de la unidad de gestión de pacientes con los de las otras unidades y dispositivos asistenciales diariamente (UFISS, urgencias).

-El conocimiento de la previsión de alta con todos los ítems previos mejora la coordinación de los procesos diariamente.

**Conclusiones:** La implicación de los profesionales en la coordinación de la previsión de alta conjuntamente con los gestores permite la mejora continua de la organización. La hoja "pre-alt" es un buen instrumento de gestión clínica y facilita el trabajo en equipo.

## REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN DE TIEMPOS

P-211

Cervigón-Maruri A, González-Nogal S, Mata-Jorge E, Mata-Redondo MJ, Sainz-Mata P  
CEP Moratalaz, Madrid.

**Palabras clave:** Lista de Espera. Gestión. Calidad.

**Objetivos:** Reducir los tiempos de espera para tratamientos de electroterapia mediante la implantación de un nuevo sistema de gestión de tiempo en un servicio de rehabilitación.

**Métodos:** La población diana son los usuarios Unidad de Fisioterapia de Atención Especializada en el Área 1 de Madrid.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo en el que analizamos los tratamientos de electroterapia realizados durante el primer trimestre de 2002 y los comparamos con los llevados a cabo durante el mismo periodo de tiempo en el año 2003 mediante la implantación de un nuevo sistema de gestión de tiempo. Previamente al inicio de la acción de mejora, los tratamientos de electroterapia se realizaban simultaneando con los restantes tratamientos por parte de todos los integrantes de la plantilla; durante el estudio estos tratamientos se realizaban por turnos semanales un solo fisioterapeuta a tiempo total durante toda su jornada. Se monitoriza el tiempo medio de espera al iniciar el estudio (días hábiles) y se monitoriza después.

**Resultados:** Durante el primer trimestre de 2002 se realizaron 2.142 tratamientos y durante el periodo en el que se aplica la acción de mejora (del 13 de enero al 30 de marzo de 2003) se realizaron 3.180. Esto ha producido una reducción en la demora de las citaciones de 26 días lo que supone un 49% (al comenzar el estudio la demora para estos tratamientos estaba 51 días y actualmente se encuentra en 25 días). Los tratamientos llevados a cabo en el periodo de estudio han sufrido un incremento del 48%, que apeace corresponderse con la reducción en la demora de los mismos.

**Conclusiones:** La implantación del nuevo sistema de gestión de tiempo en el servicio de rehabilitación redunda en una mayor calidad asistencial, reduciendo los tiempos de espera para tratamiento y evitando desplazamientos a otros servicios mas alejados de nuestra área.

## GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL MANACOR

P-213

Gari J, Quetglas P, Villagrasa M, Gutiérrez C, Ibáñez R, García C, Font JA

**Palabras clave:** Gestión por Procesos. Servicio Admisión. EFQM.

**Objetivos:** Instaurar en un Servicio de Admisión de un hospital comarcal de 207 camas un modelo de Gestión por Procesos que permita la protocolización de todas las tareas a desarrollar en el mismo.

**Métodos:** Se han utilizado dos herramientas básicas: el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) con nueve elementos constituyentes, cinco como agentes facilitadores del sistema, otros cuatro como resultados. Y la metodología de certificación en Calidad ISO 9001, en una primera fase mediante la versión de 1994 (con veinte capítulos como Norma) y con una emigración final hacia el modelo del año 2000 (ya con ocho capítulos de Norma). Se ha utilizado la metodología de instauración de grupos de trabajo con la filosofía de la mejora continua utilizando para ello la matriz PDCA (REDER).

**Resultados:** 1) Implantación de un mapa de procesos en el servicio de admisión de la FHM, con 7 procesos fundamentales (General, Urgencias, Ingresos, Altas, Historias Clínicas, Prefacturación y control de documentación) en el que puede englobarse básicamente toda la actividad desarrollada por el servicio. 2) Obtención de la certificación ISO 9001 en el año 2000, con mantenimiento anual de la misma. 3) Reestructurar el servicio de admisión con el formato de trabajar hacia los procesos definidos y dirigidos fundamentalmente hacia la atención a los clientes del mismo, tanto externos como internos de la propia organización. 4) Establecimiento de un protocolo de admisión de nuevos profesionales al servicio con un nuevo método de acogida estimulando al máximo la formación a recibir y la actuación de cada profesional como docente de otros profesionales.

**Conclusiones:** La modelización de los esquemas de trabajo futuros mediante la gestión por procesos en un servicio de las características del nuestro representa una ventaja competitiva para cada uno de los profesionales entrenados en estas técnicas, ofreciendo un valor añadido en el sentido de su símil con las "Guías Clínicas" del personal asistencial, la guía clínica administrativa es una potente herramienta que en manos de un profesional perfectamente entrenado hace de él insustituible. Por otra parte la necesidad de formación permanente, en forma de autoformación y de su carácter docente por necesidad de ofrecer esa formación al resto, constituye un beneficio a la hora de establecer una carrera profesional adecuada para este tipo de personal, generalmente el gran olvidado cuando se reivindican estos temas en los foros sanitarios. Por último se quiere significar la importancia del modelo merced a su propia retroalimentación permanente mediante la mejora continua, no pudiendo dejar de estar concentrado en su mantenimiento.

## INCIDENCIA DE PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL DE LEÓN

P-212

Rodríguez-Díez M, Lara-Sánchez H, González-Valdes ML, García-González A, Fariza-Vicente E

**Palabras clave:** Úlceras por presión.

**Objetivos:** Valorar el estudio de los pacientes mediante la escala de Norton modificada. Valorar número total de úlceras por presión (UPP) en el Hospital de León.

**Métodos:** Observación directa y revisión de historias clínicas de los enfermos que ingresan en el hospital de 24 al 4 de mayo de 2002 concluyendo el estudio el día 18 de junio de 2002 fecha de alta del último enfermo a estudio. Se valoran el 100% de los 730 pacientes ingresados en el hospital durante este periodo excluyendo la Unidad de Pediatría y Obstetricia.

**Resultados:** Pacientes valorados mediante EMN 100%. Pacientes de riesgo según EMN 20%. Pacientes de no riesgo según EMN 80%. Pacientes de riesgo con cambios posturales según protocolo 89,04%. Pacientes de riesgo con zonas protegidas susceptibles de lesión 95,89%. Pacientes de riesgo que tienen cuidadas correctamente las UPP 100%. Pacientes de riesgo que desarrollan UPP 3,83%. Pacientes de no riesgo que desarrollan UPP 20%. Pacientes de no riesgo que desarrollan UPP 0,95%. Pacientes de no riesgo que desarrollan UPP nuevas 8,22%.

**Conclusiones:** Se percibe la eficacia de los registros de UPP, así como de la *Escala de Norton modificada* como herramienta de valoración, por lo tanto no nos planteamos el cambio de medición. También objetivamos la efectividad del protocolo de profilaxis y cuidados de las UPP en nuestro hospital.

## MEDIMOS Y DESPUÉS QUÉ HACEMOS

Urruela M, Maeso M, Echave L, Larrea I, Zalabarría B  
Hospital de Basurto.

P-214

**Palabras clave:** Medir. Mejorar.

**Objetivos:** Identificar qué metodología es la más apropiada para establecer mejoras en el proceso de cuidar.

**Métodos:** La Unidad de Calidad junto con la Dirección de Enfermería utiliza la metodología PDCA o ciclo de mejora, con el fin de prestar a los pacientes unos cuidados de mayor calidad y probada evidencia, siempre que ésta esté disponible. Fases: 1) planificación del proyecto, estableciendo la sistemática más adecuada en cada caso: revisión bibliográfica, estudios descriptivos, ensayo clínico..., 2) identificación de las personas que van a desarrollar el proyecto, 3) puesta en marcha y seguimiento, 4) evaluación y 5) ajuste: de acuerdo a los resultados obtenidos y del cuidado a mejorar utilizamos unas u otras herramientas.

**Resultados:** Utilizando el ciclo PDCA hemos desarrollado los siguientes proyectos de mejora: respecto a las *Úlceras por presión*: Estudio de fiabilidad de escalas, nivel de concordancia interobservadores...; *Caídas*: Estudio de incidencia, comparación de escalas de valoración; *Catéteres*: Ensayo clínico para el mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres periféricos.

**Conclusiones:** 1) El desarrollo de proyectos de mejora consigue una mayor implicación de las personas, lo que revierte en la mejora de los cuidados.

2) Los cuidados están sometidos de manera permanente a mejora continua.

3) Las revisiones sistemáticas nos permiten aplicar cuidados de mayor calidad.



## LA ATENCIÓN SANITARIA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL. VALORACIONES PRÁCTICAS DESDE UNA COMISIÓN DE CALIDAD.

P-215

Bolíbar I, Cadena R, Català E, Vilanova FL, Bonfill X\*

\*Comisión de Evaluación de Resultados del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Palabras clave:** Dolor. Gestión clínica.

**Objetivos:** Analizar la situación del dolor y su abordaje clínico en un centro hospitalario, detectar los problemas existentes y realizar propuestas factibles de mejora de su atención para la dirección del centro y a los servicios implicados.

**Métodos:** En el marco de la Comisión de Evaluación de Resultados del Programa de Promoción y Evaluación de la Calidad Asistencial de un hospital universitario de tercer nivel se revisaron los elementos estructurales y de organización que determinan la detección, el tratamiento y el seguimiento del dolor, con especial énfasis en las funciones de la Clínica del Dolor, la protocolización y los grupos de trabajo existentes. También se llevó a cabo una sesión monográfica de exposición y discusión de los resultados de tres experiencias evaluadas: 1) Evaluación de una intervención para la mejora de la analgesia postoperatoria en cirugía abdominal, 2) Estudio de la prevalencia, evaluación y tratamiento del dolor en el hospital, y 3) Valoración y seguimiento del dolor por parte de enfermería. En sesiones posteriores se elaboraron las propuestas de mejora.

**Resultados:** De los problemas de mejora identificados se seleccionaron aquellos considerados más importantes y susceptibles de cambio en la práctica asistencial. También se contrastaron con los estándares y recomendaciones de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Agency for Healthcare Research and Quality. Como resultado de ello se definieron seis posibilidades de mejora prioritarias: protocolización, formación, preocupación de algunos profesionales por el control del dolor en la práctica clínica, sistematización de la evaluación y monitorización del dolor, coordinación entre el estamento médico y de enfermería, y asesoramiento especializado a todo el hospital. Para cada uno de ellas se formulan propuestas de mejora y recomendaciones concretas a la dirección y a los servicios implicados.

**Conclusiones:** El dolor constituye un daño innecesario e inútil para el paciente ya que con los avances actuales se puede controlar eficazmente en la mayoría de casos. Sin embargo, existen dificultades en la práctica clínica de naturaleza muy diversa que requieren acciones multidisciplinarias, específicas de cada servicio o generales del hospital y continuadas a lo largo del tiempo para mantener unos estándares adecuados. Ello hace que la atención sanitaria del dolor sea un componente crucial de la calidad asistencial de un centro sanitario.

## IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE DETECCIÓN DE DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

P-217

Sánchez-Vallejo A, García-Álvarez M  
Hospital de León.

**Palabras clave:** Donación. Detección.

**Objetivos:** Desarrollar e instaurar un protocolo de detección del Donante potencial por el personal de enfermería, con criterios claros y unificados, conocidos por todos los miembros de la Unidad, con el fin de evitar la variabilidad, y que sean de utilidad en los periodos con personal suplente (periodos vacacionales, evitando la posibilidad de escapes. Colaborar con el Coordinador de Trasplantes en la detección de Donantes Potenciales.

**Métodos:** Mediante la creación de un grupo de trabajo, integrado por: El Coordinador de Trasplantes, Supervisor de la Unidad y dos integrantes del personal de enfermería de la Unidad. Se han realizado cuatro reuniones en las que se ha revisado bibliografía, así como las normas existentes en la detección de Donantes Potenciales. Posteriormente, se repartió el documento al resto del personal de enfermería de la Unidad, que aportó sus ideas, modificándose las partes del documento que se creyeron necesarias. Por últimos en una Reunión conjunta se consensuó totalmente el protocolo que ha sido aceptado por el 100% de la plantilla.

**Resultados:** Desde la implantación del protocolo en enero del presente año, se han detectado un total de 10 Donantes Potenciales, habiendo sido la detección más sencilla, no habiendo diferencias llamativas en las actuaciones. La localización fija del protocolo en el libro destinado a almacenar estos, ayuda a la consulta rápida.

**Conclusiones:** La elaboración de distintos protocolos en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, está resultando de gran utilidad para evitar la variabilidad en las actuaciones. Cuando trasladamos esta actividad a un proceso tan importante como es la Donación de Órganos, la evaluación de la actividad según parámetros fijos y definidos en el protocolo, ayuda a implementar acciones de mejora.

## MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO.

P-216

Hijos LA, Ledesma MD, Magro M, Campos C, Torres V, Abadías I

Centro de Salud Grañén, Huesca.

**Palabras clave:** Climaterio. Menopausia. Calidad.

**Objetivos:** 1) Instaurar un programa de mejora continua en atención en el climaterio. 2) Mejorar el cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas (NTM) del servicio 209 del Insalud: "Atención a la mujer menopáusica". 3) Mejorar los conocimientos sobre la menopausia e identificar de las necesidades educativas de las mismas. La consolidación del grupo de trabajo en calidad.

**Métodos:** Procedimos a realizar un Audit médico retrospectivo para la valoración de NTM en una muestra de 49 mujeres incluidas en el programa de atención a la mujer (a = 0,95; e = 0,12) y una encuesta sobre conocimientos del climaterio a una muestra de 62 mujeres de 40-60 años (a = 0,95; e = 0,12).

**Resultados:** En la evaluación de las NTM de estos resultados se debe resaltar: *Valoración inicial:* en este apartado todos los criterios tienen un alto cumplimiento (mayor del 70%). *Seguimiento:* Aquí el incumplimiento es mayor (mas del 60%) y es donde fueron encaminadas las distintas medidas de mejora. Resaltar todos los puntos con mayor incumplimiento sobre la anamnesis (rango cumplimiento: 24,4-33,3) y los consejos (rango cumplimiento: 31,1-53,1). Estos datos son similares a la evaluación de NTM del área del año 1999. En la encuesta los datos indican que a pesar de que la puntuación media obtenida fue de 24,13 (DS 13,16) solamente en la dimensión de los aspectos psicosociales la puntuación fue muy baja 3,13 (DS 2,8) en las otras dimensiones el rango osciló de 4,84 a 5,41.

**Conclusiones:** Las actividades a mejorar serán las relacionadas con el seguimiento (Anamnesis y Consejos). Las oportunidades de mejora van encaminadas a todos los aspectos educativos en general, y en particular al aumento de los conocimientos en la dimensión de los aspectos psicosociales realizando las siguientes actividades: 1) Información a los profesionales del EAP. 2) Uso de la hoja del programa. 3) Mejorar el registro en la historia. 4) Realización de sesión auto formativa incidiendo en las Oportunidades de Mejora detectadas. 5) Mejorar la EPS individual a este grupo de mujeres. Se realizaron trípticos que son explicados por el personal sanitario.

## INCORPORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN UNA VÍA CLÍNICA DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD

P-218

Leal-Llopis J, Pérez-López C, Aznar-García MA, Tomás-Bartrina G, Martín-Almendros C, Gómez-Guillermo M, Menchón-Almagro MA  
Hospital Morales Messeguer.

**Palabras clave:** Vía clínica. Neumotórax espontáneo primario. Enfermería. **Objetivos:** Describir los cuidados de enfermería estandarizados en los pacientes incluidos en la Vía Clínica del Neumotórax Espontáneo Primario del Hospital Morales Messeguer.

**Métodos:** La Vía se elaboró en un periodo de 18 meses (2002-2003), participando personal de Enfermería de las unidades de hospitalización y reanimación y facultativos de Cirugía General Digestiva, Anestesia y Radiología. Las fases de la Vía Clínica pasaron por la elaboración, pilotaje, implantación y evaluación. En la 1ª fase, se realizaron reuniones semanales de enfermería y conjuntas con el resto del equipo. Dentro del grupo de enfermería se planteó la necesidad de incorporar nuevas herramientas, además de los clásicos protocolos, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica (VPC) entre las que se encontraban la elaboración de un Plan de Cuidados (PCE), un Informe de Enfermería al Alta estandarizados (IEA), la inclusión de medidas de valoración del dolor así como la elaboración de un nuevo registro para la valoración y control de los pacientes con drenaje torácico así como una guía rápida de control para problemas de control en el drenaje torácico.

**Resultados:** Siguiendo el proceso de normalización de los cuidados y aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, se elaboró un PCE para el paciente con Neumotórax espontáneo primario con los siguientes periodos: fase crítica (reanimación), fase de hospitalización y fase de alta hospitalaria. En segundo lugar, se incorporó a los cuidados estandarizados la valoración del dolor mediante la escala analógica visual de Wong tras comprobar su validez. En tercer lugar, se elaboró un IEA con el fin de asegurar la educación sanitaria del paciente/familia y la continuidad asistencial con Atención Primaria. Por último, se diseñó un registro para la valoración y control de los pacientes con drenaje torácico en el que están representados los siguientes parámetros: débito, aspiración, oscilación, fugas, ordeño, fijación correcta y clampaje. La guía de consulta rápida de los problemas de los drenajes torácicos valora: burbujeo continuo, ausencia de oscilaciones, arrancamiento del tubo, vuelco de la unidad de drenaje e imposibilidad de continuar drenando.

**Conclusiones:** La VPC es un problema constante en las instituciones sanitarias lo que hace imprescindible la utilización de diversas herramientas unidas conjuntamente para lograr su minimización.

#### ADAPTACIÓN DE LA MATRIZ DE LA VÍA CLÍNICA AL ÁMBITO ASISTENCIAL URGENTE

Cortés-Bermejo S, González-Solana I, Leal-Eizaguirre R, Alises-Moraleda JM  
Complejo Hospitalario La Mancha Centro-Ciudad Real.

P-219

**Palabras clave:** Vía Clínica Matriz.

**Objetivos:** Llevar a la práctica clínica en Medicina de Urgencias una herramienta como es la Vía Clínica con el fin de acotar nuestro campo de trabajo, disminuir la variabilidad clínica no deseada, contemplar a todos los intervinientes en el proceso asistencia y tener una herramienta de gestión de calidad.

**Métodos:** Revisión de las Vías Clínicas existentes y de las matrices utilizadas.

Analizar la secuencia temporal universal del paciente dentro de un Área de Urgencias.

Analizar los factores influyentes y los intervinientes del proceso asistencial urgente.

**Resultados:** Diseño de la matriz universal para las Vías clínicas en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias.

**Conclusiones:** Consideramos que una vez diseñada la matriz temporal de la Vía clínica para el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias, dispondremos en este campo de trabajo de una herramienta más con unas posibilidades aún por determinar, tanto desde el punto de vista asistencial como de gestión de calidad.

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Sanado L, Paternain M, Yarritu C, Gordo M  
Hospital Alto Deba.

P-221

**Objetivos:** Mejorar la atención dispensada a los pacientes en la Consulta Externa Hospitalaria. Ampliar la cartera de servicios del personal de enfermería. Mejorar el trabajo en equipo en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

**Métodos:** A lo largo del año 2002 hemos creado en el Hospital Alto Deba la Consulta de Enfermería en Traumatología. Evaluamos en esta comunicación los resultados de la misma. Hacemos un análisis de los contenidos actuales posibles de la consulta de enfermería y de los pacientes que han pasado por dicha consulta. Proponemos nuevos campos de actuación.

**Resultados:** La consulta de enfermería ha ido creciendo progresivamente. Desde no existir, hasta tener una agenda propia. En un primer momento se creó una consulta con las competencias clásicas de realización de curas. En la actualidad se ha ampliado e incardinado con el proceso quirúrgico global. Habiendo disminuido la estancia media en el hospital, la primera visita posquirúrgica en Consulta Externa la hace el personal de enfermería. En ese momento detecta problemas, cura y retira el material de sutura, da información al paciente sobre su proceso y educa sobre actividades que puede realizar, etc. En el caso de existir algún problema, avisa al médico responsable para el diagnóstico y tratamiento de dicho problema. La enfermera actúa de forma autónoma de acuerdo a los Protocolos del Servicio, coordinadamente con el Personal Facultativo. Esto ha mejorado las agendas médicas, homogenizado la atención en la Consulta Externa y mejorado la calidad global del proceso quirúrgico.

**Conclusiones:** La creación de una Consulta de Enfermería en un Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica mejora la atención global del paciente, descarga las agendas médicas, mejora el trabajo en equipo y da un contenido más adecuado al trabajo de enfermería.

#### AHORRO DE SANGRE EN CIRUGÍA PROGRAMADA DE CADERA Y DE RODILLA EN EL HOSPITAL ALTO DEBA

Sanado L, Muñoz C, Quinteiro A, Garrido P  
Hospital Alto Deba.

P-220

**Objetivos:** Disminuir la utilización de la sangre homóloga en las cirugías protésicas de cadera y rodilla, utilizando diferentes métodos de ahorro de sangre: autotransfusión, eritropoyetina, recuperación posquirúrgica y mejora de la técnica quirúrgica.

**Métodos:** Evaluamos los resultados obtenidos con la inclusión de un programa de ahorro de sangre homóloga en nuestro hospital durante el año 2002, comparándolo con lo previamente existente. Hacemos un análisis de los pacientes que entraron y se excluyeron del programa de autotransfusión y las causas que lo motivaron, los niveles de hemoglobina y hematocrito en la analítica previa, las unidades de sangre trasfundidas o recuperadas y el control analítico final. Valoramos también, el número de unidades de sangre autóloga desechadas por no ser necesario su uso. Hacemos un análisis coste-beneficio de todo el proceso.

**Resultados:** La puesta en marcha de un programa global de ahorro de sangre en cirugía programada supuso una menor utilización de recursos de sangre homóloga. Paralelamente hubo una gran demanda de los pacientes para ser incluidos en programas de autotransfusión, siendo considerada, por su parte, una mejora en la calidad del proceso quirúrgico global. Los criterios de exclusión más frecuentes para no entrar en el programa de autotransfusión fueron: comorbilidad asociada, edad y problemas de transporte hasta banco de sangre. Con la utilización global de un programa de ahorro de sangre disminuimos las necesidades de la misma. Ahora en prótesis de rodilla reservamos una unidad y en prótesis de cadera dos unidades.

**Conclusiones:** Un programa global de ahorro de sangre en cirugía programada permite la utilización más racional de los escasos recursos disponibles de la misma. Mejora la calidad percibida del paciente sobre la intervención quirúrgica, haciéndole más participe del proceso. Hace que los propios cirujanos mejoren su práctica clínico-quirúrgica, mejorando la calidad global de dicho proceso.

#### ESTUDIO DE LA VÍA CLÍNICA SOBRE TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CON INFLIXIMAB

González-Crespo MR, Joven B, Almodóvar R, Fernández-Dapica MP, Ruiz-López P, Mateo-Bernardo I  
Hospital 12 de Octubre.

P-222

**Palabras clave:** Vía Clínica. Artritis Reumatoide. Terapias Biológicas.

**Objetivos:** Realizar, implantar y evaluar la vía clínica sobre el tratamiento de las artropatías inflamatorias con infliximab.

**Métodos:** Se realizó e implantó la vía clínica mediante la metodología habitual. Se eligió este proceso por su prevalencia, coste, curso clínico predecible y por la existencia de recomendaciones de la SER para esta terapia. Se evaluaron los resultados de cumplimiento, clínicos (actividad mediante el índice DAS28 (Disease Activity Scale) y capacidad funcional mediante el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire), y de satisfacción.

**Resultados:** La vía clínica consta de 9 documentos: criterios de inclusión, exclusión y alta, matriz temporal, valoración médica y de enfermería, verificación médica y de enfermería, efectos secundarios, herramientas de evaluación clínica, otros indicadores, hoja informativa y cuestionario de satisfacción. Durante 2002 se incluyeron 39 mujeres y 19 hombres que recibían tratamiento con infliximab (37 artritis reumatoide, 11 Espondilitis Anquilosante, 7 psoriasis, 2 Behcet, y 1 paciente con artritis reactiva), con una edad media de 47 años  $\pm$  14, un tiempo medio de evolución hasta el tratamiento de 11 años  $\pm$  7. El 95% de los pacientes rellenaron los cuestionarios de satisfacción. Al inicio el DAS28 fue 6,9  $\pm$  1,8 y el HAQ 1,5  $\pm$  0,7, mejorando ambos parámetros significativamente (DAS final 4,4  $\pm$  1,9,  $p < 0,001$  y HAQ final 1,06  $\pm$  0,7,  $p < 0,001$ ) en una media de 1,6 años de tratamiento. 28 pacientes (46%) sufrieron efectos adversos, 6 de ellos graves (5 infecciones y trombopenia). Dos murieron. En la encuesta de satisfacción el 93% puntuó  $> 9$  la atención recibida (media 9,6 (3-10)), el 83% puntuó  $> 9$  la información recibida (media 9,3 (2-10)) y el 100% ingresaría en el mismo servicio y lo recomendaría. Las sugerencias fueron: instalar una televisión (3 pacientes), mejorar el aire acondicionado en verano (3), aumentar la comodidad de los sillones (2), cambiar el horario (1) y que todo estaba bien (10 pacientes).

**Conclusiones:** La vía clínica en este proceso se puede aplicar en todos los pacientes, disminuye su variabilidad y facilita la evaluación y monitorización sistemática de resultados clínicos de eficacia y seguridad, así como la satisfacción. El DAS28 y el HAQ mejoran significativamente con el tratamiento. En el 10% de los casos se producen efectos adversos graves. Más del 83% de los pacientes estaba muy satisfecho con la atención global recibida. Las sugerencias de los pacientes se refieren a datos no médicos del proceso.

## PROGRAMA DE CALIDAD DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID

P-223

Fernández-Renedo C, Enríquez-Giraud P, Pacheco-Sánchez D, Díez-Díez R, Sánchez-Antolín G  
Hospital de León.

**Palabras clave:** Procesos. Trasplante. Indicadores.

**Objetivos:** El cambio de concepto en la concepción de las organizaciones ha llevado de una perspectiva de orientación funcional a una con perspectiva horizontal, orientada al cliente tanto interno como externo, mediante la gestión por procesos. El inicio de una nueva actividad dentro de un centro hospitalario es una oportunidad única para implantar desde la dirección y la gerencia del Hospital, una estrategia que defina como se realiza esta actividad. El inicio de un programa de trasplantes en el año 2001, se ha concebido como una oportunidad para realizar una gestión de este proceso desde su inicio.

**Métodos:** Con tal fin, antes de iniciarse el programa, se elaboró de forma consensuada entre todos los equipos implicados en el proceso un Libro de Procedimientos, en el que se describen las actividades con exactitud y de acuerdo con la mayor evidencia científica publicada en ese momento, su secuencia, los documentos indispensables, nombrándose un responsable de proceso, y ha definido unos objetivos, teniendo en cuenta las opiniones de los pacientes y de los profesionales intervinientes. Posteriormente, se creó una subcomisión de Calidad, que a partir de lo descrito en dicho libro, ha definido una serie de indicadores de proceso, que abarcan desde la entrada hasta la salida.

**Resultados:** Se ha elaborado un mapa de proceso, en el cual el inicio es la solicitud de entrada en lista de espera, y la salida el alta del paciente. Se ha dividido en cuatro fases: Evaluación y entrada en lista de espera, Detección del órgano a trasplantar (Hígado), Extracción, Transporte e Implante y Postoperatorio. Se ha nombrado un responsable del programa de Calidad, y se han discutido de forma consensuada los apartados en los que se han definido un listado de comprobación y unos indicadores. La metodología de trabajo de ha tomado del Programa de Calidad del Manual de Acreditación de Centros para la extracción de órganos y tejidos de la Organización Nacional de Trasplantes.

**Conclusiones:** Aunque en fase de aceptación por La Comisión de Trasplantes del Hospital, la elaboración del documento ya ha permitido detectar zonas de mejora en el libro de procedimientos. Ha permitido definir algunos indicadores centinela del proceso, que servirán para realizar autoevaluación, y realizar un listado de comprobación que se utilizará en Noviembre para la realización de una auditoría externa.

## MONITORIZACIÓN DE IMPLANTACIÓN PILOTO DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS (PCE), PROCESO: DONANTE DE ÓRGANOS (DO) MANTENIMIENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

P-225

Barcenilla-Román N, Tato-Lobo J y Grupo de Trabajo Elaboración PCE

**Palabras clave:** Monitorización. Plan de cuidados estandarizados. Donante de órganos.

**Objetivos:** 1) Implantar PCE del DO en UCI. 2) Homogeneizar Cuidados de Enfermería.

**Métodos:** Durante el año 2002 se elaboró el PCE del DO por el grupo de trabajo de elaboración de PCE del Hospital de León. Posteriormente fué consensuado por la Unidad, y aprobado por el Coordinador de Trasplantes.

En enero de 2003, se diseña un cronograma de implantación que incluye: Implantación piloto, corrección y análisis de mejora, e implantación definitiva.

Se comienza con la actividad difusión del PCE entre los profesionales implicados, mediante la asistencia a cursos de formación y reuniones informativas.

Previamente a la implantación se diseñó el sistema de monitorización.

**Resultados:** 1) Se establecen Criterios, Indicadores tipo tasa y Estándares, de inicio, seguimiento y final del proceso.

2) Se asignan responsabilidades en la recogida de datos.

3) Se define el tipo de estudio y su periodicidad.

**Conclusiones:** La monitorización de implantación piloto del PCE del DO en UCI, es un paso necesario en un proceso de Calidad, para conocer la extensión, utilidad, así como defectos y limitaciones del Plan.

El análisis de resultados nos permite realizar las correcciones oportunas para poder llevar a cabo la implantación definitiva.

## REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE: "TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DOLOR POR ARTROSIS DE RODILLA"

P-224

Candia B, Sobrido P, Porta A, Lema C y Grupo Artrosis CHUJC

**Palabras clave:** Dolor artrosis rodilla.

**Objetivos:** 1) Definir las recomendaciones para el tratamiento farmacológico del dolor por reagudización en artrosis de rodilla. 2) Revisar la documentación científica con los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia con el fin de establecer recomendaciones generalizables para la orientación del Tratamiento desde la Atención Primaria a la Atención especializada.

**Métodos:** Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales de Atención Primaria y de Atención especializada y con expertos en revisión de la evidencia científica. Se desarrolló la estrategia de búsqueda y se procedió a la síntesis de la evidencia una vez estructurada la información en Matrices de evidencia. Se establecieron las recomendaciones en función de los niveles de evidencia científica según los artículos revisados, y finalmente, en aquellos casos en que la evidencia no resultaba concluyente se procedió al consenso del grupo y a la presentación de las decisiones a los profesionales del área.

**Resultados:** Se elaboró un documento basado en la evidencia científica que permite su aplicación en Atención Primaria y Atención Especializada. Se presenta en forma de diagrama de flujo, con todas las posibles precauciones y alternativas terapéuticas. Se establecen las pautas de tratamiento farmacológico según el nivel de asistencia, reflejando los Signos de Alarma que son indicadores de derivación urgente al especialista.

**Conclusiones:** La metodología de revisión sistemática es una herramienta muy útil para el consenso de los profesionales. La presentación de una estrategia de búsqueda, la selección y definición de unos criterios de inclusión y exclusión de artículos, con la presentación de Tablas de Evidencia, si bien inicialmente puede suponer una dificultad metodológica se va transformando en un método manejable e interpretable por el clínico y que debería estar integrado como parte de su formación académica, constituyendo así la Gestión del conocimiento, una de las estrategias más a nuestro alcance para la reducción de la variabilidad de la práctica clínica.

## PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA CREACIÓN DE UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA COMO APOYO A LA GESTIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

P-226

Rodríguez de la Serna A, de Llobet-Zubiaga JM, Moreno M, Corominas H, Barbero N, Vazquez-Mata G

**Palabras clave:** Hospital de día. Reumatología. Gestión.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de un Hospital de Día de Reumatología, dentro de un hospital de día multidisciplinar.

**Métodos:** Se establecen los Programas Asistenciales (PA) del hospital de día, y las guías de derivación que incluye criterios de inclusión y exclusión. Los PA incluyen: 1) Hospital de día de visita rápida en patología osteoarticular; 2) Programa de tratamientos locales; 3) Programa de tratamientos por vía endovenosa; 4) Programa de tratamiento del dolor osteoarticular resistente.

**Resultados:** El Hospital de día de visita rápida en patología osteoarticular se realiza tres veces a la semana, con una dedicación de 15 horas médico/semana. No tiene lista de espera; la asistencia es en el día hasta una demora máxima de 48 horas (fines de semana). Absorbe pacientes de asistencia primaria, urgencias y otras áreas hospitalarias. El promedio de asistencia es de 35 pacientes/semana. Las patologías más prevalentes son: artritis agudas y lumbalgias. El Programa de tratamientos locales se realiza dos veces a la semana, con una dedicación de 10 horas médico/semana. Incluye lavados articulares e infiltraciones. Absorbe pacientes de asistencia primaria especializada en reumatología y de la Unidad de Reumatología. El promedio de asistencia es de 30 pacientes/semana. Las patologías más prevalentes son: artritis/artrosis; partes blandas y hombro doloroso. El Programa de tratamientos endovenosos se realiza con ingreso en el hospital de día. Se realiza directamente por enfermería según ordenes médicas de protocolos establecidos. El promedio de asistencia es de 10 pacientes/semana. Las enfermedades más prevalentes son: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, lupus eritematoso generalizado, esclerodermia y vasculitis. El Programa de tratamiento del dolor osteoarticular resistente incluye tratamiento con opiáceos. La asistencia de pacientes es irregular y se incluye dentro del horario de algunos de los Programas previos.

**Conclusiones:** La optimización de recursos médicos del hospital de día de reumatología ha permitido eliminar listas de espera, con respuesta adecuada en tiempo y eficacia. La inclusión dentro de un hospital de día multidisciplinar ha permitido optimizar recursos, con un mejor costo-eficacia sobre la asistencia en condiciones habituales.



**INFORMATIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

Boullosa-Rivas O, Segade-Díaz C, López-Villar P, Giráldez-Miranda M

**P-227**

**Palabras clave:** Esterilización. Trazabilidad. Informática.

**Objetivos:** Obtener una herramienta útil y práctica que proporcione seguridad y exhaustivo control del material y de los procesos realizados y que permita conocer en cada momento el estado y la ubicación del instrumental.

**Métodos:** Diseño de un menú informático específico, que se maneja a través de pantallas digitales y PC, lo que facilita a los profesionales del servicio su utilización en los distintos puntos de control (lavado de material, zona de autoclaves, etc), así como un sistema de etiquetas con doble adhesivo para impresión de los procesos realizados.

**Resultados:** -Control del material, conociendo en todo momento el estado y la ubicación.

-Control de calidad de los procesos, pudiendo saber en el momento deseado el comportamiento de cualquiera de los autoclaves, los ciclos realizados, averías, fallos en los programas, etc.

**Conclusiones:** La implantación del sistema informático ha mejorado el control y la calidad de los procesos realizados en la Central de Esterilización; este es un eje importante para el control de las infecciones intrahospitalarias y en definitiva de la Calidad de los cuidados a nuestros pacientes.

**DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECOGIDA DE SEMEN PARA ESTUDIO DE FERTILIDAD EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE**

Cháfer M, Domínguez JP, Navarro L, Fuster O, Juncos MA, Quintanilla ML

**P-229**

**Palabras clave:** Protocolo. Encuesta. Especialidades.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue evaluar el grado de difusión de nuestro protocolo de recogida de semen para valoración de fertilidad, basado en las recomendaciones de la OMS 99. Al mismo tiempo, tratamos de localizar aquellos Servicios en los que fuese necesario insistir en la entrega de dicho protocolo a los pacientes en el momento de la solicitud del espermograma.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta a los varones a los que se les iba a realizar un espermograma para estudio de fertilidad. Para ello, al cuestionario de calidad de recogida de la muestra que se entrega habitualmente, se le añadieron 5 preguntas en relación a la información que recibieron con respecto a las condiciones preanalíticas a seguir. En el momento de entregar el semen, se solicitó a los pacientes que lo cumplimentaran, pudiendo consultar las dudas que tuvieran. Los cuestionarios eran anónimos y se programó un sistema para mantener la confidencialidad de los datos.

**Resultados:** Desde enero de 2002 a mayo de 2003 se cumplimentaron 335 cuestionarios, de los cuales, el 69% procedían de Ginecología, 16% de Urología, 15% de Atención Primaria y < 1% de otros Servicios. Constatamos que el 76% de los pacientes habían recibido nuestro protocolo de recogida de semen y el 93% habían recibido, al menos, instrucciones verbales preanalíticas. Sin embargo al 17% no se le había entregado nuestro protocolo y el 12% ni siquiera tuvo unas mínimas instrucciones verbales (el resto de los pacientes no respondió a estas preguntas). En el análisis por Servicios, el 95% de los pacientes de Ginecología, el 76% de los de Atención Primaria y el 71% de los de Urología recibieron, como mínimo, instrucciones verbales.

**Conclusiones:** Un importante número de pacientes no recibe todavía el protocolo de recogida de semen, a pesar de que éste fue difundido convenientemente entre los correspondientes especialistas. Además, el porcentaje de pacientes a los que se entrega el protocolo varía significativamente entre las diferentes especialidades implicadas. Si establecemos como mínimo de calidad que el 90% de nuestros pacientes debe tener unas recomendaciones preanalíticas básicas, debemos insistir a los correspondientes especialistas sobre la importancia de entregar el protocolo de recogida de semen para valoración de fertilidad.

**ORGANIZACIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DE CALIDAD DE UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Virgos MJ, Alonso M, Cano E, Noval A, Sandoval MJ, San Cristóbal E

Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**P-228**

**Palabras clave:** Gestión por procesos. Cuidados paliativos. Atención hospitalaria.

**Objetivos:** El objetivo del trabajo ha sido la organización de los cuidados paliativos en pacientes que precisan ingreso hospitalario, según la metodología de calidad.

**Métodos:** El proceso fue elaborado por un equipo interdisciplinar (médicos, psicóloga, ATS, trabajadora social, auxiliar de enfermería y coordinador de calidad), a lo largo de 12 reuniones de trabajo. Se describieron las actividades, dificultades, necesidades y posibilidades de mejora en cada parte del proceso. Se utilizaron, entre otras, técnicas de tormenta de ideas y diagramas de Osikawa para la posterior Priorización de problemas.

**Resultados:** Como puntos mas relevantes se identificaron los clientes: pacientes oncológicos en fase terminal y sus familiares; expectativas: mejorar la calidad de vida y el confort a los pacientes y apoyo a los familiares durante el proceso; misión: atención integral de pacientes oncológicos en los que se haya descartado tratamiento curativo y precisen cuidados paliativos hospitalarios, remitidos del área sanitaria IV; el inicio del proceso: momento en el que se nos solicita la valoración del paciente desde atención primaria (pacientes que están en el domicilio) o atención especializada (para pacientes ingresados en el HCA), final del proceso: cuando el paciente es dado de alta hospitalaria (por estabilización clínica o fallecimiento), y se concluye la atención al duelo por nuestra parte; actividades: valoración de la solicitud, ingreso en su caso, valoración integral multidisciplinar, detección y Priorización de problemas, elaboración de plan terapéutico, prevención de complicaciones, preparación del alta y atención al duelo. Se han considerado los siguientes indicadores: pacientes que ingresan desde urgencias y desde domicilio, pacientes que fallecen durante las primeras 24 horas de ingreso y pacientes y/o familias que precisan intervención de psicóloga o trabajadoras sociales. Como oportunidades de mejora se han establecido: completar los protocolos médicos, mejorar las alternativas en problemas sociosanitarios, conseguir un programa informático para los indicadores, formación del personal, atención del propio equipo, organizar un grupo de bioética, mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales y facilitar los ingresos desde el domicilio.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de este proceso nos ha permitido optimizar nuestro trabajo diario, e iniciar el desarrollo de algunas de las oportunidades de mejora detectadas (se ha constituido un grupo de trabajo en bioética, y se está elaborando un proceso global de cuidados paliativos del área IV con la participación de atención primaria y especializada).

**ANÁLISIS DE COX EN CÁNCERES DE COLON Y RECTO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Cantero-Caballero M, Jiménez-Muñoz AB, Bellón-Cano JM, Hernández-Fernández T, Vigil-Escribano D, Rodríguez-Pérez P

Hospital Universitario Gregorio Marañón.

**P-230**

**Palabras clave:** Cáncer Colorrectal Supervivencia.

**Objetivos:** Estudiar la supervivencia del cáncer colorrectal tratado en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid y determinar qué variables se relacionan con una mayor supervivencia.

**Métodos:** Estudio observacional de una cohorte única y dinámica con datos obtenidos del registro hospitalario a 31 de julio de 2002.

**Resultados:** Se estudiaron 1.383 sujetos, que entraron en el registro entre 01/01/1994 y 31/12/1999. Fueron seguidos por término medio durante 33,5 meses (IC95% 32,2-34,7); mediana 67,7 meses. La probabilidad acumulada de sobrevivir a los 5 años fue de 48,1 (IC95% 44,7-51,4). La supervivencia a los 5 años según el estadio tumoral: local 67,54% (IC95% 63,0-72,1), regional 34,5% (IC95% 28,8-40,2%) y diseminado 0%. La influencia de las variables estudiadas se observa en la tabla siguiente:

	OR	Crudo IC 95%	Ajustado por OR	Extensión Tumoral IC 95%
<b>Sexo</b>				
Hombres	1		1	
Mujeres	0,898	(0,764-1,055)	0,878	(0,747-1,033)
<b>Edad</b>				
Menor 45	0,576*	(0,368-0,900)	0,495*	(0,316-0,774)
45-74	0,629*	(0,532-0,743)	0,616*	(0,521-0,728)
Mayor 75	1		1	
<b>Localización Tumoral</b>				
Colon	1		1	
Recto	0,851*	(0,722-1,003)	0,833	(0,749-1,041)
<b>Extensión Tumoral</b>				
Local	1		1	
Regional	2,771*	(2,293-3,350)		
Diseminado	11,170*	(8,925-13,981)		
<b>Tumor primario múltiple</b>				
No	1		1	
Sí	1,925*	(1,374-2,697)	1,571*	(1,120-2,203)
<b>1er Tratamiento</b>				
Cirugía	1		1	
Radioterapia	0,758	(0,524-1,097)	0,834	(0,576-1,208)
Quimioterapia	1,983*	(1,377-2,855)	1,005	(0,684-1,477)
Paliativos	8,270*	(6,395-10,695)	2,507*	(1,835-3,425)

**Conclusiones:** El registro del hospital recoge la gran mayoría de los sujetos diagnosticado de cáncer colorrectal en nuestra área sanitaria, sin embargo, no podemos olvidar que se trata de un registro hospitalario y no de un registro poblacional. Las cifras de supervivencia encontradas en nuestro estudio resultan satisfactorias en relación a las encontradas en otros registros europeos y españoles. Cantabria 42,4%, Cataluña 59% en mujeres y 57% en hombres, Florencia 37,9%, Modena 43%.

## PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA DE ESPAÑA

González JA, Peaguda C, Amado C

P-231

**Palabras clave:** Circulación Extracorpórea. Perfusion. Perfusionista. **Objetivos:** La Circulación Extracorpórea (CEC), es una técnica que consiste en sustituir, la función cardiaca y/o pulmonar, con una máquina, que realiza entre otras la función corazón-pulmón.

El manejo de esta máquina es realizado por los perfusionistas, que son Diplomados en Enfermería, cuyo trabajo específico consiste en proporcionar los cuidados asistenciales necesarios, para mantener y controlar una adecuada oxigenación y perfusión, a los diferentes tejidos y órganos. Existe un proyecto en España, desarrollado desde la Comisión de Calidad de la Asociación Española de Perfusionistas (AEP), que pretende el desarrollo de unos estándares de práctica de perfusión a nivel nacional y un programa de control de calidad e incidentes, durante los procesos de Circulación Extracorpórea.

**Métodos:** En principio, la junta directiva de la Asociación Española de Perfusionistas crea una Comisión de Calidad. Se desarrolla, la creación de un proyecto de estandarización y protocolización, y, además, se avanza un poco más, con la definición de un programa de control de calidad y un registro de incidentes en perfusión, así como, la acreditación de unidades de Circulación Extracorpórea. Para su implantación, es necesario una información y formación previa a todos los perfusionistas de España.

**Resultados:** Hasta ahora, se llevan impartidas charlas en tres zonas geográficas: zona Norte, zona Sur, y zona Centro. Faltan la zona de Cataluña y la de Levante. Que son las cinco zonas, de formación continuada, en que tiene dividido España, la AEP. Se observó un gran interés por el proyecto, por parte de los perfusionistas asistentes. Pero será necesario, completar la información en todas las zonas y realizar una encuesta para conocer la aceptación y participación en este proyecto.

**Conclusiones:** El desarrollo e implantación de un programa de calidad en perfusión, creemos que puede ayudar a reducir, la morbilidad relacionada con la Circulación Extracorpórea.

## IMPACTO CLÍNICO ASISTENCIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE CÁNCER DE PULMÓN.

Teijeiro F, Bartol J, Martínez R, Ceballos C, Herrando C, Vicente LE

Hospital Universitario de Salamanca.

P-232

**Palabras clave:** Vía. Cáncer. Pulmón.

**Objetivos:** Análisis analítico y descriptivo de los indicadores del estudio de supervivencia de los pacientes con criterios diagnósticos de sospecha de cáncer de pulmón incluidos en la vía clínica posterior a la implantación de la misma en el Hospital Universitario de Salamanca.

**Métodos:** Estudio aleatorio, retrospectivo de los casos consecutivos con criterios diagnósticos de sospecha de cáncer de pulmón en el período: enero, 2000 -diciembre-2002. Las variables recogidas retrospectivamente han sido: fecha de nacimiento, fecha de sospecha diagnóstica, fecha de diagnóstico, intervención (terapéutica y/o quirúrgica), alta hospitalaria y fecha de última revisión; procedimientos de diagnóstico por imagen y anatomía patológica, complicaciones y tiempo medio de resolución diagnóstica y análisis de supervivencia.

**Resultados:** Se aprecia un tiempo medio de diagnóstico eficaz de cáncer de pulmón inferior significativamente antes y después de la implantación de la vía. Del estudio de supervivencia (meses) se aprecian diferencias significativas estadísticamente (curva de supervivencia, ROC) en meses de vida, entre los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón previo y posterior a la implantación de la vía.

**Conclusiones:** La implantación de la vía clínica de diagnóstico de cáncer de pulmón es eficaz. Los pacientes con criterios diagnósticos de sospecha de cáncer de pulmón incluidos en la misma (posterior a la implantación) se han beneficiado de un menor tiempo de espera para su confirmación diagnóstica y posterior tratamiento. La mayor resolución diagnóstica implica una tendencia positiva en sus resultados de salud.

## GESTIÓN DE PROCESOS EN DOS BIBLIOTECAS HOSPITALARIAS

Martínez-Hervás I, Grifol-Clar E

P-233

**Palabras clave:** Gestión de procesos, bibliotecas hospitalarias, bibliotecas médicas, bibliotecas de ciencias de la salud.

**Objetivo:** definir el mapa de procesos de dos bibliotecas hospitalarias de la CAM, desarrollando y evaluando el proceso *búsqueda bibliográfica*.

**Métodos:** Diseño del mapa de procesos; definición del proceso objeto de estudio y de su flujograma; definición de criterios; indicadores para evaluar el proceso y su nivel de variabilidad.

**Resultados:** Debido a la falta de un modelo de estándar de calidad para las bibliotecas hospitalarias en España, se propone realizar éste en 2 años, después de analizar los indicadores propuestos. Los indicadores de rendimiento se han estructurado en grupos, según se establezcan las relaciones entre inversión, producción, uso real y uso potencial de los aspectos a medir del proceso. Indicadores de rendimiento: servicio de búsqueda bibliográfica: 1) Indicadores de rendimiento operacional: a) nº de búsquedas realizadas en un año. b) nº de búsquedas realizadas en un año por las áreas asistenciales solicitantes. c) nº de búsquedas realizadas en el año anterior sobre el nº de búsquedas realizadas en el año en curso. 2) Indicadores de eficacia: a) nº de búsquedas realizadas con éxito por el nº total de búsquedas realizadas. b) nº de días transcurridos desde que se realiza la petición hasta que se entregan los resultados por el nº de búsquedas realizadas. c) nº de búsquedas en bases de datos extranjeras frente al nº de búsquedas en bases de datos nacionales. d) nº de búsquedas realizadas en medline frente al nº de búsquedas realizadas en EBM. 3) Indicadores de impacto: a) nº de búsquedas solicitadas por correo electrónico frente al nº de búsquedas solicitadas de manera presencial. b) nº de usuarios que utilizan el servicio por el nº total de usuarios potenciales.

## PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS COMO PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Lillo-Tejeda P, Carrascosa-Martínez V

P-234

**Palabras clave:** Enfermería. Cuidados estandarizados.

**Objetivos:** Implantar una metodología de cuidados de enfermería con un lenguaje enfermero común a todos los profesionales, para así mejorar los cuidados enfermeros que se les proporcionan a todos los pacientes hospitalizados. Evaluar la calidad de la actividad de Enfermería en el hospital.

**Métodos:** Establecimos el siguiente plan de acción: 1) Plan de Formación en Metodología de Cuidados Enfermeros. 2) Creación de grupo de enfermeros expertos en metodología enfermera. 3) Creación de grupo de formadores. 4) Creación de comisión de Planes de Cuidados. 5) Elaboración de Planes de Cuidados. 6) Elaboración de indicadores de calidad.

**Resultados:** Curso de Metodología de Cuidados para Supervisoras de 80 Horas en el mes de Marzo 2002. Curso Calidad de los cuidados para Supervisoras de 40 horas en abril 2002. 4 Cursos de Metodología de Cuidados para Enfermeras de Hospitalización de 80 horas cada uno en los meses de abril y mayo 2002. Realización de dos Jornadas Informativas de Hospital con experiencia en abril y mayo 2002. Creación de Grupo de expertos, asesor a todas las unidades en la elaboración de los Planes de Cuidados. Creación del Grupo de formadores, que impartirá los cursos en el año 2003. Elaboración de un total de 22 Planes de Cuidados. Creación de la Comisión de Planes de Cuidados, encargada de asesorar y validar los Planes de Cuidados elaborados. Validación de los Planes de Cuidados. La implantación de los Planes de Cuidados se realizara en septiembre de 2003.

**Conclusiones:** A la vista de los resultados afirmamos que: La estandarización de cuidados incorpora al proceso asistencial sanitario su valor añadido, homogeneizando las actuaciones, estableciendo un lenguaje y metodología común entre las enfermeras, además de ayudar a eliminar deficiencias y contribuir en la satisfacción de las necesidades de nuestros pacientes, lo que supone una mejora de la Calidad Percibida. La participación en la elaboración de la Herramienta de trabajo para la práctica de la profesión crea un alto grado de satisfacción en el personal, lo que supone una mejora de la Calidad para el cliente interno.

## VALORACIÓN DEL D-DÍMERO COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Espejo E, Artieda P, Caballero P, Frieria A, Roldán J, Suárez C

P-235

**Palabras clave:** D-Dímero tromboembolismo pulmonar.

**Objetivos:** Con este estudio pretendemos: 1) Determinar si los valores de D-Dímero plasmático en pacientes con sospecha clínica de TEP son útiles como factor predictivo negativo. 2) En caso de que así sea, diseñar un protocolo diagnóstico para la racionalización de las técnicas de imagen.

**Métodos:** En el Grupo de trabajo permanente sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), se diseñó un protocolo en que además de la estratificación clínica, se solicitaba en primera extracción el D-dímero (t. ELFA), considerándose negativos resultados inferiores a 0,5 ng/ml, se estudiaron 214 pacientes con sospecha clínica de TEP, correspondientes a enfermos en los que se sospechó la enfermedad durante el periodo del estudio. Como pruebas de imagen confirmatorias se utilizaron la gammagrafía pulmonar, el TAC helicoidal y arteriografía pulmonar.

**Resultados:** Se estudiaron 214 pacientes con sospecha clínica de TEP, el 45,3% eran mujeres y 54,7% hombres. El 31,7% de bajo riesgo, el 51,8% de medio y el 16,5% se consideraron de alto riesgo. En relación con los resultados del D-dímero, presentaron valores inferiores o iguales a 0,5 ng/ml, 41 pacientes (19%), de ellos solo en 2 se realizó diagnóstico de TEP por técnicas de imagen. Con valores entre 0,5 y 1 ng/ml se encontraron 40. Valores superiores a 1 ng/ml se obtuvieron en 133 pacientes (62,3%). De acuerdo con esto, para un punto de corte de 0,5 ng/ml, la sensibilidad es de 98,24%, la especificidad de 27,38%, el valor predictivo positivo del 32,94% y el valor predictivo negativo del 97,72%. Si el punto de corte es de 1,0 ng/ml, la sensibilidad sería de 95%, y el valor predictivo negativo de 94%. Estos datos nos han permitido rediseñar el protocolo diagnóstico de TEP, colocando la determinación de D-dímero como primer factor de decisión para descartar el diagnóstico si menor 0,5 ng/ml.

**Conclusiones:** 1) La determinación D-dímero, utilizando punto de corte 0,5 ng, tiene sensibilidad y valor predictivo negativo superior o igual a otras técnicas diagnósticas (TAC h.VPN 97,6), lo cual permite su utilización como screening para descartar TEP. 2) Por las mismas razones el d-dímero se puede incluir en el protocolo diagnóstico del TEP del hospital.

## ANÁLISIS DE REINGRESOS EN PARTO

Zavala-Aizpurua E, Portillo-Villares I, Díez-Itza I, Larraz-Soravilla JJ

Hospital Donostia

P-237

**Objetivo:** 1) Describir el comportamiento de los reingresos hospitalarios producidos de 0-30 días tras alta por parto vaginal o cesárea. 2) Conocer las causas que motivaron el reingreso y determinar su adecuación.

**Método:** Estudio: descriptivo retrospectivo. **Población y muestra:** Todos los pacientes que reingresan en 2002 entre 0 y 30 días del alta incluidos en GRD: 370 - cesárea con CC, 371 - cesárea SCC, 372 - parto con CC, 373 - parto SCC. **Variables:** Identificación, ingreso y falta, edad, diagnóstico principal, GRD, motivos y servicios de ingreso, episiotomía, adecuación de reingreso (según AEP y opinión de experto). Se utilizan las bases de datos hospitalarias para la obtención de datos, y se revisa la historia clínica con el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) SPSS. **Análisis de datos:** Descriptivo - comparación de proporciones  $\chi^2$  y test de correlación (kappa).

### Resultados:

GRD	Nº partos	EM	Reingresos 30 días
373	2127	2,74	27 (1,27%)
372	1032	3,33	18 (1,74%)
371	613	1,31	8 (1,31%)
370	45	7,82	1 (2,2%)
Total	3817	353	1,41%

Edad: 32,05. EM 1er ingreso: 3,35. EM 2º ingreso: 3,58. El Reingreso se produjo a los 9,91 días. De los 57 ingresos, 47 (82%) lo hicieron en Ginecología y 10 (18%) en otros servicios con diagnósticos no relacionados directamente con el parto. De los 47 pacientes que ingresaron en Ginecología, el 21% fueron CST, 25 % partos instrumentales y el 53% espontáneos resultando la diferencia estadísticamente significativa cuando la comparamos con la distribución del total de los partos. ( $p < 0,05$ ). El % de episiotomías: 86% no difiere significativamente del total partos vaginales. Las causas que motivaron el reingreso se agrupan en los GRD's 376 y 377/377. El 42,5 % reingresaron por metrorragias realizándose un legrado, el 8,5 % mastitis, 8,5 % relacionadas con herida (quirúrgica o episiotomía), 36 % fiebre (infecciones orina u otras).

**Adecuación ingreso:** El 70-75% son ingresos adecuados.

	Adecuado	Inadecuado	Dudoso
AEP	35 (74%)	12 (25%)	0
Experto	32 (68,1%)	13 (27,6%)	2 (4,2%)

Correlación K=

**Conclusiones:** 1) Los reingresos hospitalarios parecen relacionados con el procedimiento obstétrico, siendo más altos en cesáreas y partos instrumentales. 2) Las causas de reingresos son debidas fundamentalmente a complicaciones infecciosas y hemorrágicas. 3) El 25-30 % de los reingresos fueron inadecuados ya que podían haberse resuelto en otro nivel de atención. 4) La monitorización de los GRD 376 y 377 puede ser interesante para monitorizar la atención en el parto.

## IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA CORPORACIÓN SANITARIA A TRAVÉS DE LA CERTIFICACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO 900:2000

Pérez Boillos MJ, Letona J, Sánchez E, Audicana A, Gutiérrez F, San Martín A

P-236

**Palabras clave:** Gestión por Procesos, ISO

**Objetivos:** El compromiso con los principios de la calidad total en nuestra organización lleva asociado la implantación de la gestión por procesos. Se plantea así un proyecto cuyo objetivo es la implantación y despliegue de la gestión por procesos en determinados procesos de los centros de atención especializada de Osakidetza, utilizando como herramienta la norma ISO 9001:2000. El segundo objetivo es la capacitación del personal y el desarrollo de una metodología de autoimplantación, que permita la extensión posterior a otros procesos.

**Métodos:** Partiendo del mapa de procesos de un hospital tipo, se planificó en esta primera fase la implantación de los requisitos de la norma en los procesos de apoyo, de modo que se consiguiese un núcleo inicial sólido de gestión por procesos. La certificación de estos procesos a través de la implantación de un "Sistema de Gestión de la Calidad" (SGC), coordinado desde la Dirección del centro mediante un proceso estratégico denominado Planificación y Mejora continua, permite establecer la base sobre la que se sustente posteriormente la gestión de la calidad de los procesos operativos o asistenciales.

**Resultados:** En el proyecto han participado el 100% de los hospitales de Osakidetza (18/18). Se han certificado ya 26 procesos, estando pendientes de auditoría externa a lo largo del año 2003, 56 procesos. Han recibido formación básica sobre la norma un total de 90 profesionales y formación avanzada 28 personas con responsabilidad en el SGC de los centros. Como consecuencia de la implantación de la norma, se ha formado a 88 profesionales sanitarios en la metodología de auditorías internas. Se está elaborando una guía de autoimplantación del SGC basada en la Norma ISO 9001:2000.

**Conclusiones:** Se ha consolidado la metodología de gestión por procesos y se ha desarrollado un núcleo del SGC en todos los centros. Se ha conseguido capacitar a un número significativo de profesionales lo que permitirá la extensión del sistema a un coste razonable. Se ha alcanzado una elevada implicación de todos los profesionales participantes en el proyecto. El sistema de gestión de la calidad implantado está siendo certificado por una tercera parte independiente, lo que garantiza su objetividad.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Rodríguez S, Franco A

P-238

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de este proceso a partir de la utilización de distintos indicadores.

**Método:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Se evaluaron cuatro protocolos de vigilancia de la salud del Servicio de Prevención del Hospital de Cabueñes: Control Biológico (CB), Manipulación de cargas (MC), Pantallas de Visualización de Datos (PV) y Posturas Forzadas (PF). Para evaluar la adecuación de la práctica a cada uno de ellos se seleccionó aleatoriamente una muestra de 50 profesionales vigilados durante el año 2002. Se evaluó la calidad de la Vigilancia de la Salud a través de los siguientes indicadores: Adecuación de la norma (1.- % de ítems de la norma del Consejo Interterritorial presentes en cada protocolo); Cobertura (2.- % de profesionales susceptibles de ser vigilados que lo han sido durante el año 2002); Adecuación a la norma (3.A- % de cumplimiento de cada ítem; 3.B.- % de ítems con cumplimentación superior al 95%); Satisfacción (4.- nº de quejas de los profesionales del SPRL respecto a cada protocolo); Efectividad (5.- Número de intervenciones implantadas a nivel individual y colectivo por cada 100 personas vigiladas); Costes (6.- Euros por desarrollo de cada protocolo).

### Resultados:

	CB	MC	PVD	PF
Indicador 1	96%	92%	94%	93%
Indicador 2	40,5%	79,4%	48,2%	66,7%
Indicador 3.B	100%	70,83%	81,82%	95,83%
Indicador 4				
Medicina	4	2	8	10
Enfermería	3	8	10	12
Indicador 5	6,28	2,6	1,54	2,33
Individuales	12,55	12,99	12,31	12,79
Grupo				
Indicador 6				
Por Protocolo	71	7,51	5,31	10,21

**Conclusiones:** Los protocolos utilizados por el SPRL son adecuados, siendo susceptible de mejora la cumplimentación de algunos ítems y la cobertura de la vigilancia.



Suquía E, Argaya J, Díez L, Merino M, San Vicente J,  
De la Cuesta P.

**Objetivo:** Abordar la gestión de un proceso clínico en su globalidad, desde que el paciente tiene el primer contacto con nuestro sistema sanitario hasta el alta definitiva, con el fin de: 1) Disminuir la variabilidad de actuaciones de todas las personas que intervienen en el proceso en todos los niveles: Atención Primaria, Urgencias extrahospitalaria, Urgencia hospitalaria y Hospitalización). 2) Aumentar la coordinación y efectividad entre las actuaciones de los diferentes niveles asistenciales.

**Método:** Gestión del Proceso: A) *Estabilización del proceso:* Identificación del proceso. Definición funcional del proceso. Definición de límites inicial, final e intermedios del proceso. Definir actividades, ejecutores y destinatarios. Definir expectativas de destinatarios. Definir características de Calidad de Actividades. Definir recursos necesarios para ejecutar con características de calidad definidas. Diseñar indicadores. B) *Implantación:* Fase Piloto: En un Área Sanitaria determinada "Gipuzkoa Este". C) *Evaluación:* De fase piloto. D) *Ajuste.* E) Difusión / Formación / Implantación definitiva.

**Resultados:** La evaluación de la fase piloto se realiza en Junio del 2003, por lo que podrán presentarse resultados de los siguientes indicadores: 1) Para subproceso Atención Primaria y Urgencia extrahospitalaria: *De implantación:* % de pacientes derivados con folios específicos. *De resultado:* % de concordancia de valoración escala P/R. % de adecuación de solicitudes de Pruebas de Esfuerzo. 2) Para subproceso de Urgencia hospitalaria: % concordancia valoración escala P/R. % adecuación de solicitudes de Pruebas de Esfuerzo. 3) Para subproceso hospitalización: % I. alta "adecuados" remitidos a Atención Primaria.

**Conclusiones:** 1) Los procesos clínicos que tienen una gran variabilidad intrínseca, también son susceptibles de estabilización. 2) La Gestión de Procesos es una herramienta muy adecuada para la coordinación interniveles. 3) *De Resultado:* Se podrían aportar en octubre.

## TEMA 6-I

# Aprendizaje, innovación y mejora continua

Losada R, Pedreira I, Posta A, López B, Gutiérrez JM, Corbal V,  
Martínez-Bugallo A, Martín I  
Hospital Juan Canalejo.

**Palabras clave:** Albúmina. Intervención farmacéutica.

**Objetivos:** La albúmina es un medicamento de amplia utilización con una repercusión económica importante en el presupuesto hospitalario. En estudios previos se ha constatado un inadecuado uso por sobreutilización. Se realiza la medición del impacto económico de un programa de protocolización e intervención farmacéutica en el uso de la albúmina.

**Métodos:** A través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica y en coordinación con los servicios clínicos de mayor consumo, desde septiembre 2002 se establecen unas recomendaciones de la utilización de soluciones cristaloides, coloides no proteicos y albúmina, plasmadas en un impreso cuyo anverso sirve para la solicitud del medicamento y en cuyo reverso se especifican las indicaciones recomendadas. En este impreso se recogen los datos del facultativo y Unidad Clínica, datos identificativos del paciente, diagnóstico y cifra de albúmina y proteínas totales, indicación de utilización y régimen posológico. Para complementar esta medida se lleva a cabo una intervención farmacéutica, consultando con el médico si la prescripción se ajusta al protocolo establecido en cuanto a indicación, dosis y duración del tratamiento.

**Resultados:** El consumo de albúmina se mantiene constante durante los primeros meses del año 2002 y a partir de la implementación de las recomendaciones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica e intervención farmacéutica directa se observa una reducción del 39% en el consumo de albúmina comparado con los meses previos. Las intervenciones farmacéuticas más frecuentes fueron la suspensión de la albúmina en casos donde no estaba indicada, pudiendo estabilizarse los valores de albúmina con nutrición artificial, y la suspensión de la albúmina cuando se realizaba el seguimiento de prescripciones ya iniciadas y los valores de albúmina y proteínas totales se habían recuperado. Esto supone un ahorro económico mensual de 1.692 €. Por Unidades Clínicas la reducción del consumo fue UCI 68,8%, Cirugía General 59,9%, Digestivo 54,4% y Reanimación 24,5%.

**Conclusiones:** El establecimiento de recomendaciones de uso de albúmina por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica e intervención farmacéutica ha demostrado ser eficaz en la optimización de la utilización de albúmina.

## SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN HOSPITALES DEL INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD

P-241

Valentín B, Codesido M, Zaballos A, Guerra J  
*Instituto Madrileño de la Salud.*

**Palabras clave:** Infección nosocomial. Sistemas de vigilancia epidemiológica.

**Objetivos:** Conocer y describir las características de los sistemas de vigilancia y control de la IN en los hospitales del Instituto Madrileño de la Salud (IMS).

**Métodos:** El IMS elaboró una encuesta a partir de la revisión de la literatura científica. Consta de 34 preguntas distribuidas en tres apartados: 1) Recursos dedicados a la vigilancia (personal, tipo de dedicación); 2) Características y metodología empleada (estudios de incidencia/prevalencia; servicios estudiados; Pacientes en seguimiento; factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos; indicadores de instrumentación y medidas de riesgo; fuentes de información y participación en programas multicéntricos); 3) Actividades para prevenir y controlar la IN (notificación de resultados; formación continuada; elaboración de guías de prevención y control de la IN).

**Resultados:** Participaron 22 hospitales (cobertura: 96%). Un 77% de los centros realiza estudios tanto de incidencia como de prevalencia; un 18% sólo estudios de incidencia y un 5% sólo estudios de prevalencia. Medicina Preventiva es el principal responsable de la vigilancia de la IN (68%); y en colaboración con otros servicios (14%). Otros servicios responsables son Microbiología (9%) e Medicina Intensiva (9%). Las áreas de vigilancia en los estudios de incidencia son: cuidados intensivos (76%); servicios quirúrgicos (86%) y servicios médicos (47%). Las fuentes de información más utilizadas son: revisión de la HC (91%); cultivos microbiológicos (86%) y visita al paciente en planta (62%). La presentación de resultados estratificados según riesgo intrínseco y extrínseco oscila entre un 67% y un 79% dependiendo de los procedimientos. La notificación a los servicios de los resultados y la realización de propuestas de mejora se realiza en un 82%, el análisis de la evolución de las tasa de IN se efectúa en un 64% y más del 50% de los centros tienen guías de prevención de IN y realizan formación continuada.

**Conclusiones:** El conocimiento de la situación actual de la vigilancia epidemiológica de la infección nosocomial es fundamental para un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, y para la puesta en marcha de propuestas de mejora adaptadas a cada centro, con metodología e indicadores homogéneos que permitan un adecuado control de la misma.

## SONDAJE VESICAL Y SUS COMPLICACIONES EN UN HOSPITAL DE DISTRITO DE 234 CAMAS

P-243

Hidalgo E, Mata E, García M

**Palabras clave:** Sondaje vesical. Vigilancia.

**Objetivos:** Determinar las indicaciones del sondaje vesical, su duración y la incidencia de complicaciones infecciosas asociadas, en un hospital de distrito de 234 camas con el fin de establecer recomendaciones.

**Métodos:** Estudio de tipo prospectivo. Se realizó vigilancia diaria durante el año 2002 de todos los pacientes sondados en el hospital excluyendo el servicio de Urología. Todas las sondas utilizadas fueron de sistema cerrado. Se establecieron 4 grupos de pacientes sondados: 1) Por intervención quirúrgica (SQ). 2) Para control de diuresis médica (SCD). 3) Por retención (SR) 4) Por incontinencia (SI).

Se adoptaron los criterios de infección de los CDC. Se determinaron indicadores de densidad de incidencia e incidencia acumulada y se compararon los resultados obtenidos con los del estudio NNIS y el EPINE.

**Resultados:** En 2002 se realizaron 583 sondajes respecto a 5.202 ingresos (11,2%). Atendiendo a la totalidad de pacientes, de los 2.831 ingresos en servicios quirúrgicos 364 (12,8%) requirieron sondaje vesical, siendo 219 (9,2%) los pacientes sondados de los 2.371 ingresos en servicios médicos. Las indicaciones de sondaje entre los 583 realizados fueron: por intervención quirúrgica 364 (62,4%), para control de diuresis 175 (30%), por retención 42 (7,2%) y por incontinencia 2 (0,3%). Los días totales de sondaje fueron 1.936. La duración media global fue 3,3 días: 2,4 en SQ, 4,7 en SCD, 4,6 en SR y 13 en SI. Se diagnosticaron 48 infecciones urinarias (ITU) (9 en SQ, 33 en SCD, 6 en SR y 0 en SI) y 3 casos de sepsis por SCD, 1 de ellos éxitus. La incidencia acumulada de ITU por 100 sondajes fue 8,2% (2,4% SQ, 19% SCD, 14% SR) y la densidad de incidencia fue 24,7 por 1.000 días de sondaje (10% SQ, 39,6% SCD, 31% SR).

**Conclusiones:** El sondaje para control de diuresis por indicación médica presenta los peores resultados por su elevado número de complicaciones infecciosas y su prolongada duración. Recomendamos disminuir en lo posible los días de sondaje y profilaxis con una dosis de amoxicilina-clavulánico a la retirada de la sonda.

## IMPACTO DE UN GRUPO DE TRABAJO SOBRE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

P-242

Galí J, Puig C, Andréu C, Carrasco G y Grupo de Trabajo de Dolor Agudo Postoperatorio  
*Hospital de Barcelona.*

**Palabras clave:** Dolor agudo postoperatorio.

**Objetivos:** Implantar uso de la escala visual analógica (EVA) como constante de medición periódica. Estudio para medir con la EVA el dolor referido por los pacientes. Encuesta de satisfacción a estos pacientes sobre el tratamiento recibido y encuesta a las enfermeras y a los pacientes para conocer su percepción sobre la utilidad del uso de la EVA. Protocolo de analgesia consensuado. Nuevo estudio para ver la efectividad del nuevo protocolo.

**Material y métodos:** Confección de un modelo manual de EVA (escala 0-100). Implantación de un algoritmo de actuación. Con File maker registro de variables: diagnóstico, tratamiento, datos anestésicos, dolor referido por el paciente, análisis farmacológico, satisfacción del usuario y encuesta de valoración del uso de la EVA a enfermeras y pacientes. Realización de un estudio prospectivo y aleatorio. Inclusión de pacientes de cirugía ortopédica y traumatología (COT), cirugía general y digestiva (CGD) y ginecología y obstetricia (GOB). Exclusión < 16 años y nivel de conciencia que no permitiera entender las explicaciones. Elaboración de un protocolo consensuado de analgesia postoperatoria.

**Resultados:** Inclusión de 376 pacientes con una edad media de 52,1 ± 17,6 años (122 COT, 127 CGD y 114 GOB). Media de la EVA máxima registrada 46 puntos. Dolor moderado y severo (EVA 41-100) en 51,8% de los pacientes. Registros de EVA máxima al tercer día postoperatorio en 7,4% pacientes de la serie total llegando al 14,4 en GOB. Registros máximos de EVA distribuidos por patologías en COT, y máximos de EVA en CGD en laparotomía suprainfraumbilical, en Mc Burney y en complicaciones. Máximos de EVA en GOB en cirugía de ovario. 16,7% de partos vaginales registran dolor severo (EVA > 71) y 61,9 de cesáreas registran EVA > 41. Mayor dolor severo en anestesia general. Si prescripción farmacológica incorrecta > porcentaje de dolor severo. Satisfacción global de los pacientes por el tratamiento buena empeorando en el grupo de pacientes con dolor severo. Satisfacción por parte de enfermería por el uso de la EVA regular mientras que muy buena por parte de los pacientes.

**Conclusiones:** Gran incidencia de dolor incluso en patologías menores. Satisfacción del paciente buena, a pesar del dolor pues en la cultura colectiva es normal tener dolor en el postoperatorio y esto enlaza con la calidad esperada. Valoración por parte de enfermería regular. Pendientes de implantar el protocolo de analgesia y realizar la reevaluación. No conflicto de intereses.

## EVOLUCIÓN DE LOS GRDS EN MAYORES DE 90 AÑOS ENTRE 1994-2001 EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P-244

Martí J, Bereciartúa JM, Eito J, Elosua M, Oliver A  
*Hospital de Zumárraga.*

**Objetivos:** Analizar la evolución de los puntos GRDs en pacientes mayores de 90 años.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los GRDs de 9.904 pacientes ingresados en el Sº de Medicina Interna del Hospital de Zumárraga desde 1994 hasta 2001, abarcando una población de 90.000 habitantes.

**Resultados:** De los 9.904 pacientes ingresados, 443 GRDs corresponden a 294 pacientes > 90 años lo cual representa 1,5 ingresos por paciente. 185 mujeres frente a 109 hombres. Edad media = 92,5. Estancia media de 6,8 días, con mortalidad del 38%, siendo la media de mortalidad del Servicio de 8,9%. El aumento de GRD lo atribuimos a la presencia de factores de comorbilidad, ya que las causas que justifican los ingresos fué similar entre los pacientes nonagenarios y el resto de los pacientes ingresados. Se adjunta una tabla.

**Conclusiones:** El aumento de la población anciana mayor de 90 años hace que debamos prepararnos para un aumento del coste hospitalario, por lo que creemos que se deberían potenciar medidas como la hospitalización a domicilio para disminuir no solo los costes hospitalarios directos sino los indirectos que representan el gasto familiar en la atención de sus mayores, o bien hacer promoción de las asistencias en residencias asistidas cuyos costes son significativamente menores que los de los hospitales de agudos.

**PLAN DE MEJORA SALA DE CURAS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO SANT JOAN DE DEU. FUNDACIÓN ALTHAIA. 1999-2002**

Sarró M, Duarri D, Martín T

**P-245**

**Palabras clave:** Calidad. Consulta enfermería. Autonomía.

**Objetivos:** Conocer el desarrollo y evolución del Plan de Mejora, conocer el rol autónomo y delegado de la enfermera, conocer los resultados de Calidad y propuestas de mejora 2003.

**Métodos:** A partir de la práctica diaria delegada, el equipo de enfermería se planteó aspectos como la saturación de visitas, los costes de las curas, la autonomía profesional y la multidisciplinariedad. Gracias al Programa de Calidad del Hospital, se constituyó el grupo de mejora y se monitorizaron anualmente los indicadores de calidad. En el año 1999 se definieron las funciones autónomas y las delegadas de la enfermera de sala de curas, se creó la consulta de enfermería y se definieron los indicadores de calidad de estructura y de proceso. Desde el año 2000 hasta la actualidad se han implantado acciones de mejora y se ha rediseñado los indicadores y los estándares en función de los resultados obtenidos.

**Resultados:** Los resultados de los indicadores durante el período 1999-2000 fueron bajos en relación al estándar por la dificultad para disponer de la H. Clínica y la obtura del curso clínico para poder registrar las curas. Como mejora se dotó al equipo PCs para acceder a la H. Clínica informatizada y se formó a los profesionales en su manejo. Posteriormente, se diseñaron indicadores de proceso relacionados con el registro correcto de las curas realizadas, los resultados del registro osciló de un 68,5% en 1999 a un 82,9% en 2002.

**Conclusiones:** El programa de Calidad ha facilitado la gestión de mejoras a partir de los resultados asistenciales y ha potenciado el rol autónomo de la enfermera y se ha consensuado el rol delegado. Como propuestas de mejora para el año 2003 hemos replanteado los estándares de registro de las curas, la mejora del cierre del proceso cuando el enfermo es dado de alta de sala de curas y la elaboración del informe de alta en enfermos que requieren continuidad a otros dispositivos.

**CALIDAD DE LOS VOLANTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A MEDICINA INTERNA Y RESPUESTA A LOS MISMOS EN UN AÑO**

Elosua M, Eito JJ, Martí J, Antón E, Oliver A

**P-247**

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de los volantes de derivación de Atención Primaria al Sº de Medicina Interna en el período 2002 para obtener áreas de mejora y fomentar la interrelación entre "Primaria" y "Especialidades".

**Métodos:** Se obtiene un tamaño muestral representativo de todos los volantes recibidos durante el año 2002. Se estudian los parámetros de calidad establecidos en una tabla de access. Se evalúan los resultados en un informe y se computan las respuestas del Sº de Medicina Interna a la Atención Primaria. Se termina el trabajo con reuniones informativas de los resultados con su análisis de causas y se establecen áreas de mejora consensuadas.

**Resultados:** Se obtienen porcentajes de cumplimiento de calidad en el 90% de las variables que miden la burocracia del volante. Sin embargo, el cumplimiento de las características de calidad en lo referente a exploración, pruebas complementarias y medicación administrada no sobrepasa el 45%. La respuesta de Medicina Interna a Primaria es inferior al 40% en el seguimiento de tratamientos y en cambio, superior al 90% al alta del servicio. Las áreas de mejora están en fase de desarrollo.

**Conclusiones:** La interrelación entre Medicina Interna y Atención Primaria no es todavía la adecuada para el correcto control de nuestros pacientes y este tipo de estudios, siempre que sean de mutuo acuerdo, son útiles para el establecimiento de mejoras en los resultados y sobre todo en la comunicación entre estas dos áreas de la Medicina.

**REVISIÓN DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA A PARTIR DE LAS VARIABLES DEL CMBD EN UN HOSPITAL COMARCAL**

Navarro R, Sicras A, Galobart A

**P-246**

**Palabras clave:** Mortalidad hospitalaria. Hospital comarcal.

**Objetivos:** Conocer las variables que se asocian a la mortalidad para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo del total de pacientes fallecidos que estuvieron ingresados en 2002, a excepción de las defunciones de urgencias.

**Resultados:** De 6.437 altas del año 2002 encontramos 259 defunciones (4,02%). La estancia media (EM) fue de 10,38 días. En los servicios médicos 2.470 altas y 222 defunciones (8,98%), en cirugía y especialidades 2.879 altas y 30 defunciones (1,04%) y en COT 1.088 altas con 7 defunciones (0,64%). Por sexos hay 117 hombres (77,7 años) 142 mujeres (82,5 años) y la EM es de 10,69 para los hombres y de 10,12 para las mujeres. Los GRDs médicos (67% de episodios) de los éxitos en los hombres son los siguientes: patología pulmonar crónica (18) EM 7,78 y 78,3 años; neoplasias respiratorias (16) EM 5,88 y 68,4 años; AVCs (10) EM 10,5 y 79,8 años; patología respiratoria aguda (14) EM 10,5 y 80,5 años; neoplasias malignas digestivas y hepatobiliares (10) EM 9,5 y 72,0 años y insuficiencia cardiaca (5) EM 11,8 y 85,2 años. Los GRDs médicos (56,9% de los episodios) de los éxitos en las mujeres son: insuficiencia cardiaca (15) con EM 7,4 y 86,9 años; AVCs (11) EM 16,3 y 85,3 años; patología pulmonar crónica (10) con EM de 26,0 y 84,5 años; infecciones urinarias (9) EM 6,2 y 86,6 años; neoplasias malignas digestivas (9) EM 5,7 y 69,7 años; patología respiratoria aguda (12) EM 11,0 y 85,6 años; neoplasias respiratorias (4) EM 6,75 y 68,5 años y el infarto agudo de miocardio (4) EM 5,0 y 81,3 años.

**Conclusiones:** -La BNCO es la primera causa de muerte en los varones, con una edad media de 78,3 años. La IC es la primera causa de fallecimiento en las mujeres con una edad media de 86,9 años. La EM de las mujeres en la patología pulmonar crónica es de 26 días y la de los varones de 7,8 días. La estancia media de las mujeres en AVCs es de 16,3 días y la de los varones de 10,5 días.

**EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE RADÍOLOGOS EN LA LECTURA DE MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO**

Molins-Leonart E, Ferrer-Masip F, Macià-Guilà F, Maristany-Daunert T, Riu-Camps M, Castells-Oliveres X

**P-248**

**Palabras clave:** Mamografía. Cribado. Concordancia.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar la variabilidad en la lectura de la mamografía de cribado mediante la concordancia entre radiólogos en cada categoría del sistema descriptivo de clasificación BI-RADS.

**Métodos:** Veintiocho radiólogos de Cataluña leyeron una muestra aleatoria estratificada de 150 mamografías de mujeres de 50 a 69 años participantes en un programa de cribado de cáncer de mama. Las mamografías fueron seleccionadas de acuerdo con unos criterios mínimos de calidad y la proporción de cánceres fue sobremuestrada. Las mujeres elegidas habían participado en, al menos, dos rondas consecutivas con el propósito de verificar el resultado en las mamografías negativas. La concordancia entre los radiólogos en la lectura de mamografías fue evaluada mediante estadísticos Kappa.

Las categorías de clasificación BI-RADS, ordenadas de menor a mayor valor predictivo positivo son: negativo o benigno (BI-RADS I o II); probablemente benigno (BI-RADS III); necesidad de evaluación con imágenes adicionales (BI-RADS O); probablemente maligno (BI-RADS IV); altamente sugestivo de malignidad (BI-RADS V).

**Resultados:** Se obtuvo una concordancia global deficiente ( $k = 0,34$ ) debido, en parte, a la casi nula concordancia en el BI-RADS O ( $k = 0,08$ ), a pesar de que las concordancias en los BI-RADS I-II ( $k = 0,47$ ) y BI-RADS V ( $k = 0,45$ ) eran buenas.

La concordancia global entre la población de mujeres con cáncer es deficiente ( $k = 0,22$ ), de nuevo, debido al BI-RADS O ( $k = 0,15$ ) y al BI-RADS III ( $k = 0,05$ ). Sin embargo, existe una buena concordancia ( $k = 0,39$ ) en el BI-RADS V. De entre la población de mujeres sin cáncer, la concordancia global fue deficiente ( $k = 0,31$ ) aunque con una buena concordancia en el BI-RADS I-II ( $k = 0,43$ ).

**Conclusiones:** La concordancia entre radiólogos utilizando el sistema BI-RADS no es óptima, en especial por lo que se refiere a las categorías más ambiguas: BI-RADS O y III. En espera de otros estudios que confirmen dichos hallazgos, cabría recomendar a los radiólogos un uso moderado de las categorías III y O en aras de mejorar la calidad del proceso diagnóstico.



## RESULTADOS DEL GRUPO DE MEJORA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS NEFROLÓGICOS

P-249

Salcés-Sáez E, Carmona-Valiente MC, del Campo-Romero MC, Fernández-Montero JJ, Fernández-García JL, García-Palacios R, Ramírez-Rodríguez A

**Palabras clave:** Enfermería. Consenso. Taxonomías.

**Objetivos:** 1) Identificar a través del consenso, los diagnósticos enfermeros en la Unidad, así como los criterios de resultados, indicadores e intervenciones. 2) Elaboración de una guía de cuidados de la población con IRC de la Unidad de Cuidados Nefrológicos.

**Métodos:** Se presenta un estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal con las siguientes fases secuenciales. 1) Revisión bibliográfica. 2) Planificación estratégica. 3) Identificación de profesionales claves. 4) Formación de grupo de expertos. 5) Realización de técnicas grupales: panel de expertos. 6) Diseño y elaboración de la guía de cuidados.

**Resultados:** 1) Realización de 7 sesiones de panel de expertos en un periodo de 7 meses. 2) Identificación de los diagnósticos incidentes de la población renal con IRC de la Unidad de Cuidados Nefrológicos del Hospital Universitario Puerto Real. 3) Identificación de las interrelaciones existentes entre los diagnósticos, indicadores, criterios de resultados e intervenciones de la población a estudio. 4) Diseño y elaboración de la guía de cuidados nefrológicos.

**Conclusiones:** 1) La incorporación de las técnicas grupales posibilita la dinámica del consenso en las relaciones interprofesionales. 2) El uso de la guía de cuidados, facilita a los profesionales la incorporación del lenguaje enfermero y por tanto, la comunicación. 3) La guía de cuidados diseñada, permite garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados.

## IMPLANTACIÓN DE GUÍA DE NORMAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA FRENTE A CASO SOSPECHOSO O PROBABLE DE SARS

P-251

Hita AF, López ML, García MG, Parra MA, Alarcón MI  
Hospital Santa Bárbara.

**Objetivos:** Elaborar GPC Protección Respiratoria. Implantar la Guía para caso sospechoso o probable de SARS en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano. Criterios de evaluación, árbol de decisiones y diagramas de flujo ante el ingreso en el Hospital de un caso sospechoso o probable de SARS.

**Métodos:** En el hospital Santa Bárbara se abre un periodo desde el 31/1/03 hasta el 25/3/03 para la elaboración de GPC, con un grupo de mejora formado por dirección, enfermeras, médicos y no sanitarios, mediante Medicina Basada en la Evidencia; se implanta con fecha 26/3/03 con la colaboración de Calidad y Preventiva, liderazgo de la dirección, implicación de servicios médicos y enfermería, se difunde con comunicación interna y grupos de trabajo. Se elaboran los criterios de evaluación, árbol de decisiones y diagrama de flujo en el uso de protectores respiratorios ante la aparición de un caso sospechoso o probable de SARS.

**Resultados:** *Estándares:* Alcance 60% (Servicios de Urgencias, Medicina Interna, Pediatría, Reanimación, Radiología, Mantenimiento y Celadores). Participación 50% (Enfermeras, médicos, celadores, dirección). Aplicabilidad (por valorar). Training 95%. Se observa resistencia al cambio en el uso tradicional en el Hospital de mascarillas quirúrgicas por los respiradores.

**Conclusiones:** Aplicar los costes por unidades de responsabilidad para dinamizar las decisiones en el proceso de actividades. Es necesario el liderazgo de la dirección para superar los obstáculos en los puntos críticos. La importancia de una unidad de coordinación para encauzar el proceso ante un caso sospechoso o probable de SARS.

## PROYECTO VELIA: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lajo T, Cabeza de Vaca-Molina F, García de Casasola-Sánchez E

P-250

**Palabras clave:** Seguridad. Vía Clínica. AMFE.

**Objetivos:** La seguridad clínica es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere un conjunto de iniciativas que afectan a todo el sistema en la que intervienen la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno, y la gestión del riesgo. La estimación de la probabilidad de evento adverso, la formación del personal sanitario, y la definición, análisis, detección, comunicación y cuantificación de sucesos por servicio clínico son algunos aspectos fundamentales en la reducción de prácticas no seguras.

**Métodos:** Herramienta informática de aplicación en centros sanitarios que, además de curso de formación para médicos y enfermeras sobre seguridad para el paciente en hospitales, constituye un estándar de estimación y caracterización de la incertidumbre de los resultados asistenciales basados en la seguridad del paciente y la aplicación de vías clínicas e indicadores para el análisis y toma de decisiones. Emplea modelos matemáticos de análisis y propagación de incertidumbre.

**Resultados:** Se incorpora la herramienta de Análisis Modal de Fallo Error (AMFE) a la gestión de los procesos de seguridad del paciente de manera que permite: 1) Gestión de la información para el análisis y toma de decisiones y la comunicación entre los órganos competentes y los profesionales para la disminución de la variabilidad de resultado y planificación de servicios. 2) Incorporación de estándares de seguridad, confidencialidad y tecnologías de la información basadas en encriptación y firma electrónica. 3) Empleo de aplicación informática de uso simplificado para la adaptación inmediata a la complejidad de la organización. 4) Desarrollo de las funciones de simulación de interacción de índice de variación de resultado no deseado en procesos hospitalarios y su correlación respecto al coste.

**Conclusiones:** Creemos necesario conseguir la vinculación de estándares de la gestión de la seguridad con los principios de excelencia y mejora continua en hospitales para las diferentes estructuras de responsabilidad (desde Enfermería a Gerencia). Se presenta una herramienta de gran utilidad para los diferentes agentes del sistema: pacientes, órganos de gobierno y administraciones (planificación mediante el ahorro de costes asociados a eventos adversos e información para la toma de decisiones), profesionales (formación sobre prácticas seguras en entorno no punitivo), y compradores de servicios (herramienta para control de resultados y benchmarking).

## CORRECCIÓN DE ERRORES EN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LEGIONELOSIS HOSPITALARIA

P-252

Hita AF, Aguirre J, Hervás M  
Hospital Santa Bárbara.

**Objetivos:** Cumplir la normativa sobre legionelosis del RD 909/2001.

Establecer correctamente las operaciones en el Libro de Registro de mantenimiento. Puesta en marcha de las medidas ante la aparición de caso de legionelosis en el hospital.

**Métodos:** En el periodo entre 1/1/03 y 31/5/03, se establece un sistema de registro operaciones de mantenimiento para prevención de la legionelosis en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano por la Unidad de Preventiva y Calidad: Revisiones, Temperaturas, Limpieza y desinfección y controles fisicoquímicos y microbiológicos del agua; las actividades se realizan por Empresa de Servicios de Mantenimiento. Ante la detección de un caso de legionelosis se pone en marcha un dispositivo de alerta. Se evalúa la eficacia de las operaciones y dispositivo de alerta según los criterios de la normativa de RD 909/2001.

**Resultados:** Chequeo de red de agua sanitaria caliente y fría: puntos terminales de duchas y grifos 100%, depósitos de agua caliente 100%, registros de temperatura 80%, limpieza y desinfección de torres 100%. Limpieza y desinfección de equipos de terapia respiratoria hospitalaria 100%. Analítica de agua de red: *legionella pneumophila* serogrupos 1, 2, 3, 4. Se ha detectado, en el periodo, un caso aislado de legionelosis en el hospital del serogrupo 1, pero de un serotipo distinto del serogrupo aislado en el agua. Se ponen en marcha las actuaciones ante un caso único de legionelosis, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 11 de RD 909/2001.

**Conclusiones:** 1) El Hospital Santa Bárbara de Puertollano cumple la normativa de RD 909/2001 por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. 2) El caso aislado de legionelosis que se ha detectado, se debe probablemente a las medidas preventivas utilizadas por el paciente en el ámbito hospitalario.

Martín PL, Pérez-Holanda S, Tácto V. Suárez  
Hospital del Oriente de Asturias.

**Palabras clave:** Errores. Unidosis.

**Objetivos:** Analizar las causas de no administración de medicación en un hospital comarcal con sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMU).

**Métodos:** Se analizó la medicación devuelta en los carros de unidosis durante 8 días sin aplicar la medida correctora y durante otros 8 días aplicando la medida correctora. Se registraron el total de dispensaciones y devoluciones durante esos dos periodos. Con el análisis de las devoluciones se clasificaron en dos grupos: devoluciones justificadas (medicación, si precisa, medicación de ingresos del día y medicación de altas del día) y devoluciones no justificadas (el resto).

**Resultados:** El número de dispensaciones durante el periodo sin la medida correctora fue de 5.975 y el número de devoluciones 1.298 (se devuelven el 21,7% de las dispensaciones), las devoluciones sin justificar fueron 463 (7,7% del total de dispensaciones). Durante los 8 días aplicando la medida correctora, el número de dispensaciones fue de 6.108 de las cuales devolvieron 972 (15,9%), las devoluciones no justificadas fueron 220 (3,6%). Así pues, revisando los listados de farmacia con los cuadernos de enfermería antes de la distribución de la medicación por el S. de Farmacia el porcentaje de devoluciones totales disminuye en un 27% y si evaluamos las devoluciones no justificadas disminuye en un 53%.

**Conclusiones:** La revisión de los listados de unidosis de farmacia con los cuadernos de medicación es una buena medida correctora para minimizar la medicación devuelta al S. de Farmacia y evitar errores de medicación relacionados con la dispensación.

## TEMA 6-II

# Infecciones nosocomiales

Iturburu IM, Latorre M, Taibo M, Gómez J, Arias S, Méndez JJ  
Hospital de Basurto.

**Palabras clave:** Anciano. Infección quirúrgica. Germen.

**Objetivos:** Reconocer las particularidades microbiológicas de las infecciones quirúrgicas en mayores de 65 años. Determinar los microorganismos principales responsables de las mismas. Establecer las diferencias cuanti-cualitativas con las del resto de la población.

**Métodos:** En los últimos 4 años se han intervenido un total de 4.700 pacientes, 3.199 (68,1%) menores de 65 años y 1.501 (31,9%) mayores de 65 años. Fueron analizados los datos demográficos de los pacientes, la cirugía realizada y las características del procedimiento quirúrgico. Se remitieron para estudio microbiológico 3.419 muestras. El espectro microbiológico responsable de la infección se comparó entre ambas poblaciones empleando el estadístico chi-cuadrado.

**Resultados:** Los pacientes de más de 65 años evidenciaron modificaciones cuanti y cualitativas en el patrón microbiológico. Se objetivaron diferencias al comparar la microbiología previa a la intervención ( $p = 0,015$ ), donde predominaron las enterobacterias y cocos grampositivos; y sobre todo en las cirugías contaminada y sucia ( $p < 0,0001$ ), con claro incremento de enterobacterias, cocos grampositivos y hongos, mientras que en enfermos  $< 65$  años existía un predominio de bacilos gramnegativos anaerobios. Se expondrán en Tablas.

**Conclusiones:** Las enterobacterias, los cocos grampositivos aerobios y los hongos, constituyeron los microorganismos más significativos en la infección quirúrgica del paciente de edad, lo cual condiciona una adecuación de la antibióticoterapia en el mismo. La presencia de levaduras adquirió especial relevancia en este grupo de pacientes.

Este estudio se ha realizado con un Proyecto de Investigación aprobado y financiado por la Universidad del País Vasco.

## GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE EL AISLAMIENTO PREVENTIVO DE PACIENTES PROCEDENTES DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Calsina M, Vaqué M, Martínez-Montauti J, Sierra M  
Hospital de Barcelona.

P-255

**Palabras clave:** *Staphylococcus Aureus* resistente a la Meticilina.

**Objetivos:** Instaurar un algoritmo de actuación a los pacientes procedentes de residencias geriátricas para la detección precoz y aislamiento de posibles portadores de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). Realizar un estudio de incidencia de SARM en estos pacientes.

**Métodos:** Elaboración e implantación de un algoritmo de actuación (aislamiento preventivo, frotis nasal y de úlceras exudativas). Estudio observacional y prospectivo. Inclusión de los pacientes procedentes de residencias geriátricas que precisan de ingreso hospitalario entre 1/7/2001 y 31/3/2003. Criterios de inclusión: ingreso hospitalario y procedencia de residencia geriátrica. Criterios de exclusión: negativa al estudio microbiológico propuesto. Registro de datos mediante programa informático Filemaker Pro 5.0.

**Resultados:** Inclusión de 368 pacientes con una edad media de  $84,1 \pm 9,3$  años. No exclusión de pacientes. Grupo formado por 253 mujeres (68,7%) y 115 hombres (31,2%). Frotis nasal realizado a 360 pacientes con un 16,1% de positivos a SARM (58 pacientes). Realizados 21 frotis de úlceras por presión exudativas siendo los cultivos positivos a SARM en 11 pacientes (52,4%). Realizados 17 frotis en otras localizaciones (orina, herida quirúrgica y esputo) con un 58,8% de positivos a SARM. Muestra total de 71 pacientes (19,3%) con algún cultivo positivo a SARM. Cultivo positivo nosocomial propia en dos casos, comunitaria en 4 casos y nosocomial procedente de residencias geriátricas en 65 casos (91,5% del total de pacientes con cultivos positivos). La media de días de duración del aislamiento cutáneo fue de  $4,4 \pm 3,6$  días. El tiempo comprendido entre la solicitud del cultivo del frotis nasal y la obtención del resultado del mismo fue de 3,2 días. De todos estos pacientes, y hasta la finalización del estudio, se registraron 96 episodios de reingreso hospitalario por diversos motivos.

**Conclusiones:** En nuestra serie el 19,3% de los pacientes procedentes de residencias geriátricas presentaron cultivos positivos a SARM. De estos, en el 91,5% de los casos, la contaminación era importada de la residencia geriátrica. No conflicto de intereses.

## PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN FÚNGICA NOSOCOMIAL ANTE LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO HOSPITAL

Gurguí M, Puig M, Barrio JL, Sánchez F, Cotura A, Roig C, Coll P, Vázquez G  
Hospital Sant Pau.

P-257

**Palabras clave:** Infección. Hongos. Nosocomial.

**Objetivos:** Ante el riesgo de infecciones nosocomiales en relación con obras hospitalarias, sobre todo de brotes epidémicos por hongos filamentosos, en nuestro centro que actualmente se halla ante la construcción de un nuevo edificio, se estableció un programa de prevención y control de la infección nosocomial basado en la creación de una comisión de prevención de riesgos, establecimiento de normas estructurales de prevención y circuitos y medidas de control, y el seguimiento clínico-epidemiológico de la infección nosocomial tanto global como de etiología fúngica. Con el objetivo básico de mantener la tasa de infección nosocomial e impedir la aparición de brotes epidémicos.

**Métodos:** Nuestro Centro es un hospital de tercer nivel con 650 camas de ingreso y hospitales de día, que atiende enfermos de diferentes especialidades incluidas hemato-oncología con una media de 217.865 ingresos anuales, y dispone de programas de trasplante de órganos sólidos, precurosos y médula ósea. Actualmente se construye un nuevo edificio, manteniendo la actividad asistencial en el área adyacente. Se ha realizado un seguimiento epidemiológico de pacientes con criterios clínicos, radiológicos o anatomopatológicos de infección fúngica o aislamiento microbiológico de hongos filamentosos. Los criterios y definiciones de la infección nosocomial se han basado en los del CDC.

**Resultados:** Desde primeros de enero de 2001 a 30 de abril de 2003, se han controlado 70 pacientes, 51 de ellos varones, con edad media de  $63,7 \pm 16,6$  años. La patología de base predominante ha sido la respiratoria (32 casos) y la onco-hematológica (23). De los 55 casos con aislamiento microbiológico destaca el género *Aspergillus* (50 casos), sobre todo *A. fumigatus* (39). En 27 enfermos el origen fue nosocomial durante el mismo ingreso y en 16, relacionable con ingresos previos, considerando tanto infecciones como colonizaciones. Han fallecido 18 pacientes (7 debido a la infección fúngica). No se ha detectado ningún brote epidémico.

**Conclusiones:** 1) No se ha objetivado un incremento de casos esporádicos de infecciones nosocomiales por hongos filamentosos respecto a controles previos a las obras. 2) No se han detectado brotes epidémicos. 3) El equipo que realiza el seguimiento epidemiológico es el mismo que dirige y controla las medidas de prevención, lo que permite adecuar los recursos. 4) Las medidas de prevención adoptadas han sido eficaces para evitar el riesgo de infecciones fúngicas en relación con las obras del nuevo hospital.

## SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN HOSPITALES DEL INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD

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

P-256

**Palabras clave:** Infección nosocomial. Sistemas de vigilancia epidemiológica.

**Objetivos:** El siguiente estudio nos permitirá conocer y describir las características de los sistemas de vigilancia y control de la IN en los hospitales del Instituto Madrileño de la Salud (IMS).

**Métodos:** El IMS elaboró una encuesta a partir de la revisión de la literatura científica. Consta de 34 preguntas distribuidas en tres apartados: Recursos dedicados a la vigilancia (personal, tipo de dedicación); Características y metodología empleada (estudios de incidencia/prevalencia; servicios estudiados; pacientes en seguimiento; factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos; indicadores de instrumentación y medidas de riesgo; fuentes de información y participación en programas multicéntricos); Actividades para prevenir y controlar la IN (notificación de resultados; formación continuada; elaboración de guías de prevención y control de la IN).

**Resultados:** Participaron 22 hospitales (cobertura: 96%). Un 77% de los centros realiza estudios tanto de incidencia como de prevalencia; un 18% sólo estudios de incidencia y un 5% sólo estudios de prevalencia. Medicina Preventiva es el principal responsable de la vigilancia de la IN (68%); y en colaboración con otros servicios (14%). Otros servicios responsables son Microbiología (9%) e Medicina Intensiva (9%). Las áreas de vigilancia en los estudios de incidencia son: cuidados intensivos (76%); servicios quirúrgicos (86%) y servicios médicos (47%). Las fuentes de información más utilizadas son: revisión de la HC (91%); cultivos microbiológicos (86%) y visita al paciente en planta (62%). La presentación de resultados estratificados según riesgo intrínseco y extrínseco oscila entre un 67% y un 79% dependiendo de los procedimientos. La notificación a los servicios de los resultados y la realización de propuestas de mejora se realiza en un 82%, el análisis de la evolución de las tasa de IN se efectúa en un 64% y más del 50% de los centros tienen guías de prevención de IN y realizan formación continuada.

**Conclusiones:** El conocimiento de la situación actual de la vigilancia epidemiológica de la infección nosocomial es fundamental para un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, y para la puesta en marcha de propuestas de mejora adaptadas a cada centro, con metodología e indicadores homogéneos que permitan un adecuado control de la misma.

## BROTE NOSOCOMIAL DE INFECCIÓN POR *BLASTOSCHIZOMYCES CAPITATUS* SECUNDARIO A LA CONTAMINACIÓN DE LA LECHE

Gurguí M, Sanchez F, Barrio J, Roig C, Galvez MI, Martino R, March F, Coll P  
Hospital Sant Pau.

P-258

**Palabras clave:** Brote nosocomial. *B. Capitatus*.

**Objetivos:** En julio de 2002, 4 pacientes neutropénicos ingresados en la sala de Hematología Clínica presentaron una infección por *B. Capitatus*. Ante la sospecha de un brote nosocomial por dicho hongo, se realizó una encuesta epidemiológica cuyos resultados se presentan.

**Métodos:** Se investigaron las relaciones epidemiológicas entre los pacientes y se efectuaron cultivos de muestras de aire, superficies inanimadas, alimentos, hemoderivados, quimioterápicos, y coprocultivos de todos los pacientes ingresados en la unidad. Las cepas de *B. Capitatus* aisladas se compararon molecularmente utilizando cuatro marcadores distintos.

**Resultados:** *B. Capitatus* se aisló de 3 hemocultivos de un paciente con leucemia aguda, de 12 hemocultivos de otro paciente con *leucemia eritroide* y de muestras orofaríngeas de 2 pacientes neutropénicos con mucositis. No se detectó infección cruzada entre los pacientes y de todas las muestras ambientales *B. capitatus* se aisló únicamente en muestras de leche transportadas en termos desde la cocina central. Las cepas aisladas de los pacientes y de los termos eran indistinguibles genéticamente por los 4 marcadores moleculares utilizados. Tras la retirada de los termos en todo el hospital, no se ha detectado ningún otro caso de infección por *B. Capitatus*.

**Conclusiones:** Nuestros hallazgos sugieren la adquisición nosocomial de *B. Capitatus* a partir de los termos de distribución de la leche. El brote se ha controlado tras la retirada de los termos.



## LA TENDENCIA DE LOS AISLAMIENTOS BACTERIANOS COMO INDICADORES DE CALIDAD

Molina-Domínguez E

P-259

**Palabras clave:** Neumonía. Ventilación mecánica.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es analizar la tendencia de los aislamientos bacterianos durante un periodo de dos años, estableciendo los resultados como un indicador de calidad de nuestra labor asistencial.

**Métodos:** Se analizan y comparan dos años de estudio mediante el programa de Vigilancia de Infección Nosocomial ENVIN UCI. Se estudia la incidencia de infección nosocomial, tasa de densidad asociada a ventilación mecánica, resistencias antimicrobianas, patógenos aislados y otras localizaciones de infección.

**Resultados:** Año 1998: Incidencia de infección nosocomial 5,5%; tasa de densidad asociada a ventilación mecánica 3,5%; bacteriemia asociada a catéter 1%; infección urinaria 0,5%; no se objetivó aislamientos bacterianos en catéteres arteriales o Swann-Ganz. Los gérmenes documentados fueron: *Pseudomona Aeuorginosa* 80% no resistentes a antimicrobianos habituales. *Estafilococo Epidérmidis Metiliclin* Sensible 5%, *H. Influenzae* 3% en neumonías precoces asociadas a ventilación mecánica; *E. Coli* 2% en urocultivo y 10% otros gérmenes. Año 2001: Incidencia de infección nosocomial 5,2%; infección urinaria 1,3%, tasa de densidad de neumonía asociada a ventilación mecánica 2,6%; bacteriemia secundaria a catéter venoso 1,3%. Los aislamientos bacterianos fueron: *Pseudomona A.* 70%, con 2% de resistencias a *Imipenen*, *Estafilococo epidérmidis metiliclin* resistentes 10% y punta de catéter venoso. 20% otros gérmenes.

**Conclusiones:** Los datos analizados y comparados muestra la tendencia en nuestro servicio a un aumento de resistencias a *Imipenen* y a un aumento de las infecciones por *Estafilococo Epidérmidis Metiliclin* resistentes. Sin embargo, en estos dos años comparados no se aisló *Estafilococo Aureus Metiliclin* resistente ni *Acinetobacter*. La aparición de resistencias objetivadas pueden servir de indicadores en el control de la infección nosocomial, así como el no aislamiento de otros patógenos habituales y multirresistentes en los Servicios de Medicina Intensiva.

## VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INTERNIVELES DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UNA UNIDAD SOCIOASISTENCIAL

Garnica A, Jara S, Navarro I, Ramos G, García P, de Febrer G

P-261

**Palabras clave:** Infecciones Urinarias-Nosocomiales.

**Objetivos:** Valorar la adecuación de una Guía de práctica clínica integrada dentro del Programa Asistencial Interniveles (PAIs) del Grupo Sagessa para el tratamiento de Infecciones del tracto urinario (ITU) en relación al tipo de paciente ingresado. Nuestra Unidad Socioasistencial de convalecencia y curas paliativas esta integrada dentro la estructura del Hospital Universitario de Sant Joan de Reus.

**Métodos:** Se recogen variables sociodemográficas, criterio de ingreso y patología asociada. Revisión de todos los urocultivos (UC) positivos durante el año 2002 (n = 355): especie y antibiograma; tipo de ITU: < 72 horas vs. > 72 horas tras el ingreso, mono/polimicrobiana, incidencia de recidiva y reinfecciones y presencia de catéter vesical.

**Resultados:** Edad media 75,09 DE (15,97) años. Mujeres 60,6%. El 90% de los pacientes ingresados procedían del hospital de agudos. Motivo principal de ingreso: Convalecencia 73%; Cuidados paliativos 27%. Factores de riesgo: Diabetes Mellitus 22,8% Insuficiencia renal 12,9% Alteraciones del tracto genitourinario 10,5%. Incidencia de ITUs: 33,5% < 72 horas (4,2%) y > 72 horas (29,3%) del ingreso. El 10% de los pacientes habían precisado catéter vesical en el ingreso. Presencia de catéter e ITU: 54,6%. UC: monomicrobiano 68,2% polimicrobiano 31,7%. Gérmenes más comunes: *E. Coli* (EC) 40,3%, *Enterococcus* 19,2%, *Pseudomona aeruginosa* 15,3%. Menos frecuentes: *Klebsiella* (K) 13,4% y *Proteus* (P) 7,6%. Antibiograma: Enterobacterias: La sensibilidad a Amoxicilina - Clavulanico (A-C) era solo del 70%, la resistencia del EC a la cefuroxima axetil era de un 48,7% mientras que para la K y el P rondaba el 60%. En nuestro estudio destaca la reducida actividad de las quinolonas con respecto al EC y K: 35%, en cambio Nitrofurantoina es muy efectiva. *Pseudomona aeruginosa*: Sensibilidad Amikacina 100%; ciprofloxacino 60%. Ceftazidima mantiene su alta actividad. Cocos gram +: Alta sensibilidad para Ampicilina, A-C y nitrofurantoina. Las quinolonas no son activas.

**Conclusiones:** 1) El espectro antimicrobiano de los uropatogenos aislados en nuestro estudio es similar al de un hospital de agudos, por ello las ITUs deben ser consideradas complicadas y requieren tratamientos prolongados según la guía de práctica clínica. 2) Los resultados obtenidos nos permiten considerar el uso alternativo de antibióticos utilizados con menos frecuencia y no recomendados en esta guía. 3) La guía debería ser revisada para adecuarla al perfil de nuestro paciente y a las características estructurales de nuestra unidad.

## EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL (PVPC) DE INFECCIONES/COLONIZACIONES (I/C) NOSOCOMIALES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE (SAMR)

González A, Sánchez-Payá J, Sánchez A, García C, Galicia D, Gea T  
Hospital General Universitario de Alicante.

P-260

**Palabras clave:** Evaluación. Programas. Control Infecciones.

**Objetivos:** Algunos autores han establecido que para hospitales de más de 500 camas cifras de más de 0,6 nuevos casos por 1.000 pacientes-día indicarían altos niveles de transmisibilidad. Como paso previo a la actualización que estamos realizando en nuestro hospital del PVPC de casos de i/c de SAMR, queremos evaluar la efectividad alcanzada por el programa en el periodo 1999-2002 (en 1998 se realizó la anterior actualización de este).

**Métodos:** Estudio prospectivo. Estructura del PVPC: revisión diaria de los aislamientos de SAMR realizados por el servicio de microbiología; ante la aparición de un caso: cumplimentación de hoja de vigilancia epidemiológica (datos identificación, factores riesgo intrínseco y extrínseco; criterios CDC para clasificar los casos como infección o colonización) y puesta en marcha de recomendaciones específicas de aislamiento de contacto; en caso de "cluster" tempororo-espacial de casos se iniciaba investigación epidemiológica específica. Para evaluar Efectividad: se calculó la Incidencia Acumulada y la Tasa de incidencia (por 1.000 pacientes-día de hospitalización) de i/c de SAMR anual y se estudia evolución con  $X^2$  para tendencias; a su vez, se calcula el número esperado de casos en el supuesto que hubiera un alto nivel de transmisión (este se estableció en 0,5 nuevos casos por 1.000 pacientes-día) y posteriormente se calculó la Razón observados/esperados.

**Resultados:**

	1999	2000	2001	2002
Nº ingresos	29.087	31.290	33.447	35.823
Nº estancias	224.324	230.169	237886	232.374
Nº de casos i/c de SAMR esperados.	112	115	119	116
Nº de casos nosocomiales de i/c de SAMR	68	70	34	66
Incidenia de casos de i/c de SAMR por 1000 pacientes-día	0,30	0,30	0,14	0,28
Incidenia de casos de i/c de SAMR por 1000 ingresos (p < 0,05)	2,3	2,2	1,0	1,8
Razón observados/esperados de casos i/c de SAMR	0,61	0,61	0,29	0,57

**Conclusiones:** El PVPC ha logrado mantener e incluso ir disminuyendo progresivamente el nivel de i/c de SAMR por debajo de los niveles esperables (razón < 1) según el tamaño del hospital.

## GRADO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS POR NEUMONÍAS COMUNITARIAS MEDIDO CON TRES HERRAMIENTAS DIFERENTES

Jiménez-Muñoz AB, Lacalle M, Cantero M, Hernández T, Morales I, Asúnsolo A

P-262

**Palabras clave:** Neumonía. Hospitalización.

**Objetivos:** 1) Estudiar la adecuación de ingresos por neumonías comunitarias mediante distintos instrumentos: Appropriatness Evaluation Protocol (AEP), escala de riesgo de FINE y American Thoracic Society (ATS). 2) Calcular el grado de acuerdo entre las diferentes herramientas.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio trasversal, descriptivo y analítico, con recogida de datos retrospectiva. *Población de estudio:* Todos los pacientes ingresados por neumonía comunitaria a través del servicio de Urgencias de un hospital terciario durante 1 semana del mes de Enero del año 2003. *Recogida y análisis de datos:* Mediante las historias clínicas se revisaron los criterios de adecuación de ingresos del protocolo AEP (considerándose ingreso adecuado con que cumplieran un criterio), del ATS (siendo adecuado el ingreso si cumplía al menos 1 criterio) y se calculó la puntuación obtenida mediante la escala de riesgo de FINE, si obtenían un grado IV ó V se consideraba adecuado el ingreso. Posteriormente se estudió el nivel de concordancia entre las distintas pruebas considerándolas como dicotómicas (SI adecuado, NO) mediante el acuerdo porcentual y el índice de Kappa.

**Resultados:** Se ingresaron 32 neumonías de forma urgente. De éstas, resultaron ingresos adecuados según los criterios del AEP el 100%. Si se aplicaban los criterios de FINE sólo 63,3% de las neumonías tenían una puntuación grado IV ó V, y si lo analizábamos con el ATS 89,2% de ellas deberían haber sido ingresadas. Al estudiar el grado de concordancia entre el FINE y el ATS, encontramos un acuerdo porcentual del 0,75. Como este grado pudiera ser debido al azar se calculó el índice Kappa, que fue de 0,36. Lo cual nos indica una baja concordancia entre ambos instrumentos.

**Conclusiones:** 1) La adecuación de ingresos de las neumonías estudiadas, fue diferente según la herramienta utilizada, siendo máximo medido a través del protocolo de AEP, y sólo del 63,3% mediante el FINE. 2) Ante estos resultados y en consonancia con artículos publicados recientemente, se hace necesario ampliar el estudio de la adecuación de los criterios del FINE.

#### UNIDAD DE DIAGNOSTICO SIN INGRESO: UN RECURSO EFICAZ PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE ESPERA EN EL CÁNCER

Santiago-Capell TP, Hernández-Bronchud M, Montull S  
*Hospital General de Granollers.*

P-263

**Palabras clave:** Diagnóstico sin ingreso.

**Objetivos:** Verificar el tiempo de espera para la primera visita y el intervalo diagnóstico en pacientes con cáncer valorados en una Unidad de Diagnóstico Sin Ingreso (UDSI). Comparar el intervalo diagnóstico en pacientes con cáncer de colon y cáncer de pulmón estudiados en UDSI o en régimen de hospitalización.

**Métodos:** Se analizaron los pacientes diagnosticados de cáncer en una UDSI durante los años 1997-2001. En cada uno de ellos se valoró de forma prospectiva: edad, sexo, tiempo de espera para primera visita, intervalo diagnóstico, estadio TNM y índice de Karnofsky. Para el estudio comparativo se escogieron de forma aleatoria y retrospectiva, 50 pacientes con cáncer de colon y 50 pacientes con cáncer de pulmón valorados en UDSI o mediante ingreso hospitalario. Para el análisis estadístico de variables cualitativas se utilizó la T-student y para las variables cuantitativas, la prueba del chi cuadrado o la U de Mann-Withney.

**Resultados:** En este periodo se atendieron en la UDSI 2.685 pacientes, 395 (14,7%) de los cuales se diagnosticaron de cáncer. El tiempo medio de espera para la primera visita fue de 3,8 días. El tiempo medio para la obtención del diagnóstico fue de 6,2 días. En pacientes con cáncer de colon estudiados en UDSI se observó una disminución del intervalo diagnóstico con respecto a los pacientes valorados en régimen de ingreso hospitalario (p: 0,03). En los pacientes con cáncer de pulmón estudiados en UDSI, la disminución del intervalo diagnóstico observada no fué significativa.

**Conclusiones:** En pacientes con cáncer, las UDSI permiten disminuir, tanto el tiempo de espera para la primera visita, como el tiempo en la obtención del diagnóstico. Las UDSI establecen una vía asistencial preferente para los pacientes con cáncer, consiguiéndola misma eficacia que el estudio en régimen de hospitalización.

#### LA CULTURA DE PREVENCIÓN, MITO O REALIDAD EN EL SECTOR SANITARIO

Gil-Soto RM, Portell-Vidal M, Casas-Agut MR, Cubí-Guillem M, Martín-Rubio M, Sánchez-Fabra C  
*Hospital Universitario Sant Joan.*

P-264

**Palabras clave:** Actitud. Profesionales Sanitarios. Prevención.

**Objetivos:** Evaluar la actitud de los profesionales hacia la prevención, priorizando las categorías con mayor incidencia de accidentalidad laboral del Grupo Sagessa y que incluye los tres niveles de asistencia: Primaria, Agudos y Sociosanitario para poder aportar criterios objetivos a la hora de establecer las prioridades de actuación en materia preventiva.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo transversal. Se ha empleado el cuestionario EECAT-PRL publicado en una de las Notas Técnicas de Prevención (580 2001) que edita el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo y que evalúa la actitud de los profesionales hacia la Prevención por ser el que mejor se adaptaba a nuestras necesidades. Dicho cuestionario se utiliza auto-administrado y consta de 9 preguntas cerradas, las 5 primeras ejercen una función de filtro, las 2 siguientes exploran la motivación de los trabajadores que siguen las normas preventivas y las 2 últimas realizan una evaluación más global de la actitud hacia la prevención. Las categorías priorizadas han sido: D.U.E., Auxiliar de Enfermería, Técnico Especialista y Celador. El cuestionario se ha pasado durante el mes de mayo a todos los profesionales que pertenecen a las categorías previamente priorizadas y que tienen algún tipo de relación contractual con alguna de las empresas del Grupo, n = 900, de los cuales el 9% pertenecen a Primaria, el 21% a Sociosanitario y el 70% a Hospitales de Agudos.

**Resultados:** El índice de respuesta ha sido del 75%. El enfoque del cuestionario asume que la adopción de precauciones depende de un proceso estructurado en etapas cuya superación implica cambios cualitativos. En estos momentos se está procediendo al tratamiento de los datos para su posterior explotación. Los resultados obtenidos se presentarán en el Congreso.

**Conclusiones:** Las conclusiones que se obtienen a partir del cuestionario permiten detectar la etapa en la que se hallan la mayoría de los profesionales y aportan directrices para establecer Diferentes Líneas Formativas dentro de la empresa. Desde el punto de vista del Diseño de Información Preventiva favorecen el establecimiento de perfiles formativos acordes con los conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales hacia la prevención de riesgos y la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

#### TEMA 6-III

### Gestión de la prescripción farmacéutica

#### IMPLANTACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Sánchez F, Castillo C, Martínez GM, Ortega MP, Azorín MC, García A

P-265

**Palabras clave:** Recepción. Medicamentos. Informatización.

**Objetivos:** Implantación y mantenimiento de un sistema de calidad en el área. Mejora de actividades desarrolladas mediante la realización de auditorías y acciones correctoras y preventivas. Alcanzar los niveles de calidad y productividad establecidos mediante indicadores de seguimiento.

**Métodos:** Se crea un grupo de mejora para analizar las distintas fases del proceso e identificación de problemas: 1) Elaboración de un protocolo de actuación: a) Comprobación cualitativa-cuantitativa de todo medicamento con el albarán de entrega. b) Comprobación cadena de frío. c) Existencia de información documentada del lote y caducidad del producto. d) Procesar la entrada a tiempo real, para evitar errores. 2) Implantación nueva sistemática de trabajo, comprobando el pedido recepcionado en el aplicativo informático. 3) Implantar hoja de detección de problemas, dividida en: a) Adquisición/Recepción con 8 ítems. b) Actuación.

**Resultados:** Se realiza un estudio retrospectivo de una muestra de 2.186 entradas de medicamentos (universo) en el periodo comprendido entre 13/3/2001 a 31/12/2001. Se generan 27 hojas de detección de problemas, siendo correctas el resto de las entradas. Las incidencias más prevalentes fueron en total 24: -Medicamento no solicitado 8. -Duplicidad pedido 5. -Pedido otro hospital 3. -Rotura medicamento 3. -Cambio código nacional 1. -No seguir los pasos del protocolo 1. -Tipo envase clínico/normal no solicitado 1. Se contemplan tres entradas con problemas relacionados con los albaranes (Albarán/no corresponde/no presencia del mismo). Criterio no incluido en la hoja de detección de problemas.

**Conclusiones:** La protocolización/informatización del proceso, da seguridad y eficacia. La hoja de detección de problemas se define como una medida eficaz en la recepción de medicamentos, decidiendo incluir un criterio más de valoración: Albarán adecuado/presencia o no. Se detecta la posibilidad de mejora en la gestión con proveedores.

## ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, ELABORACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

P-266

Cortijo S, García P, Goyache MP, Paz-Ares L, Herreros de Tejada A  
*Hospital 12 de octubre.*

**Objetivos:** Detectar problemas existentes en el circuito de prescripción, elaboración y administración de medicamentos citostáticos entre el Servicio de Farmacia (SF) y el Servicio de Oncología Médica (Hospital de Día; HDOM), así como analizar sus causas y proponer soluciones factibles buscando mejorar la calidad asistencial prestada a los pacientes oncológicos.

**Métodos:** Se realizó una reunión entre el SF, Oncología Médica (OM) y la Dirección Médica del Hospital (DM). En esta reunión se creó un grupo de trabajo que llevó a cabo las siguientes actividades: Evaluación de las cargas de trabajo en las áreas afectadas; Entrevistas del farmacéutico con los profesionales sanitarios de ambos Servicios con el fin de conocer sus opiniones acerca de las deficiencias de funcionamiento y coordinación, que contribuyen a disminuir la calidad del circuito; estudio de los tiempos medios de realización de cada actividad y realización de una encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos en el HDOM.

**Resultados:** Las principales deficiencias detectadas fueron: desequilibrio en el número de pacientes atendidos según el día de la semana; acumulación de prescripciones en el SF entre 10:30 h y 13:30h; ausencia de programación en las citas para la extracción de sangre, consulta y administración del tratamiento; tiempo de demora largo e impredecible hasta la administración del ciclo (4h); poca dotación de infraestructura y personal en ambos Servicios; ausencia de un coordinador en el HDOM para el control de estos procesos. Entre los motivos de insatisfacción por parte de los pacientes destacaban el tiempo de espera y la inadecuada infraestructura. Las propuestas de mejora aceptadas por ambos Servicios y la DM fueron: la implantación de la prescripción electrónica; aumento del horario de trabajo en ambos Servicios; personal exclusivo para el transporte de las prescripciones y los ciclos; ampliación del espacio físico y mejora de dotación del SF; nombramiento de una enfermera coordinadora en el HDOM.

**Conclusiones:** El estudio pormenorizado de los problemas existentes en el circuito de citostáticos ha permitido conocer sus causas y proponer soluciones factibles y, sobre todo, consensuadas. La colaboración estrecha y fluida entre Servicios es una de las principales herramientas que permiten mejorar la calidad en la atención al paciente.

## NUESTRA EXPERIENCIA: IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA UNIVERSITARIO, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (UNIDOSIS)

P-268

Gracia-Corbato MT  
*Hospital de Jove.*

**Palabras clave:** Dispensación Unitaria Medicamentos.

**Objetivos:** La administración de medicamentos sigue siendo una de las principales funciones del personal de enfermería en el ámbito hospitalario. El sistema más adecuado para la distribución desde el servicio de farmacia y de dispensación desde la unidad de hospitalización es el de dosis unitaria o de unidosis. En nuestro hospital, hemos decidido iniciarlo paulatinamente, unidad por unidad, siendo la de psiquiatría la primera donde se llevó a cabo. A través de este trabajo, pretendemos exponer nuestra experiencia. Conocer la capacidad de nuestro hospital para adaptarse al nuevo sistema de distribución y dispensación de medicamentos en los pacientes hospitalizados. Conocer las dificultades en su implantación para subsanarlas previo a la implantación en el resto de unidades de hospitalización.

**Métodos:** Previo a la implantación se mantuvieron reuniones explicativas entre la unidad de hospitalización y el servicio de farmacia para la coordinación y organización del nuevo sistema. Ya en marcha, se registraron todas las incidencias diarias en una agenda. Al menos dos veces al día por teléfono y una vez por escrito se enviaron comunicados al servicio de farmacia.

**Resultados:** Una vez implantado este sistema en nuestra unidad, se comenzó a utilizar en otra planta de hospitalización subsanando los problemas que se habían detectado en la primera.

**Conclusiones:** Consideramos que, a pesar de lo difícil que resulta casi siempre el cambio en el modo de hacer y de que lo nuevo por desconocido produce rechazo e incluso miedo, hemos de reconocer que supuso un avance en nuestro trabajo diario y que nos acercamos a un modelo de calidad que pretendíamos desde todos los servicios del hospital.

## PLAN DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN. IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS PRELIMINARES

P-267

Martínez J, Rosado L, Aznar T, Pardo MA, Camacho MD, Martínez M  
*Hospital Universitario San Juan.*

**Objetivos:** En el presente trabajo se describe el plan, las fases de implantación, y los resultados preliminares.

**Métodos:** La Comisión de Farmacia y Terapéutica estableció un Plan de prevención para potenciar el uso seguro de medicamentos, integrado en el Plan de Calidad del Centro del año 2003. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar (GUSME) que elaboró un borrador procediendo a la asignación de responsabilidades, y a la elaboración de los procedimientos de trabajo y cronograma. Se establecieron objetivos asociados a indicadores y se fijó una periodicidad anual de revisión del plan.

**Resultados:** Líneas del plan: *Responsabilidades:* Se asignan al GUSME, Comisión de Farmacia, la dirección del centro, jefes de servicio, supervisores y todo el personal. Actuaciones previstas año 2003: 1) Poner en marcha un sistema de notificación voluntaria de errores de medicación. 2) Difundir directrices generales por estamentos, servicios o grupos terapéuticos. 3) Monitorizar dos indicadores: Errores comunicados (mensual) y cometidos (anual). Resultados (marzo-mayo): 1) Celebración de una jornada interdisciplinar sobre uso seguro de los medicamentos y difusión de un boletín informativo. 2) Realización de una encuesta Delphi al personal de enfermería. 3) Notificación voluntaria: 38 notificaciones, de las que 5 (13%) son de errores reales y el resto potenciales que se evitaron antes de llegar al paciente. 4) 2 reuniones del GUSME que analizó las notificaciones y propuso: establecer un sistema de alerta de dosis alarmantes, difundir una tabla de cálculo para dosis de morfina, la adquisición de una aplicación informática para prescripción de citostáticos. 5) Revisión de las normas vigentes de prescripción médica. 6) Presentación de un estudio sobre el impacto que tienen las distintas medidas adoptadas sobre el índice global de errores de medicación, para su financiación por la Agencia para la Calidad Evaluación y Modernización de los Servicios asistenciales de la Comunidad Valenciana.

**Conclusiones:** El conocimiento de la situación real en el centro condujo ineludiblemente a la puesta en marcha del plan de prevención. La implantación del plan sigue el cronograma previsto, y es previsible que se obtengan resultados a medio plazo.

## CALIDAD FORMAL DE LA RECETA MÉDICA INTERNA EN UN HOSPITAL

P-269

Balet A, Fernández MP, Cabanes J, López M, García S.  
*Hospital del l'Esperit Sant.*

**Palabras clave:** Receta médica. Orden médica. Error medicación.

**Objetivos:** Evaluación de la calidad formal de la receta médica interna en un hospital.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todas las órdenes médicas realizadas durante 7 días consecutivos. Gran parte de las órdenes médicas son previamente impresas desde Farmacia mediante el programa informático de unidosis y incorporadas a la historia médica (sin validez hasta que no está firmada), el médico modifica si procede y firma la orden. No obstante al inicio del tratamiento la orden médica es totalmente manual. Este proceso está implantado en un 70% de las camas. Desde la Comisión de Farmacia y Terapéutica se vio la necesidad de evaluar el grado de corrección formal de la orden médica y cuantificar el tipo de incorrecciones observadas a fin de poder establecer posteriormente medidas correctoras. Se analizó por separado las incorrecciones en órdenes informatizadas y en órdenes normales. Todas las órdenes fueron analizadas juntas a posteriori por tres personas.

**Resultados:** Se recogieron 792 órdenes. Se detectaron las siguientes incorrecciones formales: 80% mal identificado el médico prescriptor (firma ilegible), 6% sin firma, 32% no constaba la fecha, 74% no consta la hora, 9% falta la etiqueta identificativa del paciente, 2% copia poco clara por falta de presión en la escritura. Se detectaron las siguientes ambigüedades en la prescripción: 6% letra ilegible en un fármaco, 3% dosificación en comprimidos cuando en el mercado existe más de una dosis, 2% no consta vía de administración y el fármaco puede administrarse por más de una vía, 0,3%, parece una revisión de pauta, pero no especifica toda la medicación, 3% consta "medicación habitual o domiciliaria"; sin especificar cuál es. En órdenes informatizadas el porcentaje de ambigüedades fue menor que en las normales.

**Conclusiones:** Hay un elevado porcentaje de defectos y ambigüedades en las órdenes médicas y es preciso iniciar medidas correctoras a fin de evitar posibles errores de medicación.



# NUESTRA EXPERIENCIA: IMPLANTACIÓN SISTEMA UNITARIO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (UNIDOSIS) UNIDAD DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL DE JOVE GUJÓN

Gracia-Corbato MT  
Hospital de Jove.

P-270

**Palabras clave:** Dispensación unitaria medicamentos.

**Objetivos:** La administración de medicamentos sigue siendo una de las principales funciones del personal de enfermería en el ámbito hospitalario. El sistema más adecuado para la distribución desde el servicio de farmacia y de dispensación desde la unidad de hospitalización es el de dosis unitaria o de unidosis. En nuestro hospital, hemos decidido iniciarlo paulatinamente, unidad por unidad, siendo la de psiquiatría la primera donde se llevó a cabo. A través de este trabajo, pretendemos exponer nuestra experiencia. Conocer la capacidad de nuestro hospital para adaptarse al nuevo sistema de distribución y dispensación de medicamentos en los pacientes hospitalizados. Conocer las dificultades en su implantación para subsanarlas previo a la implantación en el resto de unidades de hospitalización.

**Métodos:** Previo a la implantación se mantuvieron reuniones explicativas entre la unidad de hospitalización y el servicio de farmacia para la coordinación y organización del nuevo sistema. Ya en marcha, se registraron todas las incidencias diarias en una agenda. Al menos dos veces al día por teléfono y una vez por escrito se enviaron comunicados al servicio de farmacia.

**Resultados:** Una vez implantado este sistema en nuestra unidad, se comenzó a utilizar en otra planta de hospitalización subsanando los problemas que se habían detectado en la primera. El personal de enfermería se mostró claramente satisfecho con este sistema unitario.

**Conclusiones:** Consideramos que, a pesar de lo difícil que resulta casi siempre el cambio en el modo de hacer y de que lo nuevo por desconocido produce rechazo e incluso miedo, hemos de reconocer que supuso un avance en nuestro trabajo diario y que nos acercamos a un modelo de calidad que pretendíamos desde todos los servicios del hospital.

# EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN ENTERAL ORAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Alcaraz-Tafalla MS, Illán-Gómez F, Matoses-Chirivella MC, Pascual-Díaz R, Pascual-Díaz M, Valdés-Belmar JL  
Hospital Morales Messeguer.

P-272

**Palabras clave:** Nutrición enteral oral.

**Objetivos:** Establecer un ciclo de mejora en la calidad de la nutrición enteral oral (NE) de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina de un Hospital General Universitario.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. A partir del programa de unidosis Sinfhos® del Servicio de Farmacia, se hizo una consulta para averiguar todos los pacientes hospitalizados en el primer semestre del año 2002 a los que se les habían dispensado dietas completas o suplementos de nutrición enteral oral. Mediante un método de muestreo aleatorio simple, se evaluaron 60 casos. La calidad fue medida utilizando 4 criterios de proceso: 1) Datos antropométricos (peso y talla), 2) Indicación (dieta completa/suplemento), 3) Registro de incidencias (facultativos/enfermería) y 4) Analítica. Como excepciones, destacan: Talla en enfermos que no se mantegán en pie e intolerancia al suplemento. La obtención de los datos se realizó a partir del registro en las historias clínicas. Una vez evaluados los primeros resultados, se diseñaron las intervenciones para mejorar, y se convocó al personal facultativo y de enfermería del Servicio de Medicina Interna para explicar las medidas adquiridas. La reevaluación del estudio se realizó durante los meses febrero-abril del 2003, siguiendo el mismo procedimiento que en la primera evaluación.

**Resultados:** Tabla comparativa para presentación de los defectos de calidad.

CRITERIO	1ª evaluación			2ª evaluación		
	F.A.I.	F.R.I.	F.A.C.I.	F.A.I.	F.R.I.	F.A.C.I.
C1: Peso/Talla	60	39,73%	39,73%	34	40%	40%
C3: Incidencias	48	31,78%	71,51%	31	36,47%	76,47%
C4: Analítica	23	15,24%	86,75%	9	10,59%	87,86
C2: Tipo de dieta	20	13,25%	100%	11	12,94%	100%
Total	151	100%		85	100%	

F.A.I. = Frecuencia absoluta. F.R.I. = Frecuencia relativa. F.A.C.I. = Frecuencia relativa acumulada.

**Conclusiones:** La evaluación de la valoración del estado nutricional de los pacientes que toman NE oral mediante este ciclo de mejora ha supuesto un incremento en la calidad de la prescripción de dietas enterales que repercute en la calidad asistencial del paciente.

# USO RACIONAL DE ANTIDIABÉTICOS ORALES ¿ES POSIBLE MEJORAR?

Arrieta F, Calvo MJ, Cordobes FJ, Cabral R, Clemente E, Moreno B

P-271

**Palabras clave:** Antidiabéticos orales. Uso racional. Prescripción.

**Objetivos:** Valorar la prescripción de antidiabéticos orales en un Área de salud en el año 2002 y el coste de los mismos.

**Métodos:** En todo el Área 4 de atención primaria del IMSA-LUD, población más de 500.000 personas, analizamos el consumo de antidiabéticos orales y su gasto económico, durante todo el año 2002 (enero-diciembre). Los datos fueron facilitados por la unidad de Farmacia del Área.

**Resultados:** El mayor gasto de antidiabéticos orales fue de un inhibidor de la alfa-glucosidasa (glucobay 100), segundo de una sulfonilurea (diamicon), el tercer lugar en coste era otro inhibidor de la alfa-glucosidasa (glumida 100), en cuarto lugar se encuentra una biguanida (dianben 850 mg). Al Analizar el grupo de glibenclamida precio por envase (Daonil env 100...4,66 euros, Euglucon5 env 100...4,66, Glucolón env...3,24 euros y Norglicem5 env 100...2,39 euros) encontramos que el gasto del Área fue de Euglucon 44.808 euros, Daonil 27.290 euros, Norglicem5 5.990 euros y Glucolón 76 euros.

**Conclusiones:** Sin grandes estudios ni análisis podemos mejorar la prescripción de antidiabéticos orales, pero para ello es necesario analizar y poner en conocimiento de los profesionales los resultados elaborando un Plan de mejora continuada de la prescripción de antidiabéticos orales.

# DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Soler P, Muñoz MA, Recamán JM, Cal S, García Y  
Hospital Do Salnes.

P-273

**Palabras clave:** Errores Medicación Prevención.

**Objetivos:** a) Protocolizar y sistematizar una metodología de practica clínica que propicie la detección y el despliegue de acciones de mejora encaminadas a prevenir la irrupción de errores derivados de la prescripción, dispensación, preparación y administración. b) Detectar y cuantificar los errores de medicación cuanti/cualitativamente.

**Métodos:** 1ª Fase: Herramientas metodológicas: -Formación básica en metodología de calidad; -Describir la magnitud del problema. 2ª Fase: Elaboración de Protocolos. A) Grupo de mejora específico: Protocolo de prevención de errores de medicación; Derivados de la preparación y administración de medicamentos; Monitorización de la tasa de cumplimiento del protocolo; Evaluación periódica de los indicadores; Propuestas de mejora. B) Servicio de Farmacia: Protocolo de dispensación de unidosis; Evaluación periódica de los indicadores. C) Comisión de Farmacia: - Nueva hoja de prescripción de medicación: Objetivos: Clarificar la prescripción; Evitar la transcripción de las órdenes médicas; Facilitar el procesado en el servicio de farmacia. -Monitorización de la hoja de prescripción. -Evaluación periódica de los indicadores. -Propuestas de mejora. D) Comisión de Cuidados de Enfermería: -Registro de declaración de errores derivados de la preparación y administración. 3ª Fase: Diseño de sistema de monitorización, metodología de evaluación de cada fase del circuito de uso de medicamentos y comunicación de resultados. -Fase de prescripción. -Fase de preparación y dispensación de unidosis. -Fase de preparación y administración. 4ª Fase: Inclusión en los objetivos operativos de las unidades y servicios médicos.

**Resultados:** Puesta en enero del 2003 en marcha el programa: a) 4 estudios de evaluación de la calidad de la prescripción (12 criterios). b) 12 estudios de evaluación del circuito de preparación y dispensación de unidosis (2 criterios). c) 12 estudios de evaluación de la aplicación del protocolo de preparación y administración de medicamentos (6 criterios). d) 12 estudios mensuales de incidencia de declaración de errores de medicación. Durante la exposición de la comunicación se presentarán los resultados obtenidos hasta ese momento.

**Conclusiones:** Para la prevención de los errores de medicación es necesario un abordaje multidisciplinar, con la protocolización/monitorización de todas las fases del proceso.

## PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN: MEJORANDO LA CALIDAD Y MINIMIZANDO RIESGOS

Arantón-Areosa L, Carballal-Balsa MC, Rodeño-Abelleira A, Paredes-Paredes ML, Tenreiro-Rodríguez MI, Veiga-Sandomingo MD

P-274

**Palabras clave:** Error de medicación. Administración de medicamentos. Prevención.

**Objetivo:** Establecer un sistema de detección y notificación de errores de medicación (reales y potenciales), que permita identificar y monitorizar sus causas, para poder actuar sobre ellas y corregirlas.

**Métodos:** Desde el Comité Técnico Sanitario de Calidad de Enfermería, cuyo fin principal es la mejora continua de la calidad, se crea un equipo de mejora tipo QIT (Quality Improvement Team), quien basándose en la técnica cualitativa de consenso dentro del grupo nominal y tras revisión bibliográfica exhaustiva, elabora un procedimiento de prevención de errores de medicación, estableciendo su implantación y los cauces de notificación.

**Resultados:** El Equipo de Mejora QIT, o un grupo de profesionales afectados por un problema, que se reúnen para estudiar y mejorar los problemas de su servicio o ámbito de trabajo (de forma temporal o permanente), elabora, para la difusión, 2 póster (A3), resaltando los aspectos y recomendaciones básicas, que se colocan en los controles de enfermería, realizando a continuación sesiones informativo-formativas en todas las unidades de enfermería. La implantación se centra en el fomento de una Cultura de Seguridad entre el personal de enfermería. Se trata de un método no punitivo, que facilita la comunicación espontánea, sin centrarse en el error humano; No importa ¿quién? causó el error, sino ¿qué? lo ha causado. La comunicación del error, no supone la admisión de culpabilidad, ni la posibilidad de sanción, pero permite realizar un análisis objetivo del suceso. Tras detectar el error, el profesional debe cumplimentar el impreso de *Rexistro de Erros de Medicación*; y enviarlo de forma anónima a la Unidad de Calidad de Enfermería.

**Conclusiones:** La notificación de los errores de medicación, permite conocer: a) El tipo y frecuencia de los errores cometidos en el proceso de administración de medicamentos. b) Identificar sus causas. c) Elaborar pautas o normas preventivas. d) Evitar reticencias de los profesionales (anónimo), quién al incorporar unas sencillas normas básicas a su actividad profesional, garantiza su propia seguridad y mejora la de sus pacientes.

## ACCIÓN CORRECTORA FRENTE UN INDICADOR FUERA DEL OBJETIVO PACTADO EN LA TRANSCRIPCIÓN/LLENADO DE CARROS EN UN SDMDU

Ramírez RM, Quero J, Perelló F, Gomila A, Llodrà CM, Díaz AM, Hidalgo E

P-276

**Palabras clave:** Calidad. Indicadores. Dosis Unitaria.

**Objetivos:** El Servicio de Farmacia mantiene una serie de indicadores que miden la calidad de sus procesos. El objeto del presente estudio es medir la efectividad de una acción correctora en el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU) para minimizar los errores de transcripción de órdenes médicas/lleñado de carros.

**Métodos:** El Servicio de Farmacia de la Fundación Hospital Manacor obtuvo en septiembre del año 2000 por parte de AENOR la certificación UNE-EN ISO 9002:1994 (nº REG: ER-1182/2/00). La Norma establece una serie de indicadores para medir periódicamente la calidad de los procesos. Uno de los indicadores que mide la efectividad del SDMDU es el de "transcripción de órdenes médicas/lleñado de carros". Diariamente se realiza un control al azar de un carro de dosis unitaria. El indicador se calcula a partir del cociente entre las unidades de fármacos dispensadas erróneamente (errores de transcripción y de llenado) y el total, en el carro a medir. El resultado es la media mensual de estos controles. Para el 2003 el objetivo pactado de error máximo permitido es del 0,7%. Durante el mes de Abril este objetivo se superó (1,2%), por lo que decidimos analizar las causas y poner en marcha una acción correctora. Se analizó la situación general del servicio y se materializó en una reunión participativa de todos los miembros del equipo en la que se analizaron las causas y se propusieron soluciones.

**Resultados:** Entre las causas responsables de la superación del objetivo pactado encontramos la disminución de la periodicidad de revisión del indicador a consecuencia de un aumento de la actividad hospitalaria y de la incorporación de personal. En la sesión como soluciones se propusieron las siguientes: 1) Priorizar el control de indicadores en la actividad diaria, independientemente de la carga asistencial. 2) Aumentar la capacidad de respuesta ante situaciones de aumento de la carga asistencial, colaborando activamente el equipo multidisciplinar. 3) Plan de formación del personal de nueva incorporación. 4) Establecimiento de reuniones participativas cada 2 meses con objeto de analizar los problemas que afectan al servicio de farmacia y a sus procesos buscando soluciones entre todos los miembros.

**Conclusiones:** Como resultado inmediato de esta reunión constatamos que el indicador de Transcripción/Lleñado de carros durante el mes de Mayo volvió a recuperar su nivel habitual (0,54%). Durante el congreso se presentara la evolución de dicho indicador en el periodo comprendido desde enero-septiembre 2003.

## INDICADORES DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL HOSPITALARIA

Molina-Domínguez E, Santos MA, Sánchez J, Almagro C, García-Oliván I, Ulloa-Gassó S

P-275

**Palabras clave:** Incidencia. Prevalencia. Nosocomial.

**Objetivos:** Descripción de indicadores de calidad de las Infecciones Nosocomiales Hospitalarias en el año 2002 realizadas por la Comisión de Infección Hospitalaria del Hospital Can Misses, establecer los aislamientos bacterianos así como las localizaciones más frecuentes de infección en los distintos servicios hospitalarios.

**Métodos:** Se realizan durante el año 2002 tres estudios multicéntricos por la Comisión de Infección Hospitalaria. Estudio Previne (Incidencia de infección nosocomial hospitalaria), estudio Epine (Prevalencia de infección nosocomial) y estudio Envin-Uci (Incidencia de infección nosocomial en los Servicios de Medicina Intensiva). Los cortes de incidencia son realizados durante dos meses en los distintos Servicios Hospitalarios; en el Servicio de Medicina Intensiva la incidencia es realizada por un periodo de 8 meses.

**Resultados:** De un total de 899 días de ventilación mecánica invasiva, la Tasa de Densidad de neumonía asociada a ventilación mecánica fue del 4,7%; Los tipos de infección nosocomial documentadas fueron: neumonías polimicrobianas (*Haemophilus Influenzae*, *E. Coli*, *Noraxella* y *Estafilococcus Aureus* Metilicilina Sensible). No se aislaron *Acinetobacter* multi-resistente o *Estafilococcus aureus* metilicilina resistente. El estudio de prevalencia *Epine* de infección nosocomial hospitalaria objetivó una Prevalencia de Infección Nosocomial de 0,74% (IC 95%: -0,71 - 2,19), de las cuales se objetiva 1 infección nosocomial de 135 pacientes ingresados en distintas áreas de hospitalización (P% 14,29), con aislamiento de *Pseudomonas Aeruginosa* asociada a ventilación mecánica. No se aislaron resistencias microbianas. Prevalencia de infecciones (P%) nosocomiales urinarias en pacientes sondados 5,56%. Prevalencia de infección de herida quirúrgica 0%. Mediante el estudio de Incidencia Previne se establece que la Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos fue 3,05%. El porcentaje de adecuación de pacientes con profilaxis antibiótica quirúrgica según protocolo establecido fue del 80%.

**Conclusiones:** La realización de estudios multicéntricos en las Comisiones de Infección Hospitalarias nos permite realizar una mayor discriminación de las distintas infecciones de los Servicios Hospitalarios. Nos permite compararnos en años sucesivos y con otros hospitales, permitiéndonos una mayor calidad de nuestra labor asistencial.

## ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS PACIENTES DEL ÁREA INFANTIL DEL CORAZÓN

Montero A, Feal B, Seco C, Pérez K, Medrano C, Zavanella C, Martín I

Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

P-277

**Palabras clave:** Cardiología. Fórmula Magistral. Pediatría.

**Objetivos:** Describir la implantación, metodología de trabajo y resultados de la consulta de atención farmacéutica dirigida a los pacientes de Área Infantil del Corazón (AIC).

**Métodos:** El programa se inició en noviembre de 2000. Los pacientes del AIC a los que se prescribe algún medicamento como Fórmula Magistral (FM) son remitidos a la consulta de atención farmacéutica pediátrica, en donde se valida la prescripción, se elaboran y se dispensan las FM. Además se entrega un tríptico informativo, que contiene: datos del paciente y de la prescripción; descripción de las FM; recomendaciones dirigidas al paciente para la correcta administración y condiciones de conservación; citación de la próxima visita.

**Resultados:** Número de pacientes (hasta mayo 2003): 130. Promedio de consultas/paciente: 9,2. Se dispensaron un total de 2.483 FM. El porcentaje de pacientes a tratamiento con cada uno de los medicamentos fue:

F. magistral	% pacientes	F. magistral	% pacientes
Captopril 1 mg/mL	67,6	Ranitidina 5 mg/mL	17,7
Furosemida 4 mg/mL	64,6	Atenolol 5 mg/mL*	2,3
Espironolactona 5 mg/mL	44,6	Flecainida 20 mg/mL*	0,8
Propranolol 1 mg/mL	14,6	Indometacina 5 mg/mL*	0,8

\* no autorizados en pediatría. Se tramitan vía uso compasivo.

Los familiares manifiestan satisfacción por la información recibida, así como la buena palatabilidad de las FM y accesibilidad del servicio de farmacia.

**Conclusiones:** 1) La coordinación del servicio de farmacia y AIC, optimiza la prescripción/dispensación de medicamentos como FM. 2) La información sobre FM proporcionada a través del tríptico informativo unifica criterios sobre su elaboración, proyectándola al ámbito ambulatorio, minimizando con ello la posibilidad de errores en la dosificación y la variabilidad en la respuesta clínica. 3) La tramitación de los medicamentos vía uso compasivo garantiza la accesibilidad a los tratamientos.

## PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA

Sánchez A, Torralba A, Folguera C, Serrano A, García E, Manso M

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

**Palabras clave:** Calidad. Farmacia.

**Objetivos:** Describir dentro del plan de calidad del hospital, las acciones llevadas a cabo en diferentes áreas del Servicio de Farmacia y sus resultados.

**Resultados:** 1) *Gestión de las adquisiciones:* Disminución de las roturas de stock: han disminuido de 185 fármacos en 2001 a 71 en 2002, manteniendo similares Índices de Rotación (26,35 en 2001 y 26,76 en 2002) sin intentar minimizar los stocks en los cierres mensuales; organización de la visita médica: de acuerdo con la Circular 1/2002 de la CAM se reducen a 4 visitas semanales programadas al inicio del cuatrimestre. 2) *Gestión de los consumos:* Análisis semestral del consumo por servicios; % consumido del presupuesto asignado; remanente de presupuesto disponible; principales fármacos responsables del consumo; se han distribuido 2 informes a cada uno de los Servicios Clínicos durante todo el año 2002, vinculados a los objetivos de calidad. 3) *Gestión de la farmacoterapia:* Edición virtual de la Guía; Farmacoterapéutica (www.cph.es/area medica); implantación y seguimiento de protocolos: sustitución terapéutica: antidiabéticos orales, IECAS, ARA II, benzodicepinas y estatinas. Se han implantado en mayo 2003 y sus resultados se comunicarán posteriormente. Terapia secuencial: levofloxacino: se ha seleccionado este fármaco por su buena absorción oral (99%) y la gran diferencia de costes entre las formas oral e iv (pvl. 2,66 y 29,33? respectivamente). Guía de administración de medicamentos por sonda nasogástrica con un total de 427 fármacos (pendiente de edición y distribución). 4. *Dispensación:* Unificación de la hoja de prescripción y administración de enfermería, eliminando la posibilidad de errores en la transcripción por enfermería; Realización de los pedidos de stock por intranet: 15 unidades conectadas, calendario de reposiciones y posibilidad de realización de pedidos urgentes; Verificación de la dispensación con los listados de revisión firmados. 5. *Unidad de mezclas endovenosas:* Distribución de antibióticos prediluidos en dosis unitaria (tipo de dilución: 23, n° plantas :4 Unidades Clínicas de la primera planta; n° de diluciones mensuales previstas: 1.300/mes); citostáticos: protocolo de manejo de extravasación (distribución, administración, derrames, tipo de residuos y excretas, en colaboración Servicio de Prevención de riesgos laborales y enfermería); elaboración de un cuadro de diluciones de antimicrobianos para su distribución en todas las unidades clínicas (total: 58 fármacos; criterios: posibles vías y tiempos de administración; normas para la reconstitución/dilución y sus estabildades; condiciones especiales de conservación). 6. *Unidad de ensayos clínicos:* Creación de un programa informático para la gestión y contabilidad económica de los ensayos clínicos. 7. *U. de Radiofarmacia:* definición de los criterios de manejo y gestión de radiofármacos por la Unidad de Radiofarmacia; adecuación de la Unidad de Radiofarmacia, de acuerdo con los criterios de calidad. Real Decreto 479/1993. 8. *Pacientes externos:* seguimiento de fármacos seleccionados: antirretrovirales, temozolamida y linezolid; atención farmacéutica personalizada en la primera dispensación; control informático del calendario de dispensaciones que se entrega a cada paciente en el momento de la entrega del fármaco.

**Conclusiones:** 1) La calidad es un proceso continuo que requiere permanentemente identificar los posibles puntos de mejora. 2) Es necesario disponer de programas de control de calidad en las diferentes áreas del Servicio de Farmacia.

P-278

## PROGRAMA DE CALIDAD DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA DE MEDICAMENTOS

Albiñana MS, Calvín M, López BC, Álvarez MJ, Martín I

**Palabras clave:** Farmacia. Dispensación Automatizada.

**Objetivos:** Describir los resultados del programa de calidad del sistema de dispensación automatizada obtenidos desde el 2002 en una UCI con dos puntos de dispensación (un armario por cada módulo de 8 camas: coronarias, COR, y post-operados, POS).

**Métodos:** 1) Análisis del nuevo circuito de dispensación e identificación de principales puntos débiles: llenado del armario y realización de revisiones programadas de fechas de caducidad. 2) Implantación de un sistema de monitorización mediante indicadores. 3) Selección de dos indicadores, referidos a los puntos débiles señalados: - Indicador 1 = n° especialidades incorrectamente ubicadas/identificadas vs. n° espec. revisadas x 100.

**Métodos:** observacional (ubicación, identificación, integridad y conservación correcta). Frecuencia: trimestral. Responsable revisión y registro de datos: farmacéutico. Indicador 2 = n° revisiones de caducidad realizadas vs programadas x 100. Método: observacional (coordinado con la revisión general del caducidades del SF, mediante el programa de gestión, un auxiliar del SF revisa la caducidad según listado). Frecuencia: mensual. Responsable revisión y registro de datos: farmacéutico.

**Resultados:**

	Enero 02		Febrero 02		Marzo 02		Abril 02		Mayo 02		Junio 02	
	COR	POS	COR	POS	COR	POS	COR	POS	COR	POS	COR	POS
Ind. 1	1,7%	1,9%					0,7%	2,9%				
Ind. 2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
*	2/22	1/22	1/17	1/18	2/15	2/17	0/12	1/12	1/20	0/21	2/12	1/13
	Julio 02		Agosto 02		Septiembre 02		Octubre 02		Noviembre 02		Diciembre 02	
Ind. 1	0,3%	0,3%	100%	100%	100%	100%	1,02%	1,9%				
Ind. 2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
*	0/16	0/18	3/14	4/16	2/16	2/17	1/16	1/16	0/12	0/13	2/15	1/16
	Enero 03		Febrero 03		Marzo 03		Abril 03		Mayo 03		Junio 03	
Ind. 1	100%	100%	1,02%	0,64%	100%	100%	100%	100%	0,68%	0,64%		
Ind. 2	0/20	0/20	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
*			1/14	1/14	2/19	2/22	2/23	1/22	2/7	1/7		

\*n° especialidades retiradas que van a caducar/ n° especialidades revisadas.

Los errores detectados se notifican al personal implicado en la reposición y se analizan para implantar medidas de mejora: 1) Errores de ubicación-identificación: modificación de método de reposición a partir de envases cerrados: evitar confusiones de especialidades con apariencia similar; ej.: adrenalina-atropina. 2) Especialidades retiradas próximas a caducar permiten identificar aquellas con un índice de rotación más bajo: pueden ser retiradas y sustituidas por otras de mayor consumo.

**Conclusiones:** El seguimiento de estos indicadores ha permitido optimizar las revisiones del sistema automatizado de dispensación, evitando errores potenciales de administración y contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial.

P-280

## CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES MAYORES EN UN ÁREA DE SALUD

González I, Cerra C, Mediavilla L, Pérez D, Franco A

P-279

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de prescripción de éstos fármacos en el Área VIII del Principado de Asturias, determinando las principales indicaciones y las presentaciones utilizadas. Evaluar la calidad de la prescripción de estos fármacos en relación con las indicaciones de la OMS.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo transversal y de calidad científico técnica. *Ámbito:* Centros y consultorios informatizados (OMI-AP) antes de junio de 2002. *Sujetos:* Todos los pacientes adultos con alguna prescripción de estos fármacos durante el año 2002. La selección se realizó a partir de las matrices de los talonarios de prescripción de los médicos de Atención Primaria (AP). *Mediciones:* Se recogieron las siguientes variables a partir de la historia clínica: edad y sexo del paciente, diagnóstico, fármacos prescritos, vías y formulaciones, origen de la prescripción, motivo de la prescripción, uso de laxantes y/o medicación coadyuvante, seguimiento de escalera analgésica y adecuación de la prescripción a los criterios de calidad de la OMS (seguimiento de la escalera analgésica Y uso de laxantes).

**Resultados:** Se prescribieron opioides mayores a 106 pacientes, lo que supone una prevalencia de 25,49/10.000 (20,98-30,7). La edad media era de 71,53 años (d.s 12,94) siendo el percentil 25 de 67 años. El 55,7% de los pacientes eran mujeres. El tratamiento había sido indicado por dolor oncológico en el 54,7% de los casos (45,18-64), si bien el diagnóstico más frecuente fue artrosis (15,09%; IC: 9,2-22,87). El número medio de prescripciones por pacientes fue de 2,27. En el 74,5% de los pacientes (60,58-77,98) se había prescrito en algún momento fentanilo. El origen de las prescripciones fue principalmente Atención Primaria (48,1%; 38,59-57,67) seguido de la Unidad de Cuidados Palitativos del Área (29,8%; 21,61-39,11). Se utilizó medicación coadyuvante en el 84,5% de los pacientes (79,49-90,52). La prescripción de estos fármacos seguía las indicaciones de la OMS en un 52,9% (43,28-62,33) de los casos, habiéndose seguido la escalera analgésica en el 77,4% de los pacientes (68,67-84,57) y utilizándose laxantes en el 62,1% (52,49-71,1).

**Conclusiones:** Parece elevado el uso de esta medicación para dolor no oncológico así como el uso de nuevas presentaciones como el fentanilo transdérmico. La calidad de la prescripción es un aspecto claramente mejorable, en especial relación con el uso concomitante de laxantes.

## ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UNIDADES ASISTENCIALES CON SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIAS Y CON SISTEMA TRADICIONAL

Rubio-Salvador AR, García-Rodríguez RM, Puñal-Peces D, Moya-Gómez P

P-281

**Palabras clave:** Prescripción. Calidad. Dosis unitaria.

**Objetivos:** Analizar la calidad de la prescripción médica en Unidades Asistenciales donde está implantado el Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitarias (SDMDU) y donde está implantado un sistema tradicional de distribución de medicamentos por Reposición de Stock (SDMRS), para evaluar su posible influencia en la mejora de la calidad de la prescripción médica y la disminución de errores potenciales de medicación a ese nivel.

**Métodos:** Se revisaron todas las primeras Ordenes Médicas de todos los pacientes ingresados en el hospital durante un día elegido al azar antes de su transcripción por el Servicio de Farmacia. Los datos analizados se agruparon en función de su procedencia: pertenecientes a pacientes ingresados en Unidades Asistenciales con SDMDU o pertenecientes a pacientes ingresados en Unidades con SDMRS.

**Resultados:** El número total de pacientes estudiados fue de 44, de los cuales 29 (65,90%) estaban ingresados en Unidades con SDMDU y 15 (34,10%) en Unidades con SDMRS. Los indicadores más significativos obtenidos fueron: a) Datos demográficos mínimos requeridos del paciente: nombre y apellidos 90% (SDMDU), 100% (SDMRS); NHC 62% (SDMDU), 93% (SDMRS). b) Datos clínicos del paciente: alergias 21% (SDMDU), 13% (SDMRS); Condiciones clínicas especiales 31% (SDMDU), 0% (SDMRS); diagnóstico 41% y 0% respectivamente. c) Datos del prescriptor: firma 41% (SDMDU), 87% (SDMRS); nombre 14% (SDMDU), 27% (SDMRS); servicio al que pertenece 59% (SDMDU), 80% (SDMRS). d) Medicamentos: indica forma farmacéutica 50% (SDMDU), 36% (SDMRS); indica dosis 43% (SDMDU), 47% (SDMRS); indica pauta 100% en ambos casos; indica vía 70% (SDMDU), 54% (SDMRS); n° medicamentos no incluidos en guía 3% (SDMDU), 3% (SDMRS), n° medicamentos prescritos de forma genérica 18% (SDMDU), 10% (SDMRS).

**Conclusiones:** El SDMDU y la Orden Médica Destinada para prescribir los medicamentos a los pacientes ingresados en Unidades con éste sistema de dispensación, parece influir de manera ligera en la mejora de la calidad en la dispensación y administración de los medicamentos a los pacientes ingresados. Se deben diseñar estudios que analicen las etapas posteriores a la primera prescripción realizada por un facultativo en ambos sistemas de dispensación, con el fin de evaluar la posible influencia de la Intervención Farmacéutica en la mejora de la calidad de la información contenida en las Ordenes Médicas.



#### VALORACIÓN DE RESULTADOS DE CALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Espinosa-Gómez MP, López-Bellido D, Rodríguez-Blanco B, Macía-Losada J, Ares-Rico R

Hospital Comarcal Valdeorras.

P-282

**Palabras clave:** Calidad Programa Farmacia.

**Objetivos:** Valoración de resultados de calidad asistencial y calidad percibida mediante la implantación de programas de atención farmacéutica a pacientes al alta hospitalaria.

**Métodos:** Se documentan las actuaciones del servicio de farmacia hospitalaria para la puesta en marcha del programa "finalización de tratamientos al alta" en un hospital comarcal de 100 camas. Se realiza un análisis comparativo del coste farmacéutico de los tratamientos dispensados al alta (período de estudio enero-marzo 2002) generado en el centro hospitalario y el coste de adquisición mediante sistema tradicional de recetas.

Se describen los resultados en una encuesta de satisfacción realizada a través de una muestra aleatoria de pacientes.

**Resultados:** El número de altas evaluadas totales/dispensadas es 952/335. Se realiza dispensación sólo de los tratamientos agudos que presentan fecha de finalización. No se dispensan tratamientos crónicos. Grupos terapéuticos más prescritos: antihistamínicos 13,1%; analgésicos 22%; corticoides 14,6%; antiinfecciosos 13,1%; HBPH 10,3%; antiulcerosos 4,6% Aines 2,8%. Encuesta de satisfacción: El 74,36% se manifiestan muy satisfechos con la nueva medida, entendiendo las explicaciones sobre la administración de los medicamentos y desea que se siga realizando. El 21,84% no sabe o no contesta, solamente el 3,8% manifiestan no importarles el sistema utilizado. Ahorro del coste farmacéutico: En el período estudiado es de 56,52%.

**Conclusiones:** El sistema empleado demuestra conseguir los objetivos de eficiencia inherentes a un sistema público. El incremento de la información por parte de profesionales farmacéuticos supone un elemento importante de calidad asistencial. Los índices de satisfacción y calidad percibida animan al desarrollo e implementación de modelos similares.

#### TEMA 6-IV

### Investigación en servicios sanitarios

#### GRUPO DE MEJORA PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Abad MR, Núñez E, Alcober P, Mesa P, Midón J, Penon ML  
Hospital Geriátrico San Jorge.

P-283

**Palabras clave:** Grupo mejora. Medicamentos.

**Objetivos:** Describir el trabajo realizado y los resultados conseguidos por el grupo de mejora en el proceso de utilización de medicamentos.

**Métodos:** Se creó un grupo constituido por todos los profesionales implicados, formado por dos geriatras, dos enfermeras (una de cada planta), un residente de geriatría, la supervisora de farmacia, una auxiliar del servicio y la farmacéutica, que modera el grupo. Posteriormente se realizó una tormenta de ideas y se anotaron todos los problemas detectados, para después priorizarlos e implantar acciones de mejora.

**Resultados:** El grupo se ha reunido mensualmente con constancia escrita de los temas tratados. Se han detectado 28 áreas de mejora, que se han priorizado en función de su repercusión clínica, facilidad de solución, frecuencia de aparición y concordancia en la valoración entre profesionales. Se han iniciado acciones de mejora en diez de ellas y se han resuelto tres. La actividad del grupo ha favorecido la adquisición de una envasadora de sólidos, el cambio de la empresa que realizaba el modelo de orden médica y la puesta en marcha de un programa de notificación de errores.

**Conclusiones:** La creación del grupo de mejora interdisciplinar ha favorecido la implicación y motivación del personal involucrado en el proceso de utilización de medicamentos y ha permitido poner de manifiesto los problemas existentes y priorizar las acciones de mejora a implantar.

#### CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (ONE STOP CLINIC) EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

Martínez R, Moreno FT, Calventus P, Gascó RM, García D, Herrero C

Hospital Morales Messeguer.

P-284

**Palabras clave:** PAAF. One stop clinic. Cáncer de mama.

**Objetivos:** Describir la actividad de la consulta de alta resolución en el diagnóstico precoz del cáncer de mama en el Hospital Morales Messeguer de Murcia.

**Métodos:** En un período de dos meses, hemos atendido a 19 pacientes remitidas desde la campaña de cribado para el cáncer de mama, asintomáticas con mamografía de sospecha. En un mismo día, las pacientes eran recibidas por el cirujano, quien tras la historia clínica, exploración y explicación del circuito, la remitía al radiólogo. Éste tras realizar las exploraciones necesarias, si estaba indicado, avisaba al equipo de anatomía patológica para realizar una punción aspiración con aguja fina (PAAF) con control ecográfico. El material obtenido se teñía in situ; con una tinción de Giemsa rápido y si era necesario se repetía la punción. Si el material era adecuado, se teñían el resto de los portas con la misma tinción y el patólogo emitía un diagnóstico de certeza o de sospecha, tras el cual la paciente era recibida de nuevo por el cirujano, quien le explicaba los resultados diagnósticos y los pasos a seguir.

**Resultados:** De las 19 pacientes recibidas, 12 se les realizó PAAF (63%), obteniéndose en 9 (75%) el diagnóstico definitivo. La media de tiempo empleado por paciente fue de 50 minutos. El tiempo medio de tinción y diagnóstico de las punciones fue de 20 minutos. El tiempo hasta el tratamiento definitivo, fue de 10 días.

**Conclusiones:** La implicación de los Servicios de Anatomía Patológica en este tipo de consultas agiliza el tratamiento quirúrgico definitivo, mejoran la comunicación entre los profesionales implicados, facilitan la gestión de las pocas consultas disponibles y mejoran la calidad de la atención a estas pacientes.

## ADECUACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

P-285

Zambrana JL, Velasco MJ, Ramírez LM, Montijano AM, Alba C, Gómez JA

Hospital Alto Guadalquivir.

**Palabras clave:** Adecuación. Ictus.

**Objetivos:** Valorar la adecuación o no de las técnicas de imagen realizadas en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía con accidente cerebro vascular agudo.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una muestra aleatoria de 80 historias clínicas correspondiente a pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular en 24 servicios de medicina interna de los Hospitales Públicos de Andalucía. Valoramos la adecuación de las técnicas de imagen realizadas (tomografía computarizada, resonancia magnética, ecocardiograma y ecodopler carotídeo) en base a los documentos de consenso "Appropriateness Criteria del American Collage of Radiology y el Task Force de la American Heart Association.

**Resultados:** Incluimos a 80 pacientes con accidente cerebrovascular agudo, 45 varones y 35 mujeres. La edad media fue de 74 (10) años. Un 90% de los ictus fueron de etiología isquémica y el resto hemorrágicos. En el 100% de los episodios se realizó una tomografía computarizada, siendo todas ellas adecuadas. Sin embargo, un 11% de los pacientes debió realizarse una segunda tomografía pasados 48 horas, sin que se les realizara. En el 6% de los pacientes se les realizó resonancia magnética, todas inadecuadas. Al 13% de los pacientes se les realizó un ecocardiograma, siendo el 50% inadecuados.

**Conclusiones:** La adecuación de las técnicas de imagen ante pacientes con accidente cerebrovascular agudo es elevada, fundamentalmente en el caso de la tomografía computarizada craneal. Otras técnicas de imagen tales como resonancias magnéticas o ecocardiogramas son poco utilizadas, y con frecuencia de forma inadecuada.

## INFORMACIÓN CODIFICADA EN UN HOSPITAL GENERAL MEDIANO

P-287

Gutiérrez-Suárez MV, Díaz-Álvarez L, García-García A, Mones-Iglesias AL

Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres.

**Objetivos:** Incrementar la calidad de la información y de sus sistemas de recuperación.

Facilitar a los profesionales datos fiables para la investigación.

**Métodos:** Formación específica de personal sanitario (ATS y Auxiliar Administrativo con dedicación exclusiva).

Revisión sistemática de toda la información disponible al alta del paciente: Informe de Alta, Historia Clínica, registros informáticos del hospital,...

Codificación mediante la clasificación CIE-9.

**Resultados:** Se ha comprobado que el Informe Médico de Alta muestra errores de asignación en el diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y comorbilidades acompañantes, al no estar claramente definidos los criterios de inclusión de estos procesos.

Se han identificado y resuelto problemas de acceso a la información.

**Conclusiones:** La revisión sistemática de toda la información, no sólo del Informe de Alta, y la cualificación del personal encargado de la codificación incrementan la calidad y exhaustividad de los sistemas de información.

## FACTORES ASOCIADOS A CAMBIO DE UBICACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

P-286

San Cristóbal E, Arche JM, Fernández E, Castaño N, Alonso M, Pintado E

Hospital Monte Naranco.

**Palabras clave:** Cambio ubicación. Ictus e Indicador de resultado.

**Objetivos:** La institucionalización al alta es un indicador de resultado a tener en cuenta en los pacientes con una Enfermedad Cerebrovascular (ECV), sin embargo en nuestro medio estas tasas son bajas (7,4%), por lo que hemos creado un nuevo indicador, cambio de ubicación que incluiría el Acogimiento familiar. Conocer los factores asociados cambio de ubicación al alta en pacientes que han sufrido una ECV.

**Métodos:** Se analizan los pacientes dados de alta en nuestra Unidad de Ictus, excluyendo aquellos institucionalizados previamente, desde 1999 hasta 2002 (n: 1.182, 60,2% mujeres, edad: 79,6 ± 6,9), en lo que se refiere a factores demográficos, clínicos (Severidad del Ictus según la puntuación en la escala de Orpington y complicaciones), funcionales (Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y al alta) y asistenciales (Valoración social y estancia), en función de un cambio de ubicación al alta.

**Resultados:** La incidencia de cambio de ubicación fue de 27,7%. Las variables que mostraron asociación estadística fueron: a) *Factores demográficos:* sexo mujer: 15,7% vs varón: 11,1%, vivir solo (69,1% vs 17,4%), convivencia previa con cónyuge 15,3% frente al 19,3%. b) *Características clínicas:* puntuación en la Escala de Orpington (5,09 ± 1,6 vs 3,9 ± 1,6). Con respecto a las complicaciones: infección urinaria (52,5% vs 23,4%), retención urinaria (47,3% vs 26,4%) y depresión (36% vs 25,9%). c) *Características funcionales:* IB previo (92,3 ± 16 vs 87,5 ± 20,9), IB al ingreso (16,6 ± 23 vs 32,5 ± 28), IB al alta (35,9 ± 33,7 vs 57,2 ± 31,6). En el análisis de regresión logística, las variables que permanecieron con asociación estadísticamente significativa con cambio de ubicación fueron: Severidad de la ECV al ingreso, IB previo, IB al ingreso, Infección urinaria y convivencia previa.

**Conclusiones:** Los pacientes que requieren un cambio de ubicación al alta, presentan una mayor afectación neurológica y funcional, y sufren más complicaciones. Se puede realizar un modelo predictivo precoz utilizando el IB y la convivencia previa, así como la afectación neurológica y funcional al ingreso.

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ENFERMEDADES CRÓNICAS VERSUS PATOLOGÍA MENTAL

P-288

Marín-Serral J, Aguilar-Martín C, Bertomeu-Vergés M, Romero-Fraile MJ, Fatsini-Piñol M, Cervera-Baiges D

**Palabras clave:** Calidad de vida. Salud mental.

**Objetivos:** Valorar si hay diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre pacientes atendidos en atención primaria con diagnóstico de patología mental comparado con cualquier enfermedad crónica.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* Atención primaria. *Población:* Grupo 1: Pacientes atendidos en el centro de atención primaria (CAP) con diagnóstico de patología orgánica no psiquiátrica; Grupo 2: Pacientes atendidos en el CAP con patología psiquiátrica. *Muestra:* 49 por grupo para detectar diferencias de medias con una confianza del 95% y potencia del 80%. *Variables:* La CVRS se mide mediante el cuestionario SF36 (versión validada en catalán). Variables sociodemográficas, tipo de patología mental y/o crónica. Análisis estadístico de comparación de medias por la prueba t de Student y la U de Mann-Whitney cuando no cumple el supuesto de normalidad.

**Resultados:** Se estudian 49 sujetos con enfermedad mental y 53 con enfermedad crónica. Se presentan los resultados de las diferentes dimensiones del cuestionario SF36 según la presencia de patología crónica mental u orgánica:

Dimensión	Enf crónica orgánica	Enf crónica mental	Dif de medias	IC 95% dif medias
Función física	70,7	64,1	6,6	-4,6-17,9
Rol físico	83,7	44,4	39,3	22,9-55,6
Dolor corporal	65,3	54,4	10,9	-2-23,8
Salud general	61,6	50	11,6	1,8-21,5
Vitalidad	65,1	38	27,1	15,8-38,5
Función social	88	50	38	25,5-50,5
Rol emocional	85,9	44,6	41,3	25,4-57,2
Salud mental	74,9	38,6	36,3	26,3-46,4

**Conclusiones:** Podemos observar que los pacientes con patología crónica mental presentan puntuaciones inferiores en la mayoría de las dimensiones del SF36 (rol físico, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) por lo que tienen un deterioro importante de la calidad de vida superior incluso a cualquier otra patología crónica.

## ÁMBITO DE DIFUSIÓN DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO. EL CASO ESPAÑOL

Sobrido-Prieto M, Candia-Bouso B, Lema-Devesa MC

P-289

**Palabras clave:** Revisiones. Metodología.

**Objetivos:** Las revisiones sistemáticas pueden considerarse una pieza clave para unir investigación y clínica. A través de ellas se sintetiza la abrumadora cantidad de información científica existente, al mismo tiempo que se ofrece al clínico una información rigurosa y actualizada. El objetivo de este trabajo es identificar las revisiones sistemáticas realizadas en España y su difusión a través de publicaciones indexadas en Medline, desde 1966, fecha de creación de la base de datos hasta la actualidad.

**Métodos:** Para la localización de las revisiones sistemáticas se realizó una búsqueda en la base de datos Medline, elaborada por la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y considerada como una de las bases de datos de mayor importancia y difusión en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Dicha búsqueda se realizó durante el mes de mayo de 2003. La estrategia empleada fue buscando "Spain" como lugar de trabajo o Affiliation. El resultado se limitó a revisiones sistemáticas o "systematic reviews" a través de la posibilidad del Clinical Queries.

**Resultados:** Se localizaron un total de 422 referencias bibliográficas, de las que inicialmente fueron excluidas 13 por no cumplir los requisitos exigidos: bien por no estar realizados por ningún centro español o por no tratarse de áreas circunscritas al ámbito sanitario. De las 409 restantes se han localizado revisiones Cochrane e informes de evaluación, entre otros.

**Conclusiones:** La elaboración de revisiones sistemáticas en España es un proceso que se está implementando en los últimos años, tal y como se demuestra en el constante crecimiento de las mismas, así como la creación de instituciones que se dedican específicamente a este trabajo, como el centro Cochrane Iberoamericano o las diferentes agencias de evaluación existentes en España (5): A pesar de las iniciativas surgidas y del esfuerzo realizado, desgraciadamente la difusión y las posibilidades de recuperación no son las deseables. Resulta necesario los medios de difusión con el fin de provocar un impacto sobre las decisiones clínicas.

## ULCERAS POR PRESIÓN: ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Rodríguez M, Sánchez P, Gómez MV, Díaz Mendi AR, Robles M, Herrera P

Hospital Sierrallana.

P-291

**Palabras clave:** Ulceras por presión. Adecuación del tratamiento. Mejora continua.

**Objetivos:** Analizar la repercusión que han tenido las propuestas de mejora sobre el manejo de las úlceras por presión (UPP).

**Métodos:** Dentro del circuito de mejora continua de la protocolización asistencial se realiza un estudio prospectivo de pacientes que desarrollan UPP durante el ingreso, (enero-agosto 2002), y una segunda evaluación (abril 2002) tras la implantación de medidas correctoras.

**Resultados:** Enero-agosto 2002: 93 pacientes desarrollaron úlcera por presión (UPP) de origen nosocomial incidencia global 1,9%, con predominio femenino (54%). En relación a la evaluación del tratamiento de la UPP según estadios se obtuvo una adecuación del 53,29% para el I, del 55% para el II, del 83,47% para el III y del 90,14% para el IV, siendo considerados como no valorables entre el 8% y el 11% según estadios. Tras el análisis y discusión de los resultados se constituyó un grupo de trabajo encargado de identificar acciones de mejora. Las estrategias llevadas a cabo fueron: revisión y actualización del protocolo, difusión del mismo a través de charlas al personal implicado y carteles informativos, rediseño de la hoja de recogida de datos. Abril 2003: 23 pacientes desarrollaron UPP nosocomial, el 69,6% mujeres y la media de edad fue 79 años. La localización más frecuente fue el talón (44%) seguido del sacro (29,4%). El 80% fueron de grado I y el 20% restante II. La media obtenida por la escala Norton fue de 10,2 puntos. La adecuación del tratamiento fue del 100% para estadios I, II y III y del 87,5% para el IV. No ha habido ningún caso considerado no valorable.

**Conclusiones:** Las medidas adoptadas por el Grupo de Mejora han resultado muy positivas, destacando como principales logros la reducción de la inadecuación del tratamiento. La difusión del protocolo actualizado a todo el personal implicado a través de sesiones y de posters ha conseguido reducir el porcentaje de tratamientos no valorables.

## EVALUACIÓN DE LAS REASISTENCIAS EN 72 HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Robles M, Torre G, Rodríguez-Lera MJ, Robles I, Carazo AI, Gutiérrez JM

Hospital Sierrallana.

P290

**Palabras clave:** Reasistencias. Urgencias.

**Objetivos:** Monitorizar la proporción de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por segunda vez en un plazo de 72h tras haber sido dados de alta e identificar sus causas.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional, sobre los pacientes que fueron reasistidos en el Servicio de Urgencias durante mayo de 2002, excluyendo las visitas programadas para evolución o consultas especiales.

**Resultados:** Se registraron 232 (5,4%) reasistencias urgentes entre las 4.298 urgencias atendidas. La media de edad fue 47,24 (DE: 22,94) años, AIQ [28-70], Md: 47 años, con ligero predominio masculino (53%). El tiempo medio transcurrido entre ambos episodios fue de 1,54 (DE: 0,97) días, con una moda y mediana de 1 día. La reasistencia se produjo durante el mismo día en el 14,6% de las ocasiones, el 35,1% lo hizo al día siguiente, a los dos días el 30,5% y el 18% a los tres. El motivo que con mayor frecuencia generó la reasistencia fue el dolor (38,1%), habiendo acudido por el mismo motivo el 61,8% de ellos. El diagnóstico principal al alta se relacionó en su mayoría con enfermedades infecciosas y parasitarias (39,3%), seguido por neoplasias (10%). Al agrupar los motivos de reasistencia en se observa que la mayoría acudieron por el mismo motivo que la primera visita (39,3%). El destino tras el alta fue fundamentalmente el domicilio (81,2%), 14 pacientes ingresaron en el hospital (5,9%), 8 (3,3%) fueron trasladados a otro hospital.

**Conclusiones:** La tasa de reasistencia urgente ha sido del 5,4% encontrándose ligeramente por encima de la registrada por el grupo de hospitales de nuestra categoría (5%). El perfil del paciente que reaccide al Servicio de Urgencias es el de un paciente joven, sin ingresos hospitalarios previos en el último año y con riesgo leve. Es importante destacar que la persistencia de dolor ha sido el motivo que con mayor frecuencia ha generado la reasistencia.

## CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE CURAS Y VENDAJES EN UN CENTRO DE SALUD

Álvarez EL, Carretero MD, Boqué M, Cruz M, Martínez JL

P-292

**Palabras clave:** Derivación. Consulta Referencia. Optimizar.

**Objetivos:** Analizar la necesidad de la creación de una Consulta de Enfermería de referencia para atender patologías relacionadas con curas, vendajes e incluso yesos; debido a que el acceso al Centro de Salud de Especialidades, por vía ambulatoria, tiene la consiguiente lista de espera que, en el caso de Cirugía y Traumatología repercute directamente en la evolución, diagnóstico y tratamiento del proceso.

**Métodos:** Aplicando las directrices de Metodología de Calidad se realiza estudio descriptivo prospectivo de tres meses de duración (marzo-mayo 2002), donde se recoge la actividad asistencial de curas, vendajes y yesos en Consultas de Enfermería y Medicina de Familia, así como en Pediatría. Muestra significativa de 230 personas de la población, que acuden a Consultas del Centro por su patología traumática relacionada con el estudio. Se estudian las siguientes variables: 1) Paciente: Externo (inducido por Profesionales ajenos al Centro). Interno (captados en Consulta del Centro). 2) ILT (Incapacidad Laboral Transitoria)/Alta. 3) Derivación a Especialista. 4) Constatación del diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud. 5) Alta de la patología desde el Centro de Salud. **Resultados:** Del total de la muestra: Paciente externo 134 (58,26%). Paciente interno 96 (41,73%). ILT 57(24,78%) -Alta ILT en Consulta 33 (57,89%). Derivaciones a Especialista 31 (13,6%) de los cuales 22 ILT (70,96%). Altas directas en el proceso de cura 108 (46,95%) valoradas en la primera visita del Centro de Salud.

**Conclusiones:** A través del estudio, podemos objetivar que el profesional del Centro de Salud, tras la primera visita es capaz de asumir el alta del proceso sin derivación al Especialista. Hemos remitido a Especialistas un 13% de la muestra en estudio, de los que un 92% era seguimiento/control de fractura, encontrándose el 71% de éstos, de baja laboral. Se incrementa positivamente el control de la ILT facilitando el alta laboral sin la necesidad previa de valoración por especialista. Se aprecia que la posible creación de una Consulta de Referencia en el Centro de Salud, optimizaría la gestión del proceso: agilización en el tiempo de espera, evolución, seguimiento y alta/derivación; por tanto no solamente mejoraría la calidad asistencial de los pacientes sino que indirectamente también repercute en una mejor gestión; por ejemplo, disminución de listas de espera en Especialistas.



## CONTROL DE TEMPERATURA DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS

Hernández-Jaras MV, Martínez-Gómez J, Trujillo-Rodríguez L, González-Roa C, Pérez-Gonzalo F, Miquel-Gómez A

P-293

**Palabras clave:** Control Temperatura Medicamentos

**Objetivos:** Establecer un sistema de control de la temperatura de los medicamentos contenidos en el botiquín de las unidades de atención domiciliar médica urgente (UAD).

**Métodos:** Se realizó una búsqueda en el mercado del termómetro que más se adaptará a las necesidades requeridas: pequeño, que no le afecte el movimiento de la unidad móvil, y que permita medir la temperatura sin que el personal de la unidad asistencial dedique tiempo a esta labor. Se seleccionó un Mini-Data Logger Testo 174. Se determinó el rango de temperaturas deseables, fijándose el límite inferior en 15°C y el superior en 25°C. La toma de temperaturas se programó para hacerse cada hora. Se consideró, al menos inicialmente, hacer el volcado de los datos 1 vez al mes. Se elaboró una instrucción técnica indicando con qué y cómo se realizaría el control de temperatura de los botiquines. Se fijaron los termómetros a los botiquines, y se presentaron al personal médico.

**Resultados:** Se dispone de los registros de temperaturas de los botiquines de UAD (total 15), desde el 11 de febrero de 2003 hasta la fecha. Esta información se archiva en soporte informático y en soporte papel (la gráfica). En los 3 meses (febrero, marzo y abril) se ha sobrepasado en todos los casos el límite inferior. En febrero ningún boquín superó el límite superior. En marzo no se dispone de datos de 1 botiquín, de los 14 restantes 8 superaron el límite máximo fijado, en 7 en menos de 5°C y sólo 1 superó los 30°C. Durante el mes de abril en todos los casos se superó el límite máximo en más de 5°C, salvo 1 que soportó una máxima de 29°C.

**Conclusiones:** 1) La implantación de este sistema de registro de temperatura permite disponer de datos reales de temperatura soportada por los medicamentos en el botiquín, así como del tiempo al que han estado expuestos a temperaturas fuera de los límites. 2) Es necesario hacer una revisión exhaustiva de la información disponible, con vistas a fijar unos límites inferior y superior más bajo y más alto, respectivamente, así como de la influencia del periodo tiempo que soportan temperaturas fuera de los mismos. 3) De cara a los meses de verano, será necesario articular algún mecanismo para que los botiquines soporten durante el menor tiempo posible temperaturas por encima del límite superior fijado. 4) Dada la tendencia observada es necesario estudiar qué hacer con los medicamentos que han estado sometidos a temperaturas extremas durante más tiempo del recomendado.

## EL PROYECTO MULTINACIONAL EUROPEO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN EL HOSPITAL GENERAL. FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA

Sarasola A, Lobo A, Campos R, Valdés M, De Pablo J, Farré JM  
*Hospital Clínico Universitario Zaragoza.*

P-295

**Palabras clave:** Psiquiatría de Enlace. Calidad Asistencial. Estudio multicéntrico.

**Objetivos:** Utilizar técnicas de la Gestión de Calidad para mejorar la calidad de las intervenciones de interconsulta y en enlace en el Hospital General, previa documentación sistemática y estandarizada del proyecto asistencial.

**Métodos:** Se revisan brevemente las bases filosóficas de la disciplina y sus fundamentos empíricos, y se describen los antecedentes del estudio y las fases del proyecto, que incluyen el diseño y validación de instrumentos de registro, el programa formativo en gestión de calidad, el método de registro sistemático de las prestaciones asistenciales y la priorización e intento de solución de los problemas detectados en la práctica clínica.

**Resultados:** Se documenta la factibilidad del diseño e implementación de un original programa europeo y español de gestión de la calidad asistencial en Psiquiatría de enlace. En nuestro país se ha completado el estudio en seis hospitales y se han documentado de forma estandarizada las intervenciones en 3.608 pacientes.

**Conclusiones:** 1) Se documenta una importante actividad clínica en pacientes a menudo "complejos" por la comorbilidad somático-psiquiátrica. 2) Se ponen de manifiesto algunos problemas en el proceso de intervención. 3) Existe una importante demora en la petición de consultas a la psiquiatría de enlace fruto de una mala planificación en este campo.

*Resto autores:* E García Camba, M Girón, M Lozano, C Aibar, S Carreras, MD Crespo, D Huertas, C Montón, JA Padierna, A Martínez, B Stein, F Huyse, T Herzog, Grupo Fiss y Grupo Español de Trabajo de Psiquiatría de Enlace y Psicopatología (GETPEP).

## ADJUDICACIÓN DE UN QUIRÓFANO PARA URGENCIAS COMO FACTOR DE CORRECCIÓN CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE ACTIVIDAD DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

Claret M, Blanes G, Escolano F, Navarro S, Torre P, Iñiesta C

P-294

**Palabras clave:** Quirófano de urgencias. Gestión bloque quirúrgico.

**Objetivos:** 1) Disminuir la espera preoperatoria de los procesos urgentes. 2) Disminuir la lista de espera de los procesos urgentes traumatológicos. 3) Mejora de la reasignación de quirófanos. 4) Mejora de las incidencias en la programación electiva.

**Métodos:** Febrero 02: Reunión con jefes de servicios quirúrgicos y responsables del área (Análisis de situación y propuestas de mejora). Marzo 02: Presentación de "un plan de mejora" al comité de dirección, jefes de servicio y profesionales del área quirúrgica. Abril 02: Aplicación de medidas iniciales "Prueba piloto", trabajo de campo monitorizado en el área quirúrgica. Presentación de conclusiones y propuestas a jefes de servicio y profesionales del área quirúrgica. Mayo 02: Inicio de implementación del "plan de acción consensuado". Junio 02: Puesta en marcha de la "mesa de programación" constituida por dirección, gestión área, gestión de pacientes, anestesia, cirugía, COT. Octubre 02: Implementación de una nueva oferta de quirófanos por servicios y disponibilidad de un quirófano diario de urgencias.

**Resultados:** 1) Disminución de la estancia preoperatoria de los procesos urgentes. 2) Disminución del número de pacientes en espera pendientes de procesos urgentes traumatológicos. 3) Disminución de las reclamaciones. 4) Disminución de las incidencias en la programación electiva. 5) Aumento de la actividad electiva.

**Conclusiones:** La adjudicación de un quirófano para las intervenciones urgentes supone una mejora cuantitativa y cualitativa de la programación y actividad de todos los servicios, siendo el primer beneficiario el paciente.

## REDUCCIÓN DE LA TASA DE HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS DE LABORATORIO

Vélez-Regueiro M, Albán-Salgado A, Méndez-Leivas H, Boullón-Agrelo J  
*Fundación Pública Hospital Da Barban.*

P-296

**Objetivos:** Durante los primeros meses del año 2002 se detectó en el laboratorio de bioquímica de la Fundación Pública Hospital da Barbanza (FPHB) que un número de muestras procedentes del servicio de Urgencias superior al esperado llegaban hemolizadas. Se realizó una medición en mayo del 2002, y la media durante ese mes fue de 6,5%, siendo el referente de la literatura alrededor del 4%. Las consecuencias de una tasa de muestras hemolizadas tan elevadas eran tanto económicas (conllevaba repetir los análisis, y por lo tanto un gasto en reactivos y tubos de ensayo, además del tiempo del personal de laboratorio dedicado a los re-ensayos), como de satisfacción de personal de urgencias y de laboratorio, así como de los pacientes. Desde la unidad de gestión de calidad del hospital se decidió crear un equipo de mejora interdisciplinar que incluyera facultativos, DUEs, auxiliares de clínica y técnicos, tanto del servicio de Urgencias, como del de Laboratorio.

**Métodos:** Tras una revisión de la literatura, se determinaron las principales causas de la hemólisis. Mediante sucesivas reuniones de formación entre el personal del laboratorio y personal de enfermería del servicio de Urgencias se recomendaron técnicas de buena práctica tanto en la punción como en la manipulación de las muestras para minimizar el riesgo de hemólisis. Se utilizaron ANOVA y gráficos de control para obtener conclusiones estadísticas de los resultados.

**Resultados:** La tasa de hemólisis durante el mes de abril de 2002 fue de 6,5%. Tras las acciones de mejora, que incluían el cambio de antiséptico, la no utilización de vía periférica, y la formación en técnicas de extracción de sangre, la tasa media de los cuatro primeros meses de 2003 fue de 3,4%, lo que significa una reducción del 47%. Posteriores estudios mediante ANOVA y gráficos de control confirman esta reducción y que la tasa se ha estabilizado, sin aparecer puntos fuera de control.

**Conclusiones:** Se detectó que la principal causa de hemólisis era el elevado uso de vías periféricas y el tipo de antiséptico utilizado. La implicación del personal de enfermería, la formación ofrecida por el personal de laboratorio, y el subsiguiente cambio de prácticas en el Servicio de Urgencias conllevó a una notable reducción del rechazo por hemólisis desde el laboratorio.

## ¿DIFERENTES CURAS, IGUAL EVOLUCIÓN?

Cubí MT, Piñana N, Balaguer C, Primé C, Calderó C, González N  
Hospital de la Santa Creu.

P-297

**Palabras clave:** Enfermería. Cuidados. Úlceras por presión.

**Objetivos:** Conocer el grado de efectividad de los diferentes tratamientos utilizados en el centro para las curas de las personas con úlceras por presión. Comparar los diferentes tratamientos con la evolución del paciente. Constatar el grado de utilización del protocolo establecido en el centro para el tratamiento de las úlceras por presión. Unificar criterios en los cuidados de enfermería.

**Métodos:** Estudio observacional quincenal, con corte trasversal para la selección de la población, estableciendo criterios de selección y criterios de exclusión basados en las posibilidades de curación de las úlceras. **Población:** n = 17. Personas ingresadas en el centro que presentan úlceras por presión de grado II, III y IV. **Duración del estudio:** 6 meses. Inicio 25 de febrero 2003. Final 29 de julio de 2003.

Elaborada documentación específica para la recogida de datos. Incluye: *Datos del paciente:* Edad y tiempo de ingreso. Diagnóstico de Enfermería, Estado físico y psíquico. (Escala de Barthel y Minimental). *Datos del tipo de cura:* Tipo de cura. Frecuencia. *Evolución de las úlceras:* Tipo y número de úlceras. Descripción. Control de la extensión. Los datos para la evolución son recogidos por una enfermera responsable de cada una de las unidades, los martes de cada quince días, y/o siempre que se produzcan cambios significativos en el estado general de la persona, que puedan incidir en la evolución de la curación de las úlceras.

**Resultados:** A la espera de poder ofrecer los datos definitivos, simplemente referir que esperamos obtener información relevante respecto a las diferentes técnicas y constatar la efectividad de los diferentes tratamientos.

**Conclusiones:** La efectividad del tratamiento nos permitirá unificar los protocolos de actuación ante el tratamiento de úlceras por presión. La recogida de los datos de los cambios significativos a partir del diagnóstico de enfermería, será otra herramienta para adecuar el protocolo. El estudio permitirá una planificación de los cuidados de manera exhaustiva para conseguir la mejora rápida del paciente y por ello también una mejor calidad asistencial.

## OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA, ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y REPERCUSIONES ECONÓMICAS

Benegas-Capote JM, Fernández-Mastro JM, Ferrer-Aguareles JL, Jurado-Sebastián M, Puerto-Pino P, Enciso-Arjona MI

P-298

**Objetivos:** Conocer la prevalencia en la utilización de técnicas de Oxigenoterapia Continua Domiciliaria (OCD) en la Comunidad Autónoma de Extremadura durante el año 2002, desagregada por Áreas y ajustada por población adscrita, así como las posibles consecuencias económicas derivadas de las desviaciones encontradas respecto de la prevalencia media estatal.

**Métodos:** Estudio transversal a través de los datos facilitados por la empresa proveedora y Gerencias de Área durante el año 2002.

**Resultados:** La prevalencia por 100.000 habitantes en la C. Autónoma fue de 193,28 pacientes, Badajoz 163,29 y Cáceres 212,14. *Por Áreas de Salud (AS):* Badajoz (BA) 179,97; Mérida (ME) 149,19; Villanueva-Don Benito (VDB) 240; Llerena-Zafra (LLZa) 84; Cáceres (CC) 250,39; Plasencia (PL) 251,89; Navalmoral (NA) 196,29; Coria (CO) 150. Según la literatura manejada la prevalencia media en el estado está en torno a 100. El nº medio mensual de pacientes oscila en un rango entre los 475,75 del AS de CC y los 81 del AS de CO. El costo real total en Extremadura en el 2002 derivado de las prestaciones de OCD fue: 2.923.244,67 €. Provincia de BA 1.571.294,26 y CC 1.351.950,41. Por AS: BA 669.992,56; ME 330.944,74; VDB 494.312,21; LLZa 129.557,54; CC 669.992,56; PL 418.595,26; NA 149.284,69; CO 114.077,9. El gasto hipotético ajustado según prevalencia media estatal sería: Extremadura 1.494.244,58 €. Por provincias: BA 924.645,12; y CC 569.599,46. Por AS: BA 342.593,91; ME 221.828,64; VDB 205.982,37; LLZa 154.240,2; CC 251.966,43; PL 165.579,93; NA 76.026,55; CO 76.026,55.

**Conclusiones:** La prevalencia de uso por 100.000 habitantes, de las prestaciones de O. C. D. en Extremadura es casi el doble (193,28), de la media estatal (100), con un rango de 251,89 (AS de PL) y 84 (AS de CO, única por debajo). Estas prestaciones suponen para Extremadura durante el año 2002 un costo real según precios de mercado de 2.923.244,67 €. Las posibilidades ahorro si se consiguiera ajustar la prevalencia en la Comunidad, a la media estatal se cifran en 1.429.000,09 € oscilando entre los 288.329,84 € del AS de VDB y los 38.051,35 del AS de CO. El AS de LLZa es la única que supone un ahorro al Sistema de 24.682,66 €. Es necesario establecer una mejora en la gestión del uso de este tipo de prestaciones que reduzcan la variabilidad en la prevalencia, acercándonos en lo posible a la media estatal, lo que supondría un ahorro económico del 48,8%.

## ESTUDIO DEL IMPACTO SOBRE LAS HbA1C DE UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LOS DIABÉTICOS DEL C. S. DE MORA DE RUBIELOS (TERUEL)

Mora D, Allepuz M, Argiles L, Benavent JL, Costart L, Licerias M y Otros  
Centro de Salud de Mora de Rubielos.

P-299

**Palabras clave:** Diabetes. HbA1c. Atención 1ª.

**Objetivos:** Evaluación del Programa de Mejora de la Cartera de Servicios prestados a los diabéticos a través del estudio de la comparación de medias de la HbA1C, antes y después de la intervención.

**Métodos:** Estudio cuasi-experimental, sin grupo control, de serie temporal múltiple antes y después. Participantes 67 pacientes en la Zona Básica de Salud de Mora de Rubielos. Identificación y clasificación de los participantes según las variables de sexo, edad, lugar de residencia, tratamiento con antidiabéticos orales o insulina y años de evolución. Aplicación y medición de las intervenciones acordadas en el Plan de Mejora de la Calidad que son: medición cuatrimestral de las HbA1C, estudio anual de proteínas en orina y electrocardiográfico de los pacientes con constatación de las alteraciones encontradas; se explicaran al paciente la finalidad de todas las actividades y de los resultados obtenidos.

**Resultados:** Los resultados porcentuales de las principales pruebas realizadas son: Se realizaron tres HbA1C al 94%, estudio de proteínas en orina al 98% y E.C.G. al 97% de los pacientes en el periodo de un año. El análisis de varianza para medidas repetidas de las HbA1C nos da un resultado estadísticamente significativo para un intervalo de confianza del 95%, que indica que existen diferencias en las medias de los grupos. Podemos pensar que estas diferencias son debidas a las actividades realizadas en el contexto del Programa de Mejora continua de Calidad.

**Conclusiones:** Los controles analíticos de sangre, orina y las exploraciones cardiovasculares, programadas y exhaustivas, consiguen que los pacientes se sientan más controlados y como consecuencia mejoren sus valores de HbA1C.

## DIAGNÓSTICO DE ASMA EN LA POBLACIÓN GENERAL

González de la Flor P\*\*, Fajardo-Contreras MC\*, Valverde-Bolívar J\*, Jover-Casas JM\*\*, Hernández-Utrera I\*\*, Aguilera-Tejero R\*

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

P-300

**Palabras clave:** Asma bronquial. Calidad de vida relacionada con la salud. Atención Primaria.

**Objetivos:** Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en población sometida a screening poblacional para la detección de asma bronquial.

**Métodos:** Diseño descriptivo transversal. **Emplazamiento:** Ámbito geográfico: Una Zona Básica de Salud de una ciudad con altas concentraciones estacionales de alérgenos ambientales. Temporal: 1 de febrero de 2003 a 31 de marzo de 2003. **Sujetos:** Población de referencia: población adscrita a la Zona Básica de Salud. **Población elegible:** población de referencia administrativa y telefónicamente accesible. **Muestra:** Población elegible seleccionada mediante muestreo aleatorio simple hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. **Mediciones:** A todos los individuos de la muestra se les realizó el Cuestionario de calidad de vida EuroQol 5D y un screening para establecer el diagnóstico de sospecha de asma. A los que resultaron positivos, se les realizó un estudio más detallado en el Centro de Salud.

**Resultados:** Resultados principales: Tras el screening, se estableció la sospecha de asma en el 54,8% de los sujetos encuestados. La edad media de los mismos es de 30,4 años, el 58,8% son mujeres y el 41,2% son hombres. Los sujetos seleccionados en el screening presentaron los siguientes porcentajes de problemas en las 5 dimensiones del EuroQol: movilidad 5,9%, cuidado personal 0%, actividades cotidianas 5,9%, dolor/malestar 17,6% y ansiedad/depresión 23,5%. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a los sujetos no seleccionados, sin embargo la dimensión ansiedad/depresión rozó la significación estadística (p = 0,052). La media de la Escala Visual Analógica (EVA) del EuroQol entre los sujetos seleccionados fue de 76,5 puntos y entre los no seleccionados de 81,93 puntos, sin embargo estas diferencias tampoco alcanzaron la significación estadística. Respecto a la población general, el porcentaje de problemas fue menor en las 4 primeras dimensiones del EuroQol y mayor en la dimensión ansiedad/depresión (23,5% vs. 13,7%).

**Conclusiones:** No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los sujetos seleccionados mediante el screening de asma bronquial y los no seleccionados. Sin embargo, destaca el hecho de que el porcentaje de problemas de "ansiedad/depresión" es sensiblemente mayor en los sujetos con sospecha de asma. Además, este porcentaje es notoriamente superior al de la población general.

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

## EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR) TRAS UN AÑO DE DESARROLLO

P-301

Cucullo-López JM, Ramos-Ibáñez R, Gamboa-Huarte B, Manrique-Permany JM, Navarro-Cirujeda M, Guajardo-Sinusúa I

**Palabras clave:** Anciano. Deterioro Funcional. Evaluación.

**Objetivo:** La CAR se creó como una opción de consulta externa que oferta una atención rápida y eficaz al paciente anciano con deterioro funcional reversible derivado de Atención Primaria. La meta de la actividad es la valoración rápida. Tras un año de funcionamiento la comunicación presenta los resultados de los indicadores de calidad planteados para su evaluación.

**Métodos:** Para la medición de la actividad de la CAR se consensuaron unos estándares de calidad y sus correspondientes indicadores. Analizamos todos los individuos derivados desde Atención Primaria a la consulta, previa presentación a los coordinadores de los Equipos de Atención Primaria que se sumaron a la iniciativa. Los estándares valorados fueron: adecuación del paciente derivado (indicador nº de incluidos/nº derivados: 80%), demora de inicio de proceso (indicador demora de primera visita: 15 días), tiempo de ejecución de proceso (indicador porcentaje de casos resueltos en 2 días: 90%); cumplimentación de los instrumentos de valoración (escala de Barthel, de Tinetti y SPMSQ) (indicador porcentaje de realización de los cuestionarios: 90%).

**Resultados:** Se realizaron 168 consultas, edad media 79,5 años y predominio femenino (63,7%). Las causas principales de derivación fueron: deterioro funcional (21%), ACV (16%) y fractura de cadera (12%). La normalidad cognitiva estaba presente en más de la mitad de la muestra pero la situación funcional era de deterioro moderado-severo con riesgo medio de caídas. En el 98,8% de los casos se realizó la visita en menos de 15 días. El proceso de la valoración y decisión terapéutica se realizó en el 100% de los casos en el periodo de 2 días marcado como ideal, siendo el 99,4% ejecutado en 1er día. El cumplimiento de los instrumentos de valoración se adecuaban al valor del indicador establecido salvo el SPMSQ que se cumplimentó en el 89%. Únicamente el 50,6% de los casos estudiados se adecuaban al paciente tipo de la consulta.

**Conclusiones:** 1) Los estándares de calidad y sus indicadores se han cumplido según los valores establecidos salvo en la cumplimentación del SPMSQ que roza el valor y la adecuación del paciente derivado. 2) Los estándares que miden el funcionamiento intrínseco de la consulta indican buen rendimiento y adecuación. 3) El paciente derivado es seleccionado por elementos ajenos a la unidad y es el único estándar con resultado no es satisfactorio. Se han articulado estrategias correctoras orientadas a mejorar la adecuación del paciente derivado al paciente tipo establecido.

## CREACIÓN, INICIO DE FUNCIONAMIENTO Y ANÁLISIS DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS

P-303

Aloy-Duch A, Pedemonte-Gallifa J, Cortés-Lopera E, Berrocal-Corredó M, Bot-Pairo O, Pastor-Moreno A

**Palabras clave:** Unidad de corta estancia. Ingresos.

**Objetivos:** Analizar y describir el inicio de funcionamiento de una Unidad de Corta Estancia (UCE) en un servicio de urgencias de un hospital comarcal.

**Métodos:** Estudio transversal, observacional y retrospectivo de todos los pacientes ingresados consecutivamente en la nueva unidad UCE durante tres meses. Esta unidad tiene 8 camas individuales polivalentes gestionada por un especialista médico del servicio de urgencias.

**Resultados:** Hemos incluido 495 pacientes. La edad media fue de  $62 \pm 27,33$  años con 54,7% varones y 45,3% mujeres. El 71,9% eran pacientes ingresados por Medicina Interna. El índice de ocupación y de rotación diarios fue del 70,3%. La estancia media fue de  $24,48 \pm 20$  horas. Del total de pacientes ingresados en la UCE: un 54,9% lo hizo para observación ("UCE propiamente"), y un 45% por falta de camas, considerándose ya como hospitalizados en planta ("en espera de cama de planta"). Respecto al destino al alta de la UCE, el 47,5% ingresaron definitivamente en el hospital (un 72% de éstos así se había indicado desde el principio) y el 52,5% de los pacientes se les dio de alta: un 38,5% al domicilio (un 86,4% de éstos había ingresado para observación) y un 14% se trasladó a otro centro (el 78,1% de éstos así se había programado inicialmente). Los reingresos antes de las 72 horas, entre 3 y 30 días y > de 30 días para los pacientes que fueron dados de alta de la UCE fueron 0%, 1,6% y 0,5% respectivamente, frente a los que ingresaron en planta que fueron 0,42%, 3,8% y 1,7%, respectivamente ( $p = NS$ ).

**Conclusiones:** Los datos epidemiológicos coinciden con otras series consultadas (sexo, edad media e índice de ocupación) siendo, lógicamente, el servicio de Medicina Interna el que más se ha beneficiado de la unidad. Queremos destacar el resultado de la estancia media, prácticamente de un día, que ha sido comparable con otro tipo de unidades. La indicación de ingreso en la misma ha sido correcta, permitiendo dar de alta del hospital a más de la mitad de los pacientes que hubieran requerido probablemente ingreso en las plantas de hospitalización, sin un aumento de los reingresos. La UCE ha funcionado durante el período estudiado como unidad de observación, que ha sido el motivo por la que se ideó y creó, si bien la posibilidad de utilizarla como área "en espera de cama de planta", ofrece al servicio de urgencias un área flexible de drenaje y al paciente una asistencia médica, de enfermería y de hostelería más correcta, completa y confortable.

## IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DESDE UN PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA

P-302

Rodríguez-Maribona-Trabanco B, Aguilar-Rivera DL  
Hospital de Jarrio, Asturias.

**Palabras clave:** Implantación Proceso Asistencial.

**Objetivos:** 1) Asegurar la satisfacción del cliente con una actuación integral. 2) Asegurar la rentabilidad de la actividad. 3) Abordar dificultades de una actuación integral. 4) Identificar, medir la importancia y el nivel de la prestación para seleccionar las expectativas en que es necesario mejorar. 5) Identificar los elementos del entorno de mayor influencia. 6) Mejora de la actividad cotidiana en cada una de las áreas y niveles.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital comarcal de Jarrio (Asturias) entre octubre-diciembre 2000 a través de: información ingreso pacientes, información a través de familiares, información de recursos y prestaciones, análisis de las prestaciones más adecuadas y gestión de procedimientos. Análisis y resúmenes estadísticos (datos, flujogramas, fichas, informes, etc) Planes de mejora.

**Resultados:** 1) Implantación del Servicio de Trabajo Social. 2) Disminución en la estancia media. 3) Atención integral. 4) Coordinación entre los distintos niveles y departamentos.

**Conclusiones:** 1) La gestión del subproceso asistencial implantado logra la reducción de un objetivo clave en el proceso de la atención integral hospitalaria. 2) Pasar de una intervención de asistencia a demanda a una intervención por procesos. 3) Se modifican situaciones a través de una calidad en la asistencia influyendo en la productividad del hospital.

## INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS INTERVENCIONES SOBRE EL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

P-304

Lorente T, Villarroya E, Charre E, González A, Betrán G, Aller, A

**Objetivos:** Planificar una mejora en las intervenciones sobre el tabaquismo llevadas a cabo en nuestro Centro de Salud.

Evaluar la situación actual, detectar oportunidades de mejora y en base a ello, diseñar un plan de mejora y una evaluación periódica de actividades y resultados.

**Métodos:** Estudio emplazado en un Centro de Salud Rural. 1) Estudio de Nivel de Calidad. Muestreo aleatorio sistemático de 180 historias clínicas. Se definen 8 criterios de proceso y 1 de resultado. 2) Análisis de las Causas: Confección de un diagrama de afinidades entre los miembros del Equipo. 3) Diseño y puesta en marcha de un plan de Mejora, y Formación. 4) Adopción de decisiones en común (protocolo/guía).

**Resultados:** Resultados del Estudio de Nivel de Calidad. Destaca un 93% de cumplimiento (IC 95%: 87-99%) al cuantificar el consumo tabáquico (criterio 2). Bajo cumplimiento en la investigación del grado de motivación para el abandono (criterio 6: 0%) y del grado de dependencia (criterio 5: 2,4%). Se muestra en un diagrama de Pareto el porcentaje de cumplimiento de todos ellos. Se expondrá de forma gráfica un diagrama de afinidades. En donde se recogen las posibles medidas sugeridas por el equipo para la resolución del problema, entre las que destacan las necesidades de formación. Se presenta un detalle de las actividades realizadas y programadas, especialmente la temática de las sesiones de formación: la entrevista motivacional, manejo de test de dependencia (Fagerstrom) y motivación (Richmond), empleo de la terapia sustitutiva y anticraving, y el taller de manejo del medidor de CO espirado. Se acuerda la adopción de la guía de actuación: "Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador, documento recomendado por la semFYC. La asistencia a las sesiones y talleres y el interés mostrado por los miembros del Equipo han sido muy altos. Se presentará el cronograma general de actividades mediante diagrama de Gant, con inclusión de la planificación de las reevaluaciones.

**Conclusiones:** El nivel de partida en atención al tabaco en nuestro Centro de Salud es bajo. Parece ser necesaria una adecuada formación en tabaquismo para una práctica efectiva. Dicha formación estaba siendo reclamada por el equipo y ha sido muy bien aceptada por todos los estamentos del Equipo.



## APROXIMACIÓN A LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MEDIANTE EL CMBD. ¿PODEMOS MEJORAR LOS INFORMES DE CIERRE DE HISTORIA?

P-305

Martínez-Ortega MC, Blanco G, Conesa M

**Palabras clave:** Éxitus. Informe. CMBD.

**Objetivos:** Analizar las causas de mortalidad a través del CMBD de hospitalización para determinar áreas de mejora en el cierre de la historia clínica.

**Métodos:** Se analizaron los éxitus de un hospital de 235 camas durante el año 2002. Se establecieron como variables de estudio: datos de filiación, distribución de éxitus por servicios y diagnóstico principal, así como por días de estancia hasta el éxitus. Se analizaron los diagnósticos inespecíficos, los englobados bajo el capítulo de la CIE "síntomas, signos y estados mal definidos" y se revisó el informe de alta cuando el diagnóstico principal pudiera resultar discordante como causa de éxitus.

**Resultados:** Durante el año 2002, se produjeron 306 éxitus, 59% hombres y 41% mujeres. El 62% (188) eran > 80 años, 30% (92) tenían entre 65-80 años y 8% (26) < 65 años. Si analizamos las patologías de estos 26, el 65% son pacientes oncológicos, 19% presentaban patología del aparato circulatorio, 8% respiratorio, 8% digestivo. Por servicios se distribuyen: 82% Medicina Interna, 10% Cirugía General, 5% Cirugía Vascular, 2% Urología y 1% Traumatología. Los servicios de Ginecología, Oftalmología, Cirugía Plástica y Psiquiatría no tuvieron ningún éxitus durante el año 2002. En cuanto a la distribución por servicio y edad: Medicina Interna 218 (87%) > 70 años, 158 (63%) > 80, 13% < 70 años; de éstos 41% corresponde a neoplasias. Cirugía General 87% > 70 años, 13% < 70; de éstos el 100% fueron neoplasias. Cirugía Vascular 94% > 70, 69% > 80, 6% < 70. En Traumatología y Urología el 100% son > 70 años; 25% y 33% > 80 respectivamente. Por grupos de patología, el 83% de diagnósticos se pueden englobar en patología respiratoria (24%), neoplasias (20%), patología cardíaca (18%), cerebrovascular (13%) y patología de la circulación periférica (8%). Se revisaron diagnósticos como "Admisión para tratamiento paliativo" que correspondieron a neoplasias y un caso a cirugía vascular, "Otras enfermedades respiratorias no clasificadas bajo otro concepto", y los códigos del capítulo de la CIE "síntomas, signos y estados mal definidos" que resultan poco adecuados como diagnóstico principal en un cierre de historia.

**Conclusiones:** A pesar de que el CMBD no refleja de modo directo la causa de muerte, la revisión de los éxitus puede ser una herramienta para proporcionar a los clínicos oportunidades de mejora en relación a los informes de alta de estas historias. Se debería evitar que el informe de alta de un éxitus reflejara un diagnóstico impreciso o inespecífico.

## ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

P-307

García R, Jover C, Urruela M  
Hospital de Basurto.

**Palabras clave:** UPP Seguimiento Estrategias.

**Objetivos:** Identificar qué metodologías o formas de trabajo nos permiten mejorar en la prevención del riesgo de desarrollar úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.

**Métodos:** En el año 1994 se implantó en el hospital el Protocolo de Úlceras Por Presión, existiendo aún en la actualidad gran variabilidad en la aplicación del mismo por parte del personal de enfermería. Para la evaluación del riesgo de desarrollar UPP utilizamos la escala de Gosnell modificada.

Con el fin de disminuir la variabilidad existente y mejorar la calidad de los cuidados, a finales del año 2002 se creó un Grupo de Mejora formado por tres personas. Desde la constitución de dicho grupo se han desarrollado las siguientes acciones: estudio de incidencia, en el mes de febrero; estudio de prevalencia en el mes de mayo; y actualmente se está desarrollando un proyecto de investigación titulado "Evaluar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las UPP".

**Resultados:** El índice de úlceras por presión en las Unidades de riesgo del hospital en el año 2002 fue de 0,77%. La tasa de incidencia del mes de febrero arrojó un resultado de 1,9%; y el corte de prevalencia del mes de mayo obtuvo un resultado de 3,67% pacientes con UPP. Además, al analizar el número de úlceras del corte de prevalencia, el índice fue de 4,16%.

**Conclusiones:** 1) Es necesario establecer diferentes estrategias: Estudios de incidencia, estudios de prevalencia, ensayos clínicos etc. con el fin de obtener datos fiables que nos identifiquen áreas de mejora. 2) A pesar de que la Prevención y en Tratamiento de las UPP es un cuidado que enfermería viene desarrollando desde hace mucho tiempo, continúa sin estar interiorizado en el personal de enfermería la relevancia de la prevención de las UPP en la actividad diaria.

## CICLO DE MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN EL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO

P-306

Esteban M, Rodríguez-Alcalá FJ, Vallés N, Carrasco J, García MI, Chacón J

**Palabras clave:** Cirugía Menor. Ciclo de Mejora. Atención Primaria.

**Objetivos:** Analizar la calidad de las actividades del Programa de Cirugía Menor en Atención Primaria en el Área de Toledo, aplicar medidas correctoras y evaluar el impacto de las mismas.

**Métodos:** Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2001, evaluación retrospectiva, con criterios de estructura y de proceso en 247 historias clínicas, seguida de intervención de mejora de tipo estructural, educacional y organizativa. Reevaluación año 2002-2003 en 233 historias, de los criterios de proceso. Unidades estudio: pacientes intervenidos en cirugía menor en 9 Centros de Salud, periodo 1/1/99 a 31/12/00 en la evaluación y agosto de 2001 diciembre de 2002 en reevaluación. El muestreo fue aleatorio sistemático y el tipo de revisión interna con criterios explícitos y normativos. **Criterios de estructura:** Recursos humanos, materiales y flujogramas de organización. **Criterios de proceso:** Consentimiento Informado (firmado paciente y médico); historia (anamnesis, intervención y anestésico); plan de cuidados; anatomía patológica (resultado y registro de muestras); hoja informativa (consta entrega al paciente). Las medidas organizativas: diseño hoja clínica específica cirugía menor, hoja de registro de anatomía patológica y adecuación de los circuitos de anatomía patológica.

**Resultados:** **Criterios de estructura:** En la evaluación se cumplieron el 88,8% de las condiciones estructurales. No se reevaluó por considerar que no era necesario. **Criterios de Proceso:** El porcentaje de cumplimiento fue:

Criterio	Evaluación	Reevaluación	p
Consentimiento informado	56,9%	70,8%	< 0,01
Historia clínica	7,3%	79%	< 0,01
Cuidados de enfermería	19,8%	60,6%	< 0,01
Anatomía patológica	72,6%	86,3%	< 0,01
Hoja informativa	15,2%	60,1%	< 0,01

En la reevaluación, el porcentaje de cumplimiento de los criterios en los pacientes a los que se les había hecho hoja clínica de cirugía menor (174) fue de un 77,59%; 98,85%; 78,74%; 90,8% y de un 80,46% respectivamente, frente a un 50,85%; 20,34%; 8,47%; 74,58% y un 0% en los que no tenían realizada hoja de cirugía menor (59). La p en todas ellas es significativa (< 0,01) excepto en el criterio de anatomía patológica.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de medidas educacionales y organizativas ha mejorado sustancialmente las actividades del programa de cirugía menor. La realización de una hoja clínica específica de cirugía menor se ha revelado como la medida más eficaz en la mejora conseguida.

## ESTUDIO DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO-REHABILITADOR

P-308

Lozano A, Ayllón MP, Soler L, Salazar R, Fernández B, Pascual M, Martínez S, Acevedo MA, Marchante P  
Hospital de Guadarrama.

**Palabras clave:** Caídas en el Medio Hospitalario.

**Objetivos:** Conocer la incidencia de caídas en nuestro medio, las circunstancias en que se ha producido la caída y sus consecuencias.

Sufrir una caída durante la estancia hospitalaria es un hecho no deseable que repercute negativamente en el paciente y su recuperación. Nuestra intervención debe ir dirigida hacia la prevención. El análisis de los casos nos permite detectar áreas de mejora.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de las caídas sufridas en el hospital durante el año 2002. Existe un registro de incidencia que se cumplimenta con datos del paciente y del entorno, siempre que se produce una caída. Trimestralmente se analizan los datos recogidos y se proponen acciones de mejora.

**Resultados:** La incidencia de caídas durante el período estudiado, ha sido del 8,81% y, ajustada por estancias del 0,21%. La distribución de caídas ajustada por estancias en las diferentes unidades ha correspondido a: Unidad de Media Estancia 0,45%; unidad de neumología 0,07%; unidad de cuidados continuados 0,03%; unidad de cuidados paliativos 0,49% y unidad de crónicos reagudizados 0,24%. El turno en el que se han registrado más caídas ha sido en el de mañana con un 52,94%. El lugar de la caída más frecuente es la habitación, 72,55%, seguido del baño con un 17,65%. Los pacientes se encontraban solos en el momento de la caída en un 84,31% de los casos. Dentro de las características de los pacientes que han sufrido caídas, cabe destacar que el 84,31% tenían alteraciones en la movilidad; el 55,59% había ingresado para rehabilitación tras sufrir ICTUS; en el 55,55% de los casos los pacientes no eran de riesgo (según la escala de valoración de riesgo de sufrir caídas, Stratify). En el 77,77% de los casos la actividad en el momento de la caída era levantarse desde la silla, cama ó WC. El 50% de los pacientes iniciaban movilidad independiente; la consecuencia de la caída ha sido importante en 1 caso, leve en 2 y sin consecuencia en el resto.

**Conclusiones:** los pacientes que ingresan para rehabilitación representan un grupo de riesgo muy importante, especialmente aquellos que han sufrido ICTUS; dentro de este grupo el momento más crítico es cuando inician la deambulacion. La cumplimentación del registro de incidencia de caídas es de gran importancia ya que nos permite conocer mejor el perfil de los pacientes que sufren caídas durante la hospitalización.

**RESULTADO DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE LA JOINT COMMISSION EN EL PROCESO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO**

**P-309**

Blasco-Pagès A, Chicote-Carquero S, Ferro-García T, Montes-Borinaga A, Vidal-Millà A  
*Hospital Durán y Reynals.*

**Palabras clave:** Estándares. Sistema de trabajo.

**Objetivos:** 1) Ofrecer al paciente la mejor prestación asistencial basada en la evidencia científica disponible y en los criterios de calidad establecidos. 2) Disponer de un instrumento de trabajo sinérgico con los criterios de calidad y los niveles de evidencia en la práctica asistencial. 3) Monitorización de la práctica asistencial. 4) Monitorización de los resultados asistenciales.

**Métodos:** En el marco de la autoevaluación de nuestra institución, según el modelo EFQM, del criterio de Procesos, se realizó en el año 2000 una auditoría mediante los estándares de acreditación de atención al paciente de la Joint Commission. Posteriormente, se realizaron diferentes grupos de trabajo, todos ellos multidisciplinarios, en función de los resultados de la auditoría. Paralelamente, se trabajó con el mismo sistema, en la realización de las guías de práctica clínica, el modelo de enfermería y la documentación clínica. Finalmente, se utilizó la integración de todos los resultados para la elaboración de los instrumentos de trabajo diario, así como su monitorización, tanto a nivel de proceso como de resultado.

**Resultados:** 1) Sistema de valoración integral del paciente. 2) Sistema de valoración y seguimiento en: Nutrición, Nivel Funcional, Riesgo de Caídas, Úlceras por Presión, Riesgo de maltrato. 3) Programa de Educación Sanitaria. 4) Documentación específica de Enfermería y multidisciplinaria. 5) Protocolo de continuidad asistencial a domicilio. 6) Consentimiento informado. 7) Valoración preanestesia. 8) Vías clínicas de cuatro subprocesos asistenciales.

**Conclusiones:** 1) La utilización de los estándares ha permitido la introducción de mejoras de forma sistemática y metódica. 2) La sinergia de los equipos de trabajo ha permitido la incorporación de las mejoras sin grandes cambios organizativos, integrándose en la práctica asistencial diaria. 3) Se disponen de indicadores (se presentan los resultados) que permiten la evaluación continua.

**ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS: ANÁLISIS DESDE UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA**

**P-311**

Franco-Antón JR, Ibáñez-Pérez JA, Hernaiz-Armero E, Miró-Juan A, Aguado-Carmona JL, González-Álvarez I  
*Hospital Universitario San Juan.*

**Objetivos:** Detectar errores de ubicación de pacientes generados por un traslado, errores de datos incompletos escritos manualmente que, iniciarían errores en cascada de pruebas y diagnósticos radiológicos. Los Servicios de Radiología reciben la información sobre los pacientes en una solicitud cuya puerta de entrada son: celadores, administrativas, técnicos y enfermeros. Garantizar la seguridad de los pacientes exige la gestión adecuada de los riesgos asistenciales y la participación de todos los agentes que contribuyen al proceso asistencial.

**Métodos:** Se han valorado solicitudes de pacientes ingresados durante tres meses consecutivos. Se han estudiado 842 solicitudes y los siguientes ítems: si hay etiqueta de identificación; de las solicitudes realizadas manualmente, qué porcentaje tiene nombre apellidos y de éstas si consta la ubicación del paciente (planta y cama). Se han contabilizado también aquellas solicitudes con cambio de ubicación no comunicado al Servicio de Radiología. Se ha identificado el origen de la petición: doce plantas de hospitalización y urgencias. Se ha encuestado a los médicos para investigar las causas de no utilizar etiquetas.

**Resultados:** De las 842 solicitudes 62% fueron incorrectas en alguna de las variables. Un 25% no llevaba etiqueta, un 9% identificación incompleta o ausencia de ubicación y un 4% no se encontraba en la planta y cama referida en la solicitud. La mayor parte de las solicitudes, 76,4% procedían de seis plantas y de estas un 19,6% eran remitidas de una planta. El 91% de los médicos respondieron a la encuesta que no disponían de etiquetas al cursar la petición.

**Conclusiones:** Si se quiere reducir la tasa de errores de identificación y ubicación detectados es necesario: 1) Elaborar, difundir y controlar un procedimiento de traslado de pacientes dentro del hospital. 2) Inculcar la importancia del uso de etiquetas identificativas. 3) Realizar actividades de formación del personal para identificar correctamente a todos los pacientes siempre que se les solicite un estudio radiológico, se trasladen al Servicio de Radiología, se introduzcan sus datos en el ordenador y cuando acceden a la sala de exploración. 4) Abordar los riesgos propios de cada nivel y participar en los generados a lo largo de toda la cadena asistencial. Las Administraciones juegan un papel clave. 5) Comunicar los traslados de pacientes para evitar retrasos y maximizar el tiempo de ocupación de sala.

**PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL INMOVILIZADO EN EL CS RIOSA-ARGAME EMPLEANDO LAS NORMAS TÉCNICAS DEL INSALUD**

**P-310**

Alonso-Lorenzo JC, Fernández-Fernández I, García-Merino A, Suárez-Fernández J, Vázquez-Álvarez R

**Palabras clave:** Inmovilizado. Atención Primaria. Calidad.

**Objetivos:** Evaluar la calidad de la atención al inmovilizado utilizando las normas técnicas (NT) de la Cartera de Servicios del INSALUD dentro de un Proyecto de Mejora.

**Métodos:** Dimensión: calidad científico-técnica, unidades de estudio: Todos los pacientes incluidos en el servicio Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados en 2001 en el centro (N = 120), muestra: Se seleccionaron 59 historias a través de muestreo sistemático. Criterios: Se emplearon como criterios las NT de la Cartera de Servicios del INSALUD. Resultados: Se calculó el porcentaje de cumplimiento de cada subnorma, a partir de las subnormas se obtenía el resultado de cada norma, los resultados se compararon con la información preexistente del centro (evaluación de 2000).

**Resultados:** En 10 historias clínicas (16,9%) no se identificó el criterio de inclusión, por lo que se evaluaron 49 historias. Figuraba la identificación de la persona cuidadora en 39 casos (79,6%), la situación sociofamiliar en 34 (69,4%), la identificación de los problemas de salud en 45 (91,8%), los tratamientos farmacológicos que seguía en 40 (81,6%), la valoración funcional en 41 (83,7%), un plan de cuidados en 24 (51,2%), y anotaciones sobre consejo/información 28 (57,1%). En la evaluación de 2000 la identificación de la persona cuidadora se había realizado en el 66,7%, la situación sociofamiliar en el 72,2%, la identificación de los problemas de salud en 94,4%, los tratamientos farmacológicos que seguía en 83,3%, la valoración funcional en 55,6%, el plan de cuidados en 61,1% y anotaciones sobre consejo/información en 66,7%.

**Conclusiones:** El principal problema identificado es la falta de calidad del registro del servicio (criterio de inclusión en el servicio). Se observan empeoramiento en determinadas normas, como en el consejo/información sobre cuidados, no obstante otros apartados mejoran claramente, como es el caso de la valoración funcional. Se plantearon varias medidas correctoras: Clarificar en el equipo el criterio de inclusión, proceder a la actualización periódica y seguimiento de la calidad de los registros, actualizar el protocolo del inmovilizado y definir los contenidos de las visitas y la información a recoger con carácter obligatorio. Las NT pueden ser útiles para valorar el nivel de calidad prestada y valorar las medidas correctoras aplicadas.

**MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL VS. GESTIÓN INTEGRAL DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA.**

**P-312**

Ceballos C, Vicente LE, Bartol J, Teijeiro F, Martínez R, Alonso JC, Herrando C  
*Hospital Universitario de Salamanca.*

**Palabras clave:** Gestión. Calidad. Modelo.

**Objetivos:** Análisis comparativo de los modelos de gestión sanitaria y gestión de la garantía de calidad total.

**Métodos:** Búsqueda de artículos de publicaciones relativas a la gestión sanitaria y de calidad en el período 2000-2003. En MEDLINE y EMBASE (management, clinical, quality, EFQM, ISO, accreditation). Análisis descriptivo de los diferentes modelos y la descripción de los resultados sobre la influencia e impacto en la organización sanitaria.

**Resultados:** Un 5% (10) de las publicaciones inicialmente seleccionadas (200) fueron excluidas. La mayoría de las publicaciones tenían como tema central el modelo europeo EFQM (84), seguidas de la certificación ISO 9000-2000 y 9004-2000 (63) y acreditación (33).

**Conclusiones:** Se constata que la mayoría de investigaciones empíricas ponen de manifiesto cómo la gestión sanitaria basada en la gestión de la garantía de calidad total, mediante la aplicación de los diferentes modelos aislada o conjuntamente, constituyen en sí mismos la gestión integral de la organización sanitaria.

## TEMA 7

# Desarrollo de alianzas entre diferentes organizaciones

### ¿CADA PATOLOGÍA TIENE SU HOSPITAL?

Pérez S, Suárez TV  
Hospital Comarcal del Oriente de Asturias.

P-314

**Objetivos:** Estudio de las causas en las derivaciones de pacientes de nuestro centro al hospital de referencia.

**Métodos:** Análisis descriptivo de las causas de derivaciones de los pacientes desde el Servicio de Urgencias de nuestro centro (grupo 1) al Hospital Central de Asturias (grupo 4) desde enero a diciembre 2002.

**Resultados:** Del total de 627 pacientes trasladados (3,6% de los pacientes atendidos) se estudiaron el 97,1%. Las causas varían desde no disponer del servicio en nuestro centro (maxilofacial, plástica, neurocirugía), por presentar alto riesgo quirúrgico (UVI, hematología), o precisar de pruebas complementarias no disponibles. En algunos casos son difíciles de explicar las diferencias encontradas entre facultativos o los servicios.

**Conclusiones:** Debemos mantener una actitud autocrítica, decidiendo de forma individual en cada paciente, para llegar a conseguir la idoneidad en la toma de decisiones (adaptado de: Donavedian A. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990;114:1115-8).

### EXPERIENCIA DE INTERNALIZACIÓN EN UN LABORATORIO PARCIALMENTE EXTERNALIZADO

Secades R, Valle G, Pérez-Holanda S, Suárez TV  
Hospital Comarcal del Oriente de Asturias.

P-313

**Palabras clave:** Internalización.

**Objetivos:** Evaluar la conveniencia de internalización de pruebas externalizadas para su introducción en la cartera de servicios del laboratorio hospitalario, siguiendo para ello criterios de calidad.

**Métodos:** Estudiando la demanda se elaboró un nuevo volante de solicitud adaptado para atención primaria y atención especializada según perfiles y protocolos consensuados. Se realizó un estudio comparativo entre el coste de pruebas realizadas en el laboratorio externo y el coste por prueba informada en el hospital, abordando en este último la dotación de equipos analíticos y sistema informático, la carga de trabajo y los tiempos de respuesta.

**Resultados:** Se disminuyó el envío de pruebas al laboratorio de referencia (23.306 pruebas en 2001; 22.416 en 2002). Se internalizaron procedimientos analíticos con un coste inferior por prueba informada, acortándose los tiempos de respuesta y se mejoró la accesibilidad desde otras áreas del hospital a la base de datos del laboratorio, mediante la implantación de una weblab.

**Conclusiones:** Se han conseguido con estas acciones el racionalizar la demanda y contener el gasto, acercar nuestro trabajo a los clínicos. Asimismo supuso una disminución de los tiempos de respuesta y la posibilidad de disponer de un sistema informático y una dotación de equipos propios.

### HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL ÁREA VI DEL SESPA

Pérez S, Fernández A, Suárez TV, Rodríguez JM, Pérez JA, Riera JR  
Hospital Comarcal del Oriente de Asturias.

P-315

**Palabras clave:** Anticoagulación Oral.

**Objetivos:** Impulsar el inicio y desarrollo de un modelo mixto de gestión del control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) interniveles asistenciales para el Área Sanitaria VI del Principado de Asturias durante el ejercicio 2003.

**Métodos:** Cronograma: Aprobación de protocolos comunes interniveles, adaptación del sistema informático de transmisión de información, estratificación de pacientes y selección de los centros de salud para inicio del programa, realización de talleres de formación en anticoagulación oral de los equipos de Atención Primaria, formación práctica en el manejo del sistema, puesta en marcha y evaluación.

**Resultados:** Se inició el programa con éxito en el primer trimestre del presente ejercicio mediante un modelo de descentralización tutelada en los centros de salud de Llanes y Ponga. La herramienta determinante del procedimiento es el soporte informático y la tecnología de transmisión de la información entre Atención primaria y Atención Especializada. Se aportan resultados sobre la evaluación realizada.

**Conclusiones:** La estrecha colaboración y cooperación entre los equipos multidisciplinares de ambos niveles asistenciales, así como su implicación y motivación ha permitido alcanzar el objetivo enunciado.



## HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TARRAGONA "JOAN XXIII": UN MODELO DE GESTIÓN COMPARTIDA

**P-316**

Borruel-Llovera A, Montardit-Güell M, Díez-Liesa C, Luri-Manresa C, Folch-Ferré E, Spuch-Sánchez JA

**Palabras clave:** Hospitalización a domicilio. Gestión.

**Metodología:** La Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Joan XXIII de Tarragona nace en el año 1999 dentro del pacto de colaboración institucional ICS (Institut Català de la Salut) y GPSS (Gestió i Prestació de Serveis de Salut). Este sistema mixto de gestión, basado en la alianza estratégica de las dos instituciones, ha permitido el desarrollo de este proyecto común cofinanciado por las dos instituciones pero gestionado por el Hospital Joan XXIII. Mediante protocolos consensuados se establecieron los procesos que serían incluidos dentro de esta modalidad asistencial, manteniendo los criterios generales de inclusión en Hospitalización a Domicilio. También se realizaron reuniones con Atención Primaria para definir los criterios de colaboración que asegurasen la continuidad asistencial de los pacientes.

**Objetivos:** Mejorar la gestión optimizando los recursos existentes en ambas instituciones. Actuar de "puente" entre el Hospital y la Atención Primaria. Disminuir el coste por proceso. Disminuir la presión asistencial de Unidades de hospitalización convencionales y las listas de espera, obteniendo una mayor rotación cama-paciente. También disminuir la afluencia a Urgencias de pacientes afectados por patologías con alta frecuencia de reagudización. Dentro del ámbito socio-familiar, se pretende dar una atención más personalizada, con mayor grado de intimidad y con un mayor confort para el paciente y la familia, favoreciendo la implicación del paciente en su proceso y facilitando la recuperación funcional y psíquica del paciente. También de pretende disminuir las infecciones nosocomiales. Disminuir los fenómenos de "hospitalismo".

**Resultados:** Ver cuadro.

Actividad 2002	
Unidades	Núm. altas
Clínica dolor	1
Cirugía general	659
Toco-ginecología	296
Cirugía maxilo-facial	1
M. interna	160
Neumología	35
ORL	5
Pediatría	1
COT	29
Urología	35
Cirugía Vascular	72
Total	1.294

**Conclusiones:** La innovación de este modelo de gestión compartida aplicado a la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona ha permitido la integración de las diferentes culturas de ambas instituciones, favoreciendo la dinámica de desarrollo de este proyecto común. Los resultados de actividad de la Unidad confirman su consolidación tanto dentro del ámbito hospitalario como entre los distintos niveles asistenciales. También queda constatado que se ofrece una asistencia sanitaria de calidad, asegurándose la continuidad de cuidados y la optimización de los recursos. Los resultados de diferentes encuestas de satisfacción confirman la buena acogida de los usuarios.

## CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA EN UN NIVEL INTERMEDIO ASISTENCIAL: MEDICINA INTERNA DE ENLACE

**P-317**

Rodríguez P, García B, Pujol E, Otero JA, Cruz F, Aguayo DM

**Palabras clave:** Consultas externas de alta resolución. Atención Primaria.

**Objetivos:** La asistencia extrahospitalaria de consultas externas necesita urgentes soluciones por su problemática actual; demora en listas de espera, flujo indiscriminado de pacientes a varios especialistas, descoordinación, etc. La Medicina Interna puede ofrecer unas óptimas perspectivas en este ámbito, actuando como interlocutores de Atención Primaria (A.P.), para reconducir y orientar esta forma asistencial.

**Métodos:** En marzo de 2000, se puso en marcha en nuestra provincia un modelo de consulta denominada "Orientación diagnóstica y Terapéutica" (CODT), íntimamente relacionada con A.P., con capacidad para evaluar 23 pacientes diarios (11 nuevos-12 revisiones), que prioriza los pacientes, aquellos que precisen un manejo diagnóstico rápido, y que orienta el flujo de los mismos, desde la patología banal, no subsidiaria de ninguna otra actitud, hasta la derivación especializada (A.E) y la hospitalización cuando se requiere. Los pacientes son remitidos mediante documento (P-111), y en los casos preferentes-urgentes se dispone de un teléfono directo.

**Resultados:** En el año 2002 evaluamos 3.828 pacientes. 1.427 pacientes nuevos y 2.346 revisiones. Media de nuevos/día: 7 pacientes. De 306 altas analizadas (SPSS): 36% Hombres, 63% Mujeres. Un 15% D. telefónicas (demora < 5 días). La media de demora en primeras visitas: 10,5 días. El tiempo medio de resolución al alta: 33,7 días. Promedio de pruebas por paciente 1,3, la media de visitas por paciente de 2,01. Motivos de consulta más frecuentes: Sd. constitucional, lumbalgias, anemias, artralgias, cefaleas, alteraciones analíticas y radiológicas, síncope, dolor abdominal, etc. Patologías mas prevalentes al alta: Ap. Locomotor 20%, Digestivas (15%), Cardiovasculares, Neoplásicas (10%), otras. Destinos al alta: 67% A.P., 30% A.E. y un 3% Ingreso programado. Encuesta de satisfacción a médicos de A.P.: 95%-98% muy satisfechos o satisfechos con esta consulta.

**Conclusiones:** 1) La capacidad de resolución de un Internista en una consulta de nivel intermedio asistencial es muy alta, bajo consumo de pruebas y escasas revisiones. 2) La Asistencia ambulatoria de consultas externas, necesita de fórmulas como esta para orientar, tanto patologías subsidiarias de manejo diagnóstico preferente, como el flujo de los pacientes en este ámbito. 3) La CODT es una buena alternativa para el diagnóstico rápido de los pacientes, diagnosticando un 10% de neoplasias de forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso y con tiempos de resolución en el manejo muy óptimos.

## DESCENTRALIZACIÓN DE CONSULTAS HOSPITALARIAS A ATENCIÓN PRIMARIA: EFECTOS SOBRE LA DEMANDA

**P-318**

Jiménez A, García MA, García T, García JA, Guerado E, Ortiz IM  
Hospital Costal del Sol.

**Palabras clave:** Consultas externas. Cirugía Ortopédica y Traumatología.

**Objetivos:** Evaluar el impacto, sobre el número de derivaciones realizadas por Atención Primaria, de la descentralización de consultas externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) desde el hospital a los centros de salud (CS) del área.

**Métodos:** El Hospital Costa del Sol, situado en Marbella, trasladó las consultas de COT a los CS de Estepona (localizado a 36 Km del hospital) y Albarizas (a 6 Km) en Noviembre de 2001 y Mayo de 2002, respectivamente. Se estudió el número de derivaciones a consultas de COT desde ambos CS en los años previo y posterior a la descentralización. Como control, se analizó el aumento de peticiones de cita entre 2001 y 2002 en el resto de CS del área. El estudio se realizó sobre la base de datos, localizada en el hospital, en que se almacenan todas las citas asignadas.

**Resultados:** El CS de Estepona solicitó 1.354 consultas de COT durante el año previo a la descentralización y 2.738 consultas en el año siguiente (+ 102%) alcanzando una frecuentación de 63 derivaciones por 1.000 habitantes y año. El CS de Albarizas pasó de 1.005 solicitudes durante el año previo a 2.332 derivaciones en el año siguiente (+ 132%) situándose su frecuentación en 59 derivaciones por 1.000 habitantes y año. El resto de CS, en que no se realizaron cambios, experimentaron un aumento promedio del 16% entre 2001 y 2002, con 39 derivaciones por 1.000 habitantes y año.

**Conclusiones:** El traslado de las consultas de COT a Atención Primaria supuso doblar, en sólo un año, el número de derivaciones a esta especialidad. El aumento fue aún mayor en el CS más cercano al hospital frente al más alejado. Como ocurre tantas veces en el campo de la asistencia sanitaria, la mejora de la oferta provocó un aumento inmediato de la demanda.

## PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

**P-319**

Jiménez M, Muro I, Costillo J  
Unidad del Dolor, Badajoz.

**Palabras clave:** Dolor. Programa. Extremadura.

**Objetivos:** 1) Mejorar la evaluación y tratamiento del dolor lo más cerca posible de donde se produce: centro de salud, domicilio. 2) Mejorar la evaluación y tratamiento del dolor en la mayor parte de los dolores que pueden ser atendidos por su médico de familia, o por el especialista del hospital, sin necesidad de técnicas complejas. 3) Disponer de unidades específicas de Dolor, que sean motor de formación en evaluación y tratamiento del dolor y atiendan las necesidades de pacientes con dolor crónico que requieren acciones no susceptibles de proporcionarse en su entorno inmediato.

**Métodos:** 1) Creación de Unidades del Dolor dotadas de médicos procedentes, uno de Atención Primaria y otro de Atención Hospitalaria y enfermeras y personal auxiliar. 2) Desarrollo de un Programa Regional de Evaluación y Tratamiento del Dolor: a) Creación de un grupo multidisciplinar por cada una de las ocho áreas de salud. b) Multidisciplinariedad definida por: 7 Médicos (1 Médico de la Unidad del Dolor, 1 Anestesiista, 1 Médico área quirúrgica, 1 Médico área clínica, 1 Médico área de urgencias, 2 Médicos de Atención Primaria). 4 Enfermeras (1 Enfermera de la Unidad del Dolor, 1 Enfermera área quirúrgica, 1 Enfermera área médica, 1 Enfermera de Atención Primaria). 1 Trabajador Social. 1 Psicólogo. c) Debate. Técnica de grupo nominal. Presencia física 3 reuniones, resto a través de internet.

**Resultados:** 1) Funcionamiento de dos Unidades del Dolor. a) Docencia externa (centros de salud, servicios hospitalarios y unidades de enfermería de hospitalización) 50-60% de su actividad. b) Asistencia dentro de la unidad: 30-40%. c) Docencia interna, dentro de la unidad: 5-10%. d) Investigación: 5-10%. e) Organización: 5-10%. 2) Creación de 8 grupos multidisciplinarios, uno por área de salud. En estos momentos debate del documento del Programa Marco.

**Conclusiones:** 1) Mejorar en el abordaje del dolor requiere recursos específicos destinados al efecto. 2) La dotación de unidades orientadas a la docencia básica en dolor permite influir en la mejora del mismo en lo más difícil de modificar: la cultura establecida ante el mismo y en lo más abundante para cambiar: el tratamiento farmacológico y la educación para la salud de los pacientes. 3) El establecer un programa con carácter regional ha comprometido a políticos y gestores en su desarrollo. 4) La multidisciplinariedad en el abordaje ha motivado la participación tanto intragrupo como intergrupos de categorías profesionales homogéneas de las diferentes áreas de salud.

**COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA. GRUPO DE TRABAJO DE POLÍTICA ANTIBIÓTICA EXTRAHOSPITALARIA**

**P-320**

Hidalgo E, de Miguel D, Modroño G, Díaz-Múgica T, López C, Pérez E  
*Hospital de Jove, Gijón.*

**Palabras clave:** Política antibiótica. Consenso. Grupo de trabajo.

**Objetivos:** Consensuar con atención primaria la política de utilización de antibióticos en infecciones de la comunidad unificando criterios de uso de antibióticos para determinadas patologías. Mejorar la prescripción y disminuir las resistencias de los patógenos prevalentes en los distintos tipos de infección.

**Métodos:** Se realizó el Proyecto de coordinación de atención especializada y atención primaria con la siguiente metodología y cronograma: 1) Estudio de los datos locales de etiología y resistencias de los patógenos más prevalentes del área. 2) Creación de un Grupo de Trabajo interdisciplinario compuesto por: Coordinador de Grupo (Presidente de la Comisión de Infección y Política antibiótica de nuestro hospital). 1 médico de familia por cada centro de salud del área adscrita al hospital (3 en total). 1 representante de Farmacia de Atención Primaria. 1 microbiólogo por cada hospital de área (2 en total). Miembros voluntarios de la Comisión de Infección y Política antibiótica. 3) Presentación previa del proyecto a los coordinadores de los centros de salud. Inicio: Enero de 2002. Desarrollo: 2002. Implantación y 1ª Evaluación: 2003.

**Resultados:** Inicio del Proyecto en enero de 2002 por la Comisión de Infección y Política antibiótica del Hospital. Mantenimiento de reuniones previas a la presentación del proyecto durante 2002 (Comisión de Infección y política antibiótica del hospital, coordinadores de centros de atención primaria, farmacia de atención primaria, microbiología del otro hospital del área, gerencia de atención primaria). Nombramiento por la Gerencia de Atención Primaria de tres médicos de los centros de salud correspondientes al área. Realización de la 1ª reunión en febrero 2003: Asistencia de todos los convocados. Se nombró coordinador y secretario del grupo que levantó acta de la misma: Se establecieron objetivos, prioridades y se designaron responsables de tareas. Se asignó la periodicidad de las reuniones. Se determinó diseñar el protocolo de tratamiento de la infección urinaria quedando asignada la responsabilidad del mismo a los tres médicos de atención primaria y un miembro de la comisión de infección y política antibiótica. Microbiología aportó los datos de etiología y resistencias de los microorganismos más frecuentes aislados en orina en el área V durante el año 2002. Se actualizaron y unificaron para primaria y especializada las normas de recogida de orina para entregar a los pacientes. Farmacia de AP se encargó de realizar un Anexo con las presentaciones y posología de los antibióticos recomendados. Se celebraron 4 reuniones mensuales para finalizar el primer protocolo a las que también acudió un representante del Servicio de Urología del Hospital de Jove.

**Conclusiones:** Destacar la utilidad de proyectos de coordinación entre primaria y especializada del que este trabajo es un inicio con buena acogida por parte del grupo de trabajo. Proyectos de este tipo precisan de un liderazgo claro (en este caso por parte de la Comisión de infección y política antibiótica del hospital de Jove) y de un consenso amplio (asegurado por los interlocutores implicados). Es necesario contar con una mínima infraestructura responsable de la organización formal y de la coordinación (plasmada en la concreción de la sede, actas, convocatorias, periodicidad mensual y establecimiento de objetivos y tareas). El proyecto tiene que completarse mediante la difusión y aceptación del protocolo por parte del resto de profesionales de atención primaria y con los métodos de evaluación de seguimiento que se establezcan.

**TEMA 8**

**Responsabilidad social:  
gestión de residuos, medidas  
de impacto**

**GESTIÓN DE RESIDUOS EN CENTROS SANITARIOS DE EXTREMADURA**

**P-321**

García J, Stoduto P, Monzón P  
*Servicio Extremeño de Salud.*

**Objetivos:** 1) Optimizar la Gestión de Residuos. 2) Homogeneizar los criterios de segregación. 3) Protección para los profesionales y usuarios. 4) Protección del Medio Ambiente. 5) Reducción de costes.

**Métodos:** 1) Creación de un grupo multidisciplinar para el estudio de la Gestión de Residuos. 2) Evaluación del estado actual de la Gestión de Residuos en los Centros Sanitarios de Extremadura. 3) Elaboración de una Guía Básica para la Gestión de Residuos en Centros Sanitarios. 4) Proposición de mejoras en colaboración con la Consejería de Medio Ambiente. 5) Formación e información del personal. 6) Normalización: Pliego Tipo de Prescripciones Particulares. 7) Control: Sistema de cuantificación y medida en origen.

**Resultados:** Publicación de una guía básica de gestión de residuos en centros sanitarios. Introducción de objetivos concretos en Contratos de Gestión 2003. Celebración de jornadas divulgativas. Implementación de Plan de Formación. Creación de Comisión de Evaluación y Seguimiento. Auditoria de estado actual. Seguimiento y análisis de la generación de residuos sanitarios. Tutoría en la implantación de nuevas técnicas de gestión de residuos sanitarios.

**Conclusiones:** A partir de la publicación de la Guía Básica de Gestión de Residuos, todas las Gerencias de Área han iniciado la elaboración de los preceptivos planes de gestión interna iniciando la formación de todo el personal implicado. Se ha unificado el Pliego de Prescripciones Técnicas que regirá el tratamiento externo de todas las Áreas, y se ha establecido un sistema de información y control de la generación en origen, que propondrá medidas de ajuste para los centros que tengan desviaciones en los índices de generación respecto de los valores óptimos.

**Palabras clave:** Protección. Medio Ambiente. Personas.

**Objetivos:** Este trabajo describe el diseño, puesta en marcha y resultados de la Gestión de Residuos Biosanitarios Especiales (R.B.E.), integrado en el Plan Integral de Residuos del Complejo Hospitalario de Toledo.

**Métodos:** Tras la identificación y clasificación de los R.B.E., se establecieron las siguientes acciones: 1) Definición y protocolización del flujograma del Proceso: Ubicación, manipulación, separación, acondicionamiento, almacenaje y transporte. 2) Plan de Contingencia, que comprende la actuación en casos de emergencia (derramamientos) y medidas de prevención de riesgos. 3) Formación a los profesionales en protección, manipulación y tratamiento de residuos. 4) Difusión e implantación. 5) Definición de Indicadores de efectividad en la segregación (Estándar < 10%), y de seguridad en la manipulación (Estándar 100%).

**Resultados:** Se ha confeccionado un plano de todas las plantas generadoras de RBE, con ubicación de contenedores clasificados por un código de colores (Verde, Rojo, Amarillo), especificando el uso de cada uno de ellos. Se ha realizado una subclasificación por categorías, describiendo su manipulación y tratamiento, con exposición de la misma en el 100% de las áreas de ubicación. Se ha informado y difundido el Protocolo y Plan de Contingencia a todos los profesionales implicados en las diferentes fases del Proceso. Durante el año 2002 la generación de R.B.E. del grupo *Verde* (Agentes patógenos y elementos cortantes) ha sido de 100.537 Kg; del grupo *Amarillo* (Químicos) 10.201 Kg y del grupo *Rojo* (Citostáticos) 7.066 Kg. En la efectividad en la segregación (Relación de R.B.E. con el total de residuos) se ha obtenido un resultado del 11,4%. No ha habido accidentes declarados por la manipulación de los contenedores.

**Conclusiones:** El Proceso R.B.E. permite identificar oportunidades de mejora, facilita la participación e implicación de los profesionales que intervienen y garantiza nuestro compromiso con la protección de la salud, recursos naturales y medio ambiente.

## TEMA 9

# Ética y gestión asistencial

**Palabras clave:** Leyes. Derechos. Deberes.

**Objetivos:** Dar a conocer de manera sistemática el conjunto de derechos y deberes dimanantes de las últimas novedades legislativas que reconfiguran la relación jurídico sanitaria.

**Métodos:** Análisis teleológico de las siguientes normas a partir de su contenido; Ley General de Sanidad, Ley 41/2002 y Proyecto de Ley de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario.

**Resultados:** Se ha plasmado sintéticamente la regulación actual de los artículos 10,11 y 61 de la Ley General de Sanidad afectados por las normas anteriores, destacando la nueva regulación del Consentimiento Informado y la Historia Clínica.

**Conclusiones:** Conocimiento de unos parámetros que permitan al personal sanitario, o al médico responsable, la transmisión clara y precisa de los derechos y deberes, que en cada momento asisten al paciente en relación con el proceso médico en que se halle, tras el impacto que suponen los nuevos cambios legislativos en los servicios sanitarios.



## SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY 41/2002 Y MEDIDAS ADMINISTRATIVAS CORRECTORAS

Rodríguez MP, Losana F, Chicano C, Miñano D, Ruiz JM, Cánovas A

P-324

**Palabras clave:** Ley. Desviación. Cumplimiento.

**Objetivos:** Conocimiento de las medidas válidas a implantar, para el correcto cumplimiento en materia de derechos y deberes de los pacientes, dentro del ámbito de los Centros y Servicios Sanitarios.

**Métodos:** Para la implementación de la Ley en los Servicios Sanitarios, se propone el uso de encuestas de opinión anónimas, sistemáticas y aleatorias a los pacientes y usuarios de los Servicios Sanitarios. Los ítems, analizarán íntegra y exhaustivamente los nuevos parámetros jurídico-sanitarios legislados (Ley 41/2002).

**Resultados:** Conocer a tiempo real las desviaciones en cuanto al cumplimiento de los parámetros jurídico sanitarios mencionados y recientemente legislados, (ya sea por incumplimiento, o por desconocimiento del usuario externo o interno).

**Conclusiones:** Utilizar los resultados como herramienta para la corrección de las posibles desviaciones o distorsiones del sistema por medio de la Normativa adecuada a cada situación que se pueda coleccionar o que se desprenda de dicho análisis.

## OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE DERECHOS Y PREFERENCIAS EN LA TOMA DE DECISIONES

Llop S, Bajo JM, Prats E  
Hospital Comarcal Mora d'Ebre-Tarragona.

P-325

**Palabras clave:** Ética Asistencial. Autonomía. Derechos.

**Objetivos:** *Hipótesis:* La intensa demanda de cuidados sanitarios por la población no se corresponde con el conocimiento de la legislación vigente en materia de deberes y derechos. *Obj.:* a) Valorar el grado de conocimiento de la ley 21/2000 (Parlament de Catalunya. b) Conocer el nivel de autonomía pretendido respecto a la toma de decisiones sobre la salud. c) Comprobar la visión que los encuestados tienen sobre la relación médico-paciente. d) Valoración de la importancia de la familia en la relación asistencial. e) Comprobar los límites de la confidencialidad y la importancia del beneficio social

**Métodos:** Encuesta de 20 preguntas, de respuesta cerrada, inspiradas en la ley 21/2000 del Parlament de Catalunya. Sujetos: 120 pacientes (65 mujeres) hospitalizados más de 24 h. escogidos al azar, (meses agosto-septiembre 2002) Edades 15/80 a. Para el objetivo a) se tuvo en cuenta 5 respuestas, para el b) once, para el c) diez, para el d) dos y para el e) dos. El encuestador fué en todos los casos el mismo y podía hacer aclaraciones a petición de los pacientes. Algunas de las preguntas se utilizan para responder a más de un objetivo.

**Resultados:** 1) 9,16% da 3-5 respuestas favorables respecto a un buen conocimiento del contenido de la ley. 2) El 8,3% da entre 10-11 respuestas favorables a una muy elevada autonomía en sus decisiones y un 80,83% se corresponden también con un perfil a favor de la autonomía (entre 6-9 respuestas). 3) En la relación médico-paciente el 10,83% se inclina por posturas paternalistas del médico (entre 6-10 respuestas). 4) 7,5% se sienten independientes en la toma de decisiones respecto a la familia, y el 30,83% quiere un elevado nivel participativo de la misma. 5) El 66,6% de los pacientes da preferencia a sus derechos individuales respecto a confidencialidad en detrimento de los colectivos.

**Conclusiones:** 1) La gran mayoría de los encuestados no tiene un buen conocimiento de los contenidos de la ley. 2) Una gran mayoría de los pacientes expresa deseos de tomar decisiones de forma autónoma. 3) Las posturas paternalistas del médico son poco valoradas. 4) Casi un tercio de los pacientes pide participación activa de la familia en la toma de decisiones. 5) Dos tercios de los pacientes dan preferencia a sus derechos individuales respecto confidencialidad en detrimento del bien colectivo.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN L'ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Ribas S, Márquez I, Aguado H, Tella M, Viñas P, Jiménez J

P-326

**Objetivos:** El Comité de Ética Asistencial de Referencia Sociosanitario (CEARAS) es un grupo consultivo, interdisciplinario, acreditado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña, que en ningún caso sustituye la decisión clínica de los profesionales, y que integra diversas ideologías morales. La finalidad principal del comité es dar soporte en la toma de decisiones éticas tanto a los pacientes y/o familiares, como a los profesionales y gestores de la red socio-sanitaria que lo solicitan. El ámbito de actuación corresponde al territorio de la Región Sanitaria Costa de Ponent, una de las ocho regiones sanitarias catalanas con 1.253.858 millones de habitantes, según el censo del 2002, de los cuales un 14,6% son mayores de 64 años, siendo los recursos de internamiento 1.606 camas, 14 centros de larga estancia, 6 de convalecencia, 6 unidades de cuidados paliativos, 13 hospitales de día, 12 UFISS y 10 PADES. En este sentido, y con el objetivo de mejorar la eficiencia en la toma de decisiones, nos propusimos identificar los conflictos éticos que más comúnmente se plantean en la atención socio-sanitaria, tanto en la asistencia domiciliar como en la asistencia institucionalizada, para después clasificarlos según el área asistencial y el tipo de conflicto.

**Métodos:** Opinión de profesionales expertos, mediante reuniones semi-estructuradas, y opiniones recogidas post-sesión de presentación del comité en los centros socio-sanitarios, mediante encuesta. Esta información ha permitido, junto a una revisión bibliográfica, definir inicialmente las principales dimensiones donde se localizan las situaciones éticas conflictivas, y que sirvieron de punto de partida para la realización del siguiente estudio exploratorio. Estudio exploratorio realizado con la técnica de grupos de discusión semi-estructurados: Nº de grupos focales: 2. Criterios de selección de los participantes: Representación de los distintos perfiles profesionales de la asistencia domiciliar e institucionalizada en la atención socio-sanitaria, con experiencia reconocida. Nº de participantes/grupo: 12. Total 24. Duración de las reuniones: 90-120 minutos. Tras la realización de los grupos se procedió a analizar los datos de modo secuencial para, después, proceder a la reducción de datos definitivos.

**Resultados:** Identificación y clasificación de los conflictos éticos planteados en la atención socio-sanitaria distribuidos en las áreas siguientes: clínico-asistenciales y de calidad de vida, sociales, personales, utilización de recursos y organizativos. Los resultados cuantitativos se presentaron en el Congreso.

**Conclusiones:** La identificación de conflictos éticos y su clasificación permite 1) facilitar la deliberación y la toma de decisiones éticas en el seno de los CEA; 2) justificar actividades que sirvan para prevenir futuras situaciones que son susceptibles de plantear uno o varios conflictos éticos; 3) mejorar la calidad asistencial y la eficiencia organizativa al prevenir los conflictos identificados; y 4) aumentar la sensibilización y reflexión sobre Bioética entre los profesionales de la salud.

## GESTIÓN DE LA ÉTICA PARA LA GARANTÍA DE CALIDAD: COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Ceballos C, Teijeiro F, Bartol J, Sánchez C, Gómez N, Vicente LE  
Hospital Universitario de Salamanca.

P-327

**Palabras clave:** Ensayos Clínicos. Ética. Legislación.

**Objetivos:** Análisis del componente ético e influencia legislativa, antecedentes históricos y evolución, presente en las actividades y decisiones de gestión del Comité Ético de Investigación Clínica.

**Métodos:** Búsqueda de artículos de publicaciones de ética y legislación en MEDLINE y EMBASE entre 2000-2003 (ensayo clínico, ética, ley), además de las leyes, decretos, normativa y circulares relativas al fundamento del estudio.

**Resultados:** Se han seleccionado 13 disposiciones españolas (Constitución Española, 8 leyes, 4 Reales Decretos), 9 circulares (Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios), 26 códigos, declaraciones y convenios internacionales y 18 documentos (criterios de inclusión de acuerdo al fundamento del estudio).

**Conclusiones:** El ensayo clínico ético se basa en: Duda razonable beneficio/riesgo, en el buen diseño, en el rigor ético y científico debe acompañar a la investigación clínica desde su inicio hasta su conclusión, es decir, desde la confección del protocolo hasta la redacción del informe final.