Libro de Ponencias y Comunicaciones

XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

24 al 27 de Octubre de 2006 Toledo

Libro de Ponencias y Comunicaciones

XXIV Congreso de la **Sociedad Española** de **Calidad Asistencial**

24 al 27 de Octubre de 2006 Toledo

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SUBSECRETARÍA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SUBSECRETARÍA
GABINETE TÉCNICO
20 JUN. 2006
SALIDA Nº 946

06/167.07
AR/mja

Se ha recibido en esta Subsecretaría documentación e instancia suscrita por Vd., de fecha 2 de junio pasado, en la que solicita el reconocimiento de interés sanitario para el **XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL,** organizado por la referida Sociedad, y a celebrar en Toledo durante los días 24 al 27 de octubre de 2006.

Dados los objetivos y la valoración positiva que merece el programa del acto, esta Subsecretaría en aplicación de la Orden de 19 de junio de 1984 (Boletín Oficial del Estado de 2 de julio siguiente), tiene el gusto de reconocer como de interés sanitario el mencionado Congreso, cuyas conclusiones o acuerdos adoptados deberán remitirse, dentro del plazo señalado en el artículo 3.2 de la Orden citada, al Gabinete Técnico de esta Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

Madrid, a 16 de junio de 2006
EL SUBSECRETARIO

Fernando Puig de la Bellacasa

GRUP SAGESSA

La teva salut, la nostra prioritat

Tu salud, nuestra prioridad.

Grup SAGESSA
C/ President Companys s/n.
43201 Reus - Tel. 977 311 128
comunicacio@grupsgs.com

XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Toledo, del 24 al 27 de octubre de 2006

Comités 7

Presentación 9

Programa 11

Índice Ponencias 17

Índice Comunicaciones Orales 19

Índice Comunicaciones Póster 31

Ponencias 45

Comunicaciones Orales 83

Comunicaciones Póster 189

Índice de Autores. 321

Edita:
Sociedad Española de Calidad Asistencial

I.S.B.N.: 84-611-3067-7
D.L.: MU-1770-2006

En MSD, laboratorio farmacéutico líder en innovación,
sabemos que la investigación puede vencer a la enfermedad.
En cada descubrimiento, encontramos un nuevo reto;
con cada medicamento, ofrecemos una nueva esperanza

Siempre cerca de ti

02-04-GEN-03-E-1050-J

MSD
www.msd.es

univadis.net™
medicina y más

BEST WORKPLACES ESPAÑA 2004

Merck Sharp & Dohme de España, S.A.
el lado humano de la medicina

COMITÉ DE HONOR

PRESIDENTE
Excmo. Sr. D. Jose Mª Barreda Fontes
Presidente de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

MIEMBROS
Excma. Sra. Dña. Elena Salgado Méndez
Ministra de Sanidad
Excmo. Sr. D. Jose Manuel Molina García
Alcalde del Excmo Ayuntamiento de Toledo
Excma. Sra. Dña. Henar Merino Senovilla
Defensora del Pueblo
Excmo. Sr. D. Roberto Sabrido Bermudez
Consejero de Sanidad
Excmo. Sr. D. Ernesto Martínez Ataz
Rector Magnífico de la Universidad de Castila-La Mancha.
Ilmo. Sr. D. José Manuel Tofiño Pérez
Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Toledo
Ilmo. Sr. D. Joaquin Chacon Fuertes
Director Gerente del SESCAM

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE **Pedro Parra Hidalgo**
COORDINADORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y SOCIEDADES AUTONÓMICAS **Susana Lorenzo Martínez**
Secretario **Julio López-Picazo Ferrer**
VOCALES
Hortensia Aguado Blazquez
Genís Carrasco Gómez
Miguel Esteban Tudela
Marbella García Urbaneja
Juan Carlos García Aisa
Jonás Gonseth García
Álvaro Hidalgo Vega
Carlos Humet Cienfuegos-Jovellanos
Emilio Ignacio García
Antonio Jiménez Bravo De Laguna
Rafael Lledó Rodríguez
Francisco Javier Lucas Imbernón
José Joaquín Mira Solves
Teresa Ramón Esparza
Isidoro Salamanca Carranza
Rosa Suñol Sala
Antonio Torres Olivera
Enrique Villena Ugarte

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE **Rodrigo Gutiérrez Fernández**
COORDINADOR GENERAL **Rafael Gomis Cebrián**
TESORERO **Oscar Moracho del Río**
DEFENSOR DEL CONGRESISTA **José Manuel Martín-Vázquez**
VOCALES
Mª Jesús Abarca López
Félix Alcázar Casanova
Luis Cabiedas Guzmán
Alberto Fernández León
Juan Fernández Martín
Juan Ramón García Mata
Javier Gil Madre
Andreu Martín Sánchez
Blanca Parra Vázquez
Mª José Rivas
Consuelo Rodríguez Díaz
Manuel Tejero González

JUNTA DIRECTIVA DE SECA

PRESIDENTE
Susana Lorenzo Martínez

TESORERO
Oscar Moracho del Río

VOCALES
Hortensia Aguado Blázquez
Juan Carlos García Aisa
Rafael Gomis Cebrián
Emilio Ignacio García
Rafael Lledó Rodríguez
José Manuel Martín Vázquez Presidente de SADECA
Juan Ramón García Mata Presidente de SACA
Antonio Jiménez Bravo de Laguna Presidente de ACCA
Vicente Herranz González Presidente de PASQAL
Juan Fernández Martín Presidente de SOCAMCA
Pedro Parra Hidalgo Presidente de SOMUCA

Cada vida es como un diamante: única, irrepetible y preciosa

Por eso, desde 1856, mantenemos un firme compromiso de investigación y desarrollo para fabricar y comercializar medicamentos que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas.

INVERTIMOS EN EL VALOR MÁS PRECIADO:

LA VIDA

Oncología

Cardiovascular

Antiinfecciosos

Virología

Analgésicos

Sistema Nervioso Central

Y como el diamante, símbolo de nuestro laboratorio, contamos con una sólida concentración de valores:

- Inversión en I+D del 11% de las ventas de productos farmacéuticos.
- Ayudas externas a la investigación.
- Presencia en 130 países.
- Investigación de vanguardia en biología molecular y celular, genética, inmunología y toxicología.

Valores seguros de los que obtenemos el más alto interés: mejorar la vida.

Grupo Bristol-Myers Squibb

Símbolo de compromiso con la vida

Grupo Bristol-Myers Squibb España
Almansa, 101 - 28040 Madrid
Tel. 91 456 53 00 - Fax 91 456 55 01
http://www.bms.com

En nombre de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, os damos la bienvenida al **XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)**. La ciudad de Toledo constituye un marco incomparable para la celebración de nuestro congreso anual, en el que el intercambio de experiencias desde todos los ámbitos de la asistencia sanitaria lo ha constituido en el foro de debate más importante en el ámbito nacional sobre la evaluación y mejora de la gestión de la atención sanitaria. En esta edición se dan cita profesionales con formación y trayectorias diferentes, pero con intereses comunes: mejorar la calidad asistencial. El Congreso se ha organizado estrechamente con el Servicio de Salud de Castilla La Mancha y el apoyo de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla La Mancha.

Ética, investigación de resultados en salud, seguridad del paciente, experiencias de participación de los ciudadanos, y tecnologías de la información son las mesas que junto a la de las mejores experiencias seleccionadas por el Comité Científico, mostraran las perspectivas pública y privada de la gestión sanitaria en nuestro medio. Estas líneas serán desarrolladas no sólo por profesionales sanitarios, sino también de otros ámbitos, que compartirán con nosotros, desde su perspectiva, las posibles estrategias para su introducción en el entorno asistencial.

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a todos cuantos han hecho posible la celebración del Congreso a través de los Comités Científico y Organizador. Sin el esfuerzo de todos, este evento no hubiera podido tener lugar.

A todos nuestra bienvenida, con el deseo de que el intercambio de conocimientos, los contactos personales que podáis establecer a lo largo de estos días, y las nuevas ideas que os llevéis de vuelta a casa, sean fructíferas para conseguir mejorar la asistencia sanitaria que prestamos a nuestros ciudadanos.

Susana Lorenzo
Presidente de la Sociedad
Española de Calidad Asistencial

Rodrigo Gutiérrez
Presidente del Comité Organizador

Pedro Parra
Presidente del Comité Científico

Grup
Assistència

Modelo de Calidad y Servicio.

PROGRAMA

Martes, 24 de octubre de 2006

TALLERES

Gestión de Procesos en los Servicios de Salud y Gestión por Procesos clínicos
Marbella García Urbaneja. *Subdirección de Calidad. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.*
Ana Audicana Uriarte. *Hospital Psiquiatrico de Alava.Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.*
Elvira Fernández de la Mota. *Consejería de Salud. Junta Andalucía.*
Reyes Sanz Amores. *Consejería de Salud. Junta Andalucía.*

Mejora de la Efectividad de los Cuidados Enfermeros: Intervenciones Basadas en la Evidencia
José Miguel Morales Asencio. *Responsable de Efectividad e Investigación Sanitaria Málaga. Servicio Andaluz de Salud.*

Investigación de Resultados en Salud
Dr. José Luis Conde Olasagasti. *Presidente del Comité Científico Asesor. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. España.*
Dra. Alicia Gil Aguirre. *Directora Relaciones Institucionales e Investigación Resultados en Salud. AMGEN S.A.*
Dr. Xavier Badia Llach. *Principal of Health Economics & Outcomes Research. IMS Health.*
Dr. Salvador Peiró Moreno. *Unidad de Investigación en Servicios de Salud. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. España.*
Dr. John Birkmeyer. *Profesor George D. Zuidema y Director de Investigación de Resultados en Cirugía. Universidad de Michigan, Estados Unidos.*
Dr. Jesús Mª Aranaz Andrés. *Profesor Asociado en Cc. Salud, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. España.*
Dr. Rafael Díaz-Tejeiro Izquierdo. *Servicio Nefrología, C.H. de Toledo. Hospital Virgen de la Salud. España.*
Dr. Mark Sculpher. *Profesor de Economía de la Salud, Centre for Health Economics, University of York. Reino Unido.*
Dr. Pablo Lázaro y de Mercado. *Director Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, TAISS. España.*

El modelo de excelencia EFQM y la Responsabilidad Social: el camino a la sostenibilidad
José Joya Roldán. *Director General de ROADMAP Excelencia y Responsabilidad.*

Evaluación, elaboración, adaptación e implantación de Guías de Práctica Clínica
Rosa Rico Iturrioz. *Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-OSTEBA. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.*
Arritxu Etxeberria Agirre. *Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.*

Seguridad del Paciente. Utilización en la Clínica de Herramientas de Gestión de Riesgos
Carlos Aibar Remón. *Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Lozano Blesa. Zaragoza.*
Jesús Mª Aranaz Andrés. *Universidad Miguel Hernández. Elche.*
Miguel Recio Segoviano. *Universidad Carlos III.*

Metodología de Implantación de Sistemas de Gestión Ambiental en Organizaciones Sanitarias (UNE-EN ISO 14001:2004)
Laura Alcubilla Abad. *Jefe de Servicio del Sector Sanitario de la Delegación Zona Centro de AENOR.*
Mª Dolores Espinosa Silva. *Farmacéutica Comunitaria. Vicepresidenta de la Federación de Empresarios Farmacéuticos Españoles.*

Miércoles, 25 de octubre de 2006

Sesión de mañana

08:00 Registro de Participantes y Entrega de Documentación.

09:00 Inauguración Oficial del Congreso.

09:30 Conferencia Inaugural
Ética de las Organizaciones Sanitarias
Conferenciante: Adela Cortina. *Catedrática de Ética y Filosofía Política Universidad de Valencia.*

10:30 Sesión Plenaria 1
Investigación de Resultados en Salud
Sesión patrocinada por la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha, FISCAM y AMGEN S.A.

Ponencias:
El papel de la Investigación de Resultados en Salud en la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias.
Dr. Bengt Jönsson. *Profesor de Economía de la Salud, Stockholm School of Economics. Suecia.*

La experiencia y el impacto del National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE.
Dr. Mark Sculpher. *Profesor de Economía de la Salud. Centre for Health Economics, University of York. Reino Unido.*

Investigación de Resultados y Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
Dr. Antonio Sarriá Santamera. *Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. España.*

12:30 Mesas 1 a 6 de Comunicaciones Orales (C-001 a C-055) y Defensa de Posters 1 (P-001 a P-069)

14:00 Almuerzo de trabajo

Sesión de tarde

16:00 Mesas 7 a 12 de Comunicaciones Orales (C-056 a C-109) y Defensa de Posters 2 (P-070 a P-145)

18:00 Sesión Plenaria 2
Seguridad del Paciente. Aprendiendo de los Errores
Sesión patrocinada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ponencias:
La Seguridad en el Sector Aeronáutico
José María Aparici Jerez. *Subdirector de Seguridad de vuelo. Iberia.*

El Modelo Andaluz de Acreditación y la Seguridad del paciente.
Rosa Carabaño Moral. *Directora del Área de Acreditación de Centros y Unidades Sanitarias. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.*

Estrategia de Seguridad para el Sistema Nacional de Salud.
Eduardo Sierra Pérez. *Jefe de Servicio de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.*

19:30 Asamblea de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Jueves, 26 de octubre de 2006

Sesión de mañana

09:00 Mesas 13 a 18 de Comunicaciones Orales (C-110 a C-181) y Defensa de Posters 3 (P-146 a P-249)

11:00 Sesión Plenaria 3
Experiencias de Innovación y Participación en el Sistema Nacional de Salud
Sesión patrocinada por Pfizer.

Ponencias:
El modelo de Participación Ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Castilla – La Mancha.
Rafael Peñalver Castellano. *Secretario General del SESCAM.*

Participación de los Ciudadanos en la Planificación y la Toma de Decisiones en los Servicios de Salud.
Rosa Suñol. *Fundación Avedis Donabedian.*

Hasta Que Tu Quieras. Fomento de la Lactancia Materna.
Manuel Alcaraz Quiñonero. *Servicio Murciano de Salud.*

Las Cartas de Servicio al Servicio de la Sanidad.
Jaime Fontanals Rodríguez. *Director Certificación Sistemas. AENOR.*

13:00 Mesas 19 a 24 de Comunicaciones Orales (C-182 a C-217) y Defensa de Posters 4 (P-250 a P-299)

14:00 Almuerzo de Trabajo

Sesión de tarde

16:00 Mesas 25 a 30 de Comunicaciones Orales (C-218 a C-271) y Defensa de Posters 5 (P-300 a P-368)

17:30 Sesión Plenaria 4
Las Tecnologías de la Información y la Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud
Ponencias:
Sistemas de Información Sanitaria y Tecnologías de la Información: ¿Se están cumpliendo las expectativas en Atención Primaria?
Fernando A. Alonso López. *Grupo de Sistemas de Información de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.*

De la evidencia científica a los resultados en salud: papel de la informática.
Antoni Collado i Cucò. *Adjunto a la Gerencia de Planificación Estratégica. Grup SAGESSA.*

Seguridad de la Información en el Sector Sanitario.
Javier Labrada Caparrós. *DNV.*

Fomentando la participación del ciudadano en las Decisiones relacionadas con la Salud: Línea Directa de Atención al Ciudadano.
Purificación Gálvez Daza. *Directora Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.*

Comunicando con los ciudadanos, una estrategia para mejorar su percepción.
Elisa Borrego García. *Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Comunidad de Madrid.*

21:00 Cena de Gala

Viernes, 27 de octubre de 2006

Sesión de mañana

09:00 Mesas 31 a 36 de Comunicaciones Orales (C-272 a C-325) y Defensa de Posters 6 (P-369 a P-433)

10:30 Sesión Plenaria 5
Mejores Experiencias presentadas al Congreso
Sesión patrocinada por Siemens.

Ponencias:
Impacto asistencial de un Programa de Dolor Agudo Postoperatorio.
Beatriz Valentín López. *Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Correspondencia entre Eficiencia Económica y Objetivos Cualitativos de Prescripción. Comparación entre 5 Zonas Básicas de Salud y 2 años.
Pilar Vernet Moya. *Servicio de Epidemiología, Información y Evaluación Asistencial. Grupo Sagessa. Reus.*

Impacto asistencial de una Vía Clínica para la Apendicitis Infantil
Verónica Pérez Blanco. *Coordinadora de Calidad. Hospital Virgen de la Salud. Toledo*

Validación de 2 Reglas de Decisión Clínica para el uso eficiente de Radiografías en los Traumatismos Cervicales.
Ignacio Ventura Huarte. *Servicio de Urgencias del Hospital Donostia. San Sebastián.*

12:30 Conferencia de Clausura
Los Incentivos para la Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud
Conferenciante: Vicente Ortún Rubio. *Director Centro de Investigación en Economía y Salud Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.*

13:30 Entrega de Premios y Clausura del Congreso.

ÍNDICE
PONENCIAS
COMUNICACIONES ORALES - PÓSTER

The role of health economics in health technology assessment and its impact on decision making.
Bengt Jönsson, Professor of Health Economics, Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden. . . . . pág. 47

Health economics in practice: the nice experience and impact in the UK NHS
Mark Sculpher, Professor of Health Economics, Centre for Health Economics, University of York, UK. . . . . pág. 47

Investigación de Resultados y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Antonio Sarría-Santamera. Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. España. . . . . pág. 48

El modelo andaluz de acreditacion y la seguridad del paciente.
Rosa Carabaño Moral. Directora del Área de Acreditación de Centros y Unidades Sanitarias. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía . . . . . pág. 49

El modelo de participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Castilla – La Mancha.
Rafael Peñalver Castellano. Secretario General del SESCAM . . . . . pág. 51

Estrategia en seguridad de pacientes de la agencia de calidad del sistema nacional de salud.
Eduardo Sierra Pérez. Jefe de Servicio Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. . . . . pág. 51

La participación de los ciudadanos en la planificación y la toma de decisiones en los servicios de salud:
Rosa Suñol. Fundación Avedis Donabedian . . . . . pág. 54

Hasta que tú quieras. fomento de la lactancia materna. antecedentes: acercamiento al problema.
Manuel Alcaraz Quiñonero. Servicio Murciano de Salud . . . . . pág. 55

Las cartas de servicio al servicio de la sanidad.
Jaime Fontanals Rodríguez. Director Certificación Sistemas AENOR. . . . . pág. 57

Sistemas de Información Sanitaria y Tecnologías de la Información: ¿Se están cumpliendo las expectativas en Atención Primaria?
Fernando A. Alonso López. Grupo de Sistemas de Información de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria . . . . . pág. 58

De la evidencia científica a los resultados en salud: papel de la informática.
Antoni Collado i Cucò. Adjunto a la Gerencia de Planificación Estratégica. Grup SAGESSA . . . . . pág. 59

Comunicando con los ciudadanos, una estrategia para mejorar su percepción.
Elisa Borrego García. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Comunidad de Madrid. . . . . pág. 62

Fomentando la participación del ciudadano en las decisiones relacionadas con la salud: línea directa de atención al ciudadano.
Purificación Gálvez Daza. Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. . . . . pág. 62

Impacto asistencial de un programa de dolor agudo postoperatorio.
Beatriz Valentín-López, José Ma Muñoz-Ramón, Paloma Aparicio-Grande, Ana Navas-Acién, Jesús Díez-Sebastián, Juan García-Caballero. . . . . pág. 66

Correspondencia entre eficiencia económica y objetivos cualitativos de prescripción. Comparación entre 5 ZBS y 2 años de prescripción.
Vernet-Moya P; Tomàs-Cedó RM; Rius-Rafecas MA; Colomés-Figurera Ll. Grupo Sagessa. . . . . pág. 75

Impacto asistencial de una vía clínica para la apendicitis infantil.
Verónica Pérez-Blanco, Victoria Ureña, Leopoldo Martínez, Juan García-Caballero, Araceli Reoyo, Jesús Díez-Sebastián. . . . . pág. 77

Validación de dos reglas de decisión clínica para el uso eficiente de radiografías en los traumatismos cervicales.
Ventura I, Aginaga JR, Emparanza JI, Aguillo A, Ansa E, Grupo EMUOC (Estudio multicéntrico Urgencias Osakidetza: Cervical) Hospital DONOSTIA (Donostia-San Sebastián) Gipuzkoa. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. . . . . pág. 79

25 de octubre de 2006

12:30 h √

Mesa 1. Gestión de Calidad 1 — Sala Plenaria

C-001. Proyecto mejora continua. Estudio comparativo del proceso de acreditación Joint Commission y Autoevaluación de EFQM.
Lucas-Imbernón FJ, García-Fernández C, Gili Martínez-Meco P. 85

C-002. Grado de concordancia en las áreas de mejora tras la autoevaluación de 5 unidades con el modelo de excelencia de la EFQM.
Sánchez-Bernal R, Urretxu-Reboiro L, Estébanez-Carrillo M, De Miguel- Aguirre E, Audicana Uriarte A, Bacigalupe-Artacho L. 85

C-003. Establecimiento de un proceso de identificación de líderes del sector o de las mejores prácticas: red de Benchmarking.
Fariñas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez E, Herrera-Carral P, Valdor M, Piedra L. 85

C-004. Implantación del proceso asistencial de hospitalización a través de la autoevaluación por el modelo de excelencia EFQM.
Oliver-Lechuga A, Escalante M, Santamaría M, Equipo de proceso (Toledano JC, Bolinaga A) Equipo-de-proceso (Arocena MJ, Erauskin MJ, Micieces MP,) Equipo-de-proceso(Barandiaran E, Urcelay A, Irurzun I) 86

C-005. Primer proceso de autoevaluación aplicando el modelo EFQM, en un hospital de nueva creación.
Ortiz-Otero M. ..... pág. 86

C-006. El sistema de gestión del hospital: utilización de diferentes herramientas.
Darpón J, Colina A, Regúlez P, Guerra N, Onadia M, Urruela M. 86

C-007. Experiencia piloto de autoevaluación con el modelo EFQM de una unidad de día y corta estancia quirúrgica.
Fernández N, Germán AI, Sanpedro M, Martínez P, García V, Gutiérrez MJ. 86

C-008. Autoevaluación de la gerencia de área de puertollano con el modelo EFQM de excelencia utilizando la herramienta perfil.
Sanz-Cortés J, Santos-Gómez A, Cañizares-Ruiz A, Resto del equipo directivo. 87

C-009. Camino de la excelencia.
Agirrebeña-Larrañaga J, Castillo-Polo M, Letona-Aramburu J, González-Llinares R, Pérez-Boillos MJ, Ansotegui-Pérez JC. 87

Mesa 2. Accesibilidad 1 — Sala La Mancha 1

C-010. Demora quirúrgica en 1000 pacientes afectos de fractura de cadera.
Galí J, Puig C, Vila A, Rosell G, Sáenz I, Carrasco G. 87

C-011. Análisis y tratamiento de un problema de presion asistencial y de accesibilidad, con metodología CREA.
Sánchez-Martín CI, Arbonies-Ortiz JC, Telletxea-Nicolarena T, Macías-Sánchez MJ, Gago-Moreda M, Ávila-Rodriguez JM. 88

C-012. Mejora de la calidad en la gestión de agendas y accesibilidad en atención primaria.
Peña-Rodriguez E, Aguirre-de la Peña E, Arias-Espada M, Fernández-Conde J, López-Orive MA, Esteban-Tudela M. 88

C-013. ¿Por qué llegan tarde los pacientes citados? Estudio anual de demoras (2003-2005).
Cruz C, Flores G, González F, Revuelta C, Sánchez LM, Sampedro I. 88

C-014. ¿Se pueden evitar las visitas fallidas? Modelo de predicción.
Rius-Rafecas MA, Vernet-Moya P, Tomàs-Cedó R, Colomés-Figuera L 89

C-015. Análisis de fiabiladad de la medición de los tiempos de espera con sistema informático.
Bartolomé-Benito E, Ruiz-Alonso S, Mediavilla-Hernández A, Céspedes D, Vaamonde R. 89

C-016. Acciones de mejora sobre las demoras iniciales en el hospital de semana (HS): primeros resultados.
Misas ML, Fernández-Miera MF, Hoyo MT, Mier E, Alberdi C, Peredo D. 89

C-017. Impacto de la demora quirúrgica en el coste de la fractura de cadera.
Sans M, Humet C, Carrasco G, Galí J, Puig C. 90

C-018 Perfil y modelización de los pacientes hiperfrecuentadores en dos servicios de urgencias hospitalarias.
Balañá-Fort LI, Tomàs-Cedó RM, Rius-Rafecas MA, Vernet-Moya P, Colomés-Figuera LI. 90

Mesa 3. Seguridad 1 — Sala La Mancha 2

C-019. Resultados indicadores de seguridad de los pacientes (AHRQ) extraídos del CMBD de 11 hospitales.
Alcazar F, Tejero JM, López R, Gutiérrez R, Marín MT, Rodríguez C. 90

C-020. Desconexiones del circuito respiratorio en la máquina de anestesia. Análisis de sistema.
Marzal JM, Bartolomé A, Santa-Úrsula JA, Arnal D, Puebla G, Gómez-Arnau JI. 91

C-021. Sucesos adversos en los servicios básicos del hospital y seguridad de pacientes.
Menéndez MD, Rancaño I, Carreño F, Martínez L, Alvárez A, Vázquez F. 91

C-022. Elaboración de una memoria de gestión del riesgo clínico de mejora en la seguridad de los pacientes.
Menéndez-Fraga MD Váquez-Rodríguez M, Castaño-Sánchez N, Fernández-Tamargo E, Herranz-González V, Váquez-Valdés F. 91

C-023. Mejora de la seguridad del paciente como resultado de la gestión de procesos según norma ISO.
Garitano B, Lamiquiz E, Polo I, Fernández I, Arrizabalaga JJ, Zaballa MC. 92

C-024. Desarrollo de un plan de gestión de riesgos integrado en el plan de calidad del Hospital de Molina.
Marín-Sánchez A, López-Guerrero FA, Guirado-Sánchez F, Robles-Vicente M, Góngora-Hervás JM, Maiquez-Mojica V. 92

C-025. Estrategia corporativa en Osakidetza para la mejora de la seguridad del paciente. ambito de la infección nosocomial.
Elosegi M, Taboada J, Hernández JM, Portillo I, Bacaicoa A, Pérez-Boillo MJ. 92

C-026. Influencia de un programa de prevención de caídas en la seguridad de los usuarios e implicación de los profesionales.
Herradón M, Rubio I, Martínez A, Martín N, Torres B, Pérez J. 92

C-027. Acerca de los eventos: ¿estan todos los que son?
González-Llinares R, Estévez-Hernández I, Pérez-Boillos MJ, Iruretagoyena-Sánchez ML, Letona- Arámburu J, García-Urbaneja M. 93

Mesa 4. Procesos Clínicos 1 — Sala Greco

C-028. Evaluación de un proceso asistencial del servicio andaluz de salud: proceso accidente cerebrovascular.
Morales-Reyes M, Santamaría-Carmona S, Maestre-Moreno J, García-Cubillo M, Morales-Torres JL, Frías-Rodríguez JF. 93

C-029. TCE leve: validacion de síntomas y signos para predecir lesión intracraneal.
Amores Valenciano P, López-Huedo A, Ortega-Rubio E, Perales-Pardo R, Lucas-Imbernón FJ. 93

C-030. ¿Son óptimos la información y el tratamiento que reciben los pacientes con síndrome coronario agudo en nuestro medio?
Ordóñez B, Portero P, Lacambra I, Del Río P, Ruiz JR, Del Río A. 94

C-031. ¿Estamos mejorando en el tratamiento del síndrome coronario agudo?.
Santos-González B, Maicas-Bellido C, Refoyo-Salicio E, Lázaro-Fernández E, Pachón-Iglesias M, Rodriguez Padial L. 94

C-032. Control de calidad en la asistencia al paciente en código ictus.
Javierre M, Herrer A, Garces C, Gros B, Palazón P, Viñado B. 95

C-033. Evaluación y mejora de la calidad asistencial en el manejo de la ventilación mecánica no invasiva en un hospital de área.
Menchón PJ, Gandía M, García-Torres P, Martínez-Quintana ME, Carrillo A, Sánchez-Nieto JM. 95

C-034. Reingreso de pacientes en ucis: algunos se pueden evitar.
Herrero-Avia D, Torrijos-Rodríguez I, Gómez-Peral P, González-Setién P. 95

C-035. Reingresos hospitalarios por agudizaciones en EPOC.
Escribano D, Vizoso F, Martinez.MC, Rodil A. 96

C-036. Nuevas perspectivas en la calidad en radiología: la concordancia clínico-radiológica.
Tous F, Suñol R, Cardona D, Pérez M, Alberola S, Gelabert G. 96

Mesa 5. Tecnologías de la Información 1 — Sala Velázquez

C-037. Comunicación entre niveles asistenciales de salud: intranet sanitaria y envío de informes a través de HCI.
Manso-Montes E, Irigoyen-Iturri F, Muruzabal-Martínez A, Sierro-Petrerena S, Martínez de Estíbariz J, Larraya-Galarza L. 96

C-038. ¿Qué piensan los pacientes de la e-medicina?. a propósito de la historia clínica informatizada.
Palacio F, Silvestre C, Bustinduy A. 96

C-039. ¿Qué piensan los pacientes de la e-medicina?. a propósito del correo electrónico y el teléfono móvil.
Bustinduy A, Silvestre C, Palacio F. 97

C-040. Accesibilidad a información sanitaria en la red y calidad de la relación médico-paciente.
Llinás G, Sancho J, Pérez-Jover V Mira JJ. 97

C-041. El Contact Center y página web del SESCAM como instrumentos de mejora de la calidad en la atención al paciente.
Lara MA, Ruiz JP, Rodríguez A, Barrio A. 97

C-042. ¿Sistema de entrenamiento virtual de enfermeras? indicadores clínicos de efectividad en cuidados via intranet.
Suárez-González TV, Fernández-Orviz F, Nieto-Rodríguez M, Fernández-Quevedo Egocheaga J, Sánchez-Gómez B, Duarte Clíments G. 98

C-043. Intranet. una herramienta para la mejora de la comunicación en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri, S.V.S-Osakidetza.
Caballero S, González A, de Gauna PL, Hernando R, González JA, Arteta A. 98

C-044. Internet: una oportunidad para la calidad asistencial.
Llinás G, Rodríguez D, Sancho J, Pérez-Jover V, Mira JJ. 98

C-045. Comunicación en atención primaria (A.P): resultados tras un año de funcionamiento de nuestra página web.
Fluriache P, Torijano M, Azpiazu M, Sánchez-Holgado J, Gragera F, Gonseth J. 98

C-046. Receta electrónica: implantación en un área sanitaria.
Moreno-Hernández EJ, Hevia-Álvarez E, López-González J, Calatrava-García L, Gutiérrez Cuadra JL, Romero-Muñoz MA. 99

Mesa 6. Voz del Paciente 1 — Sala Goya

C-047. Evolución de la valoración de los centros de salud de una comunidad autónoma (2002-2005).
Carrillo-Ojeda P, Hernández-Rodríguez MA, Navarro-Brito E, Ascanio-Perera F, Pérez-Barros A, Sánchez-Janariz H. 99

C-048. Indicadores compuestos para analizar la calidad percibida en usuarios de atención primaria. Primer corte anual año 2006.
Más A, Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Nieto P. 100

C-049. Calidad percibida en usuarios de atención especializada. comparación de resultados de la valoración 2003-2005.
Más A, Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Bérmudez R. 100

C-050. ¿Varían los factores determinantes de la satisfacción de los pacientes?
Lorenzo S, Noria M, Moyano S, Galban C, Ortigueira JA, González-Alvarez JM. 100

C-051. Necesidades de información en salud de la ciudadanía y expectativas sobre los canales de comunicación.
Gijón-Sánchez MT, González-Pérez R, Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez MA, Ruiz-Azarola A, Suess A. 101

C-052. Estudio de expectativas de la población de referencia del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
Ruiz-Romero V, García-Berral M García B. 101

C-053. Percepción de la calidad de los servicios sanitarios: el tamaño de los municipios sí que importa.
Fernando-Revilla R, Miranda-García M, Carrero-Rujas AB, Sahuquillo-Bartolomé S, Sangrador-Arenas L, Fraile-Castelao R. 101

C-054. El sistema sanitario regional a análisis: "una opinión de peso".
Fraile-Castelao R, Sahuquillo-Bartolomé S, Carrero-Rujas AB, Miranda-García M, Sangrador-Arenas L, Revilla-Ramos F. 102

C-055. Las encuestas de satisfacción de usuarios de los servicios sanitarios, ¿sirven para mejorar?
Santiago-García C, Moreno-Valero M, Barragán-Pérez A, Martínez-García J, Fontcuberta-Martínez J, Pérez-Aguilar F. 102

16:00 h

Mesa 7. Gestión de Calidad 2 — Sala Plenaria

C-056. Implantación del modelo EFQM en el servicio cantabro de salud.
Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Rogríguez-Cundín P, Lois-Camara F, Alburquerque-Sánchez J. 102

C-057. La inversión como herramienta facilitadora de la excelencia.
Alzueta AM, Díaz-Mendi AR, Martínez-Ochoa E, Gancedo Z, Herrera P, Hernando B. 103

C-058. La estructura organizativa (organigrama) de un hospital aspirante a la excelencia.
Díaz-Mendi AR, Alzueta AM, Martínez-Ochoa E, Gancedo Z, Fariñas C, Rodríguez M. 103

C-059. Aplicación práctica del modelo EFQM: diseño de un plan de excelencia.
Díaz-Mendi AR, Martínez-Ocha E, Gancedo Z, Alzueta AM, Herrera P, Tejería A. 103

C-060. Autoevaluación con el modelo EFQM 2003 en un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalario.
Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Barreiro-Díaz MV, Penas-Penas M, Cegarra-García MS, Caamaño-Martínez MD. 103

C-061. Propuesta de memoria de actividad de área según la estructura de criterios definida el en modelo EFQM.
Polo-Herrador MJ, Bartolomé-Benito E, Barril-Molina J, Sanz del Oso JJ, Sarrión-Bravo JA, Ruiz-Alonso S. 104

C-062. ¿Podemos utilizar el modelo EFQM para evaluar "todo" el servicio de salud de nuestra comunidad autónoma?
García-Aísa JC, Misiego A, Garuz R, García-Urbaneja M, González R, Muñoz J. 104

C-063. La percepción del sistema sanitario madrileño a través de los criterios del modelo EFQM.
Navarro C, Pardo A, Borrego E. 104

C-064. Modelo EFQM, GPP, ISO y acreditación en el hospital general de l'hospitalet. ¿como enlazarlos y no morir en el intento?
Mompó C, Vilarasau J, Casademont J. 105

Mesa 8. Tecnologías de la Información 2 — Sala La Mancha 1

C-065. Nuevas tecnologías y aplicación de un ciclo de mejora a la gestión de incidencias informáticas de un hospital.
Carrasco-Garijo P, Heras de los Ríos E, Campos-Carrasco D, Villaseñor-Muñoz P, Cabrera-Sorrosal E, López-Andueza I. 105

C-066. Beneficios de la implantación de un RIS-PACS en un área sanitaria.
Fandiño E, Calvo P, Céspedes M, Pinto JM. 105

C-067. ¿La historia de salud digital mejora la calidad asistencia? experiencia en el área sanitaria norte de Córdoba.
López-González J, Romero-Muñoz MA, Moreno-Hernández EJ, Calatrava-García L, Gutiérrez Cuadra JL, Gálvez-Arévalo JA. 106

C-068. Mejora de la cobertura de cartera de servicios de un área de AP a través de una herramienta informática.
Díaz-López Y, Martí M, Díaz A, Payá A, Amengual M, Lacalle M. 106

C-069. Las autoauditorías en me_jora p: una herramienta para medir la calidad de la práctica profesional sanitaria.
Jimenez B, Lopez G, López F, Rios J ..... 106.

C-070. Mejora de la calidad asistencial tras implantar un procedimiento de evaluación informatizada. Área 4 AP Madrid.
Mena JM, Sánchez-Perruca L, Cañada A, Cárdenas J. 107

C-071. Aplicativo de gestión de cuidados de enfermería como objetivo singular en el plan de excelencia de nuestro hospital.
Gancedo Z, Fernandez ML, Díaz A, Fariñas C, Herrera P, Moreno M. 107

C-072. Automatización del sistema de información en el entorno de urgencias.
Comas B, Puig D, Tarradas J, Agudo M, Rubio FJ, Roche JA. 107

C-073. Informatización y mejora continua de calidad en el servicio de urgencias.
Ibáñez-Nolla J, Fernández-Rodríguez T, Guzmán-Fernández M, Monjo-Garriga M, Vilar-Roquet D, Villagra V. 108

C-074. Desarrollo de un proyecto integrado de formación continuada mediante nuevas tecnologías de comunicación en red.
Cantalapiedara JA , Gregori A, Gómez C, Rojo GA, Gil, AM, Peñalver R. 108

Mesa 9. Seguridad 2 — Sala La Mancha 2

C-075. Errores en el procesado de dispositivos médicos en una central de esterilizacion.
Criado-Álvarez JJ, Muro-Ceballos I. 108

C-076. Detección de posibles eventos adversos en una central de esterilización mediante el método AMFE.
Rebull-Fatsini J, Gombáu-Monteso C, Redo-Sabater V, Pujol-Casanova L, Cardona-Melo JL, Benaiges-Pallares J. 109

C-077. Aplicación del análisis modal de fallos y efectos (AMFE) en el proceso de medicación del hospital de día.
Jabalera M, Puche G, Planas MJ, Nadal O. 109

C-078. Seguridad clínica en atención primaria: análisis de puntos críticos en prescripción y administración de fármacos.
Ibiricu A, Bueno MJ, Celma F, Vallejo E, Bilbao JA, Chacón A. 109

C-079. Adecuación de los hábitos de prescripción en urgencias. uso racional de los medicamentos.
Oliva JA, Losada B, Usandizaga E, Gómez M, Llober E, Ferreres JA. 110

C-080. Mejorar la prescripción: algunas iniciativas prácticas y sencillas.
Martínez-Ortega MC, Altadill A, Martínez A, Fernández C, Rubio JS, Trujillo M. 110

C-081. Criterios de diseño para la elaboración de indicadores de calidad de prescripción.
Valentín-Gamazo C, Ramos F. 110

C-082. Evaluación y mejora de la preparación y administración de citostáticos en el servicio de farmacia y hospital de día.
Pérez-Martínez V, Martínez-Bueno MA, Fernández-Álvarez S, López-Miras MD, Asensio-Villalba AI, Soler-Sánchez P. 110

C-083. Indicadores de calidad del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias en el hospital.
Abad R, Aibar C, Carcelen J, Agustín MJ, Gómez-Barrera M, Alonso-De Pablo V. 111

Mesa 10. Procesos Clínicos 2 — Sala Greco

C-084. La tasa de mortalidad hospitalaria de la cirugía coronaria en los hospitales públicos españoles en 2004.
Yetano J, López-Arbeloa G, Guajardo-Remacha J, Letona J, Barriola-Lerchundi M, Pérez-Alonso A. 111

C-085. ¿Son útiles las escalas de riesgo quirúrgico?: validación y aplicación del SCORE POSSUM en un servicio de cirugía general.
Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Del Pozo P, Mengual-Ballester M, Aguayo-Albasini JL. 111

C-086. Niveles de uso apropiado de la cirugía de catarata en Gipuzkoa.
Begiristain JM, Elizalde-Sagardia B, Mendicute del Barrio J, Eder-Labayru F. 112

C-087. Evaluación de la adecuación de las cesáreas urgentes y programadas en baleares.
Calvo-Pérez A, Campillo-Artero C. 112

C-088. Protocolo de catéteres y vías: ciclo completo de mejora continua.
Moreno M, González O, Valdor M, Flórez A, Barquín G, Rodríguez M. 112

C-089. Los catéteres vasculares y las sondas vesicales: procedimientos frecuentes bajo control.
González-Setién P, Gómez-Peral P, Zaldívar-Laguía I, Gómez-Cosío L, Sarabia-Lavín R. 113

C-090. Resultados de un proceso de mejora de calidad asistencial en cirugía de colon electiva.
Navinés J. Navarro MD, Gaspar A, Montero J, Martín E, Badia JM. 113

C-091. Nuevo horizonte en el análisis de las apendicectomias, tras 10 años de revisión sistemática.
Alejo M, Molinas J, Carrera R, De Caralt E, Toribio R, Pla J. 113

C-092. Equipos intrahospitalarios de rápida respuesta: necesidad y carga de trabajo.
Jiménez-Muñoz AB, Sanchidrian-De Blas C, Granado-de la Orden S, Esteban C, Sánchez A, Rodriguez-Perez P. 114

Mesa 11. Gestión de Personas 1 — Sala Velázquez

C-093. ¿Me preguntas sobre mi calidad de vida profesional?.... ¡toma caña!
Barrasa JI, Altarribas E, Celaya S, Antoñanzas T, Beltrán A, García-Latorre F. 114

C-094. Estudio del clima laboral del Hospital Universitario Guadalajara.
Carbone-Ríhuete C, Granados-Arroyo B, Guijarro-Pastor C, Villena-Ugarte E. 114

C-095. La calidad en la gestión de los recursos humanos. el análisis del clima laboral como elemento de mejora.
Gratacós M, Arias E, Conde E. 115

C-096. Definicion de competencias de liderazgo para acompañar el cambio hacia un modelo de gestion pública descentralizada.
Ferrari MC, Palmieri MA, Buso A. 115

C-097. Aproximación a un mapa del conocimiento en Atención Primaria.
Cantero M, Domenech P, Miquel A, Redondo J, Cruz M, Mayol J. 115

C-098. Análisis de las necesidades de formación especializada en el sistema sanitario público andaluz (2010-15).
Gallo-García C, Irastorza-Aldasoro A, García-Rotllan J, Prados-Torres D, Pérez-Tapias A. 115

C-099. La evaluación del desempeño profesional como instrumento para la gestión por competencias.
Armenteros-Ortiz P, Jiménez-Carmona A, Campaña-Blanco A, López-Carreto P, Moreno-Sánchez I, Aguilera-Peña F. 116

C-100.¿Por qué hacer mejora de la calidad?. la visión de los profesionales.
Altarribas E, Navarro-Gistau C, Barrasa JI, Moreno P, Castán S, Salvador T. 116

Mesa 12. Voz del Paciente 2 — Sala Goya

C-101. Evaluación de la unidad de corta estancia, con independencia de su ubicación, a través de una encuesta de satisfacción.
Marco O, Oliva JA, Esteve J, Rosell I, Ximenis M, Juncosa S. 116

C-102. Percepción de la satisfacción usuaria en un hospital público en la ciudad de Concepción - Chile.
Prieto-Vega L. 117

C-103. ¿El anciano que acude a las consultas externas de geriatría está satisfecho con nuestra atención?
Alcober P, Cucullo JM, Villar T, Hellin MJ, Guajardo I, Navarro M. 117

C-104. ¿Como valoran los clientes la asistencia sanitaria realizada por el 061 en Cataluña (SEM-061)?
Gasso M, Galup C, Marzal L, Casanovas M, Albo I, Clemente PA. .....

C-105. Seguimiento y análisis de los resultados en hospitalización a domicilio (HOSPIDOM) desde la perspectiva del paciente.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A, De Damborenea MD, Plaza JC. 118

C-106. ¿Discrimina el SERVQHOS entre las diferentes áreas clínicas?
Calvente MJ, Granado S, Sanchidrian C, Jiménez-Muñoz AB, Rodríguez C, Velasco C. 118

C-107. Información relacionada con el fomento de la lactancia natural.
Sánchez S, Manzanares S, Martín AI, Nuño S. 118

C-108. La segmentación de los procesos: una herramienta para el trato diferenciado de los pacientes.
Jové A, Remacha J, Rovira D, Iglesias A, Bosch S, García-Camps E. 118

C-109. Una estructura de pensamiento para la gestión. organización mediante mapas mentales.
Dueñas-Fuentes JR, Sánchez-Gómez B Duarte-Clíments G, Reca Bueno I. 119

26 de octubre de 2006

09:00 h

Mesa 13. Gestión de Calidad 3 — Sala Plenaria

C-110. Acreditación del primer servicio de urgencias hospitalario, según los estándares de acreditación de la SEMES.
Busca-Ostolaza P, Aginaga-Badiola JR, Hernando Uzkundum A, Preciado Barahona MJ Aranzabal-Conde A, Gurrutxaga-Arriola I. 119

C-111. Implantación del sistema de calidad en la gestión del proceso de transfusión de hemoderivados.
González-Llinares R, Iruretagoyena-Sánchez M, García-Urbaneja M, Pérez-Boillos MJ, Letona- Arámburu J, Redondo-Sánchez M. 119

C-112. Certificación ISO 9001:2000 en el proceso de gestión de la información.
Herrero R, Darpon J, Urruela M. 120

C-113. Resultados obtenidos tras la implantación de la norma ISO 9001:2000 en urgencias generales de un hospital de referencia.
Preciado-Barahona MJ, Busca-Ostolaza P, Aranzabal-Conde MA, Aginaga-Badiola JR, Cancio-Fanlo M, Hernando-Uzkudun A. 120

C-114. El programa de acreditación de unidades de gestión clínica en el ámbito de atención primaria.
Núñez D, Carabaño R, López G, Nogueras S, Román M, Sianes A. 120

C-115. La acreditación de centros y unidades de formación continuada en andalucía.
Centeno J, Periáñez M, Valverde E, Martín M, Fernández R, Villanueva L. 121

C-116. La certificación ISO como herramienta útil para la gestión.
Clemente PA, Casanovas M, Marzal L, Gasso M, Albo I, Fortuny B. 121

C-117. Sistema de gestión de la calidad: una apuesta estratégica para un futuro presente.
Suárez-González T, Ron-Martínez N, Roibas-Valdés A, Fernández-González A. 121

C-118. ¿Es aplicable la Norma ISO 9001:2000 al proceso asistencial?
Colina A, Guerra N, Regúlez P, Mezkorta K, Herrero R, Urruela M. 122

C-119. Implantación de un sistema de gestión conforme a la Norma ISO 9001:2000 en el proceso de gestión económico-financiera.
Unzaga I, Bengoa I, Cáceres M, Gorostidi A, Durán H, Vigiola S. 122

C-120. Experiencia en la implantacion de un sistema de gestión de la calidad ISO 9001.
Anero E, Urien A, Ruiz J, Zubeldia M, Montes M, Fernández R. 122

C-121. Manual de estándares para la acreditación de las unidades de hemodiálisis: áreas de calidad.
Núñez D, Murcia A, Nogueras S, Carabaño R, Turiño JM, Palop A. 123

Mesa 14. Calidad Técnica: Atención Primaria — Sala La Mancha 1

C-122. Concordancia diagnóstica (CD) como indicador de calidad en una unidad de cirugía menor (UCM) de atención primaria (AP).
Puig D, Cabrer J, Plovins J, Pou J, Rezola J, Corrales A. 123

C-123 evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en el centro de salud de Torreblanca, empleando LQAS.
Suarez-Varela JF, Rodriguez-Vazquez S, Cabrera-Escribano C. 123

C-124. Captación de pacientes diabéticos para educación para la salud grupal.
Vítores MP, Sanz T, Pose B, Sandoval N, Nuñez F, Sánchez S. 124

C-125. Aplicación de un ciclo de mejora en la gestión de apósitos en un área de Atención Primaria.
Ochandorena-Juanena MS, Pérez-Rivas FJ, López-Tortosa J, García-López M, Solano-Ramos V, Beamud-Lagos M. 124

C-126. Análisis en la calidad de la atención a las personas con pluripatología en Atención Primaria.
Canela T, Espelt P, March E, González S, Rodriguez M, Dalmau E. 124

C-127. Valoración de la aportación multidisciplinar a las personas con procesos de salud crónicos.
Gonzalez-Gonzalo S, Milan-Valles M, Rojas-Mercader C, Rodríguez-Pena M, March-Domingo E, Ansa-Echeberria X. 125

C-128. Intervención en salud y desarrollo personal en adolescentes.
Monter-Ardanuy MR, Sotillos-Nubla A. 125

C-129. Mejora de indicadores de salud en hipertensos mediante la aplicación sistemática de una guía de práctica clínica.
Collado A, Doblado O, Morales E, Glaria T, Jiménez C, Espejo T. 125

C-130. Las enfermedades raras (ER) en un centro de salud rural: un interés productivo.
Ortega-Calvo M. 125

C-131. Estilos de práctica del fisioterapeuta asociados a la adherencia a los programas domiciliarios de Atención Temprana.
Medina i Mirapeix F, Lillo-Navarro MC, Gómez-Arnaldos F, Escolar-Reina P, Montilla- Herrador J, Meseguer-Henarejos AB. 126

C-132. Interactuación y coordinación entre la animación socio-cultural y el equipo de maestros en pediatría.
Requena-García JA, Ávila-Alexandre LA, Lucas-Imbernón FJ García Fernández C, Sahuquillo-Talaya C. 126

C-133. Planificación de una consulta de enfermería para cuidadores de pacientes con demencia.
Nuñez Alonso E, Hellin-Gracia MJ, Alcober-Lamana P, Ochoa-Calvo P. 126

Mesa 15. Continuidad 1 — Sala La Mancha 2

C-134. Mejora de la calidad del proceso de continuidad de cuidados de enfermería.
Muruzabal-Martinez A, Iribarren-Irure E, Villalgordo-Ortín P Aranguren-Zunzarren MI. 127

C-135. Detección precoz del cáncer colorrectal: coordinación efectiva entre niveles asistenciales.
Ferrándiz-Santos J, Morillas-Sáinz JD, Ruiz-López P, Díaz-Tasende J. 127

C-136. Continuidad y colaboración en salud mental a través de los procesos.
Rivera F, Carreras M, Ortega MA. 127

C-137. Atención domiciliaria integral y coordinación prealta.
Salvador- Vila I, Arco-Rodríguez S, García-Lázaro M, Guasch-Ibáñez B, Villanueva-Alonso A, Vilarroya-Font C. 128

C-138. Necesidades de información para una derivacion de pacientes eficiente y equitativa a media estancia.
Elosegi-Vallejo E, Berigistain-Aranzasti JM, Larrañaga-Padilla I, Elizalde-Sagardia B, Dorronsoro-Goikoetxea I. 128

C-139. La gestión administrativa en la derivación de pacientes a media estancia.
Sánchez-Urcelay I, Elosegi-Vallejo E, Begiristain-Aranzasti JM, Larrañaga-Padilla I, Dorronsoro-Goikoetxea I. 128

C-140. La continuidad asistencial como base de un nuevo modelo de acceso de pacientes a un hospital de media-larga estancia.
Clavo-Sánchez A, Salcini-Macias A, Ron-Rivera A, González-Guerra V, Rodríguez-Bouza M, Pérez-Santos O. 128

C-141. Proceso de derivación de pacientes a dispositivos sociosanitarios.
Rivera F, Olivares M, Carreras M. 129

C-142. Especialista consultor entre atención primaria y atención especializada.
Miquel A, Vinuesa M, García J, Barba M, Ortigueira JA, Granados C. 129

C-143. Diseño e implantación del proceso de continuidad de cuidados de enfermería en el Servicio Murciano de Salud.
Navarro-Moya FJ. Ramón-Esparza T, Castillo-Gómez C, Paredes-Sidrach de Cardona A, Sáez-Soto AR, Leal-LLopis J. 129

C-144. Impacto de la incorporación de la enfermera clínica en la continuidad asistencial de los pacientes ingresados.
Marco O, Oliva JA, Esteve J, Parejo S, Romero C, Da Ponte R. 130

C-145. Compartir objetivos y trabajar juntos garantiza la continuidad asistencial.
Egea-Romero MD, Santiago-García C, Bayo-Zaera A, Victoria-Jimeno C, Sánchez-Bolea T, Rivera-Peñaranda S. 130

Mesa 16. Gestión de Calidad 4 — Sala Greco

C-146. La consulta como sistema de definición de objetivos del grupo de mejora de la calidad.
Egido P, Yagüe MD, Revillo MJ, Grupo de Mejora de la Calidad 131

C-147. Estrategias de mejora de la calidad en la tramitación de tarjetas sanitarias.
Fernández-Conde J, Sánchez-Verde B, Núñez-Maestro R. 131

C-148. ¿Cómo incorporar al día a día la gestión por procesos? un nuevo reto en el Hospital General de L'Hospitalet.
Mompó C, Vilarasau J, Casademont J. 131

C-149. Comisiones sanitarias en la Región de Murcia.
Guilabert A, Gomis R, Parra P, Novoa A, Gutiérrez A,. 132

C-150. Integración de la calidad en la gestión hospitalaria.
Guajardo-Remacha J. Rabanal-Retolaza S, Gallego-Camiña I, Castelo-Zas S, Chueca-Ajuria A. 132

C-151. Proyecto para la definición e implantación del proceso de liderazgo.
Ruiz-Álvarez E, Moracho-DelRio O, Landaluce-Lauzurica JI, Aguirre-Alberdi L, Salgado-Larrea MV, Valverde-Citores RM. 132

C-152. Relación entre procesos y resultados de calidad: monitorización de indicadores extraídos del CMBD de 11 hospitales.
Tejero JM, López R, Alcázar F, Rodríguez C, Fernández J, Gutiérrez R. 132

C-153. El proceso de planificación estratégica, un antes y un después.
Lekuona L, Iruin A, Franganillo R. 133

C-154. Hacia un enfoque integrado de los grupos de mejora.
Montserrat-Capella D, Andrés-Jimeno B, López-Tobes M, Martínez-Alonso JR, Costa-Estany JM. 133

C-155. Estándares de calidad para la acreditación en los estudios de enfermería.
Rodríguez-Cornejo MJ, Ignacio-García E, Moreno-Corral LJ, Carnicer-Fuentes I, Abellan Hervas MJ, García-Cabanilla MJ. 133

C-156. La gestión ambiental en el Servicio Andaluz de Salud.
Huerta-Bueno M, García-Rotllán J, Irastorza Aldasoro MA, HIdalgo Salvago E, Blanco-García M. 134

C-157. Integración de indicadores iso 9001:2000 en el contrato de gestión de un servicio de hospitalización domiciliaria.
Mazo S, Suescun C, Vallejo M, Lejarraga M, Oronoz S, Emparan C. 134

Mesa 17. Calidad Técnica: Urgencias y Emergencias — Sala Velázquez

C-158. Estrategias en la búsqueda de la calidad. experiencia de un servicio de urgencias.
Fatjó F, Celorrio N, Salazar A, Ortega L, Sanz X, Cid R. 134

C-159. Análisis de las readmisiones en <72 horas en urgencias.
Losada B, Nisa I, De Haro M, Oliva JA, Gómez M, Ibernón M. 135

C-160. Proyecto "AVALUA". autoevaluación de la calidad asistencial en urgencias hospitalarias a partir del informe médico.
Aloy-Duch A, Domínguez-Maqueda J, Pozueco-Agreda R, Gutierrez-Jordán U, Garcia-Bargo E, Luco-Manubens A. 135

C-161. Medición de indicadores de calidad mediante muestreo para la aceptación de lotes en servicio de urgencias hospitalario.
Granado S, Abad A, Hernández T, Sánchez A, Rodríguez P. 135

C-162. Implantación de una carta de control para el proceso asistencial del SUMMA 112.
Martínez J, LLopis P, Solano R, Rodriguez N, De La Vega M, Medrano M. 136

C-163. Utilidad de la CIE-9 en la codificación de los diagnósticos de alta de un servicio de urgencias.
Mariné-Blanco M, Arribas-de Paz V, Cebrián-Patiñó E, Rodríguez de Pablo S, Chirinos-Hoyos J, Gamero Donis D. 136

C-164. Análisis comparativo de la casuística de 4 servicios de urgencias hospitalarios usando el modelo andorrano de triaje.
Aloy-Duch A, Vega-García JL, Solis-Servert J, Bou-Creixell M, Gómez-Jiménez J, Paluzie-Ávila G. 136

C-165. Proyecto de mejora de los procesos de un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalario.
Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez MD, Picallo-Piñón M, Cegarra-García MS. 136

C-166. Detección de áreas de mejora para la agilización de ingresos hospitalarios urgentes.
Broto A, Serrano MA, Tello C, Ballano MA, Sanz JC. 137

C-167. Concordancia del diagnóstico de ingreso con el del alta hospitalaria.
Skaf-Peters E, Mínguez-Masó S, González-Rodríguez R, Del Baño-López F, Echarte-Pazos JL, Campodarve-Botet I. 137

C-168. ¿Necesitamos un neurologo en urgencias?
Sánchez C, Lorenzo S, Barón M, Pardo J, Pareja JA, Vela L. 137

C-169. Análisis de drogas de abuso en el laboratorio de urgencias de un hospital terciario.
Martinez I, Mendoza C, Tejada A, Sanz L, Varela B, Ramos M. 138

Mesa 18. Voz del Paciente 3 — Sala Goya

C-170. Satisfacción del paciente en una unidad de dialisis: evolución en el tiempo.
Ochando-Garcia A, Hernández ME, Lorenzo S, MAs MI, Noria M. 138

C-171. Satisfacción del paciente y calidad de vida laboral del personal de enfermeria en una unidad de dialisis.
Hernandez-Meca E, Ochando A, Lorenzo S, Más MI, Noria M. 138

C-172. Diseño de una guía para la mejora de la información al trasplantado renal.
Escobar MJ, Quintas J, Guerrero O. 139

C-173. Guía de información a pacientes en servicios quirúrgicos.
Llorente-Parrado C, Grande-Arnesto M, Cerpa-Calderón M, García-Caballero J. 139

C-174. ¿Están bien informados los pacientes que se somenten a una intervención quirúrgica?
Lozano MJ, Navarro MD, Maestro MA, Soria V, Guzmán P, Aguayo JL. 139

C-175. La correcta información al paciente principal indicador de calidad en el proceso de la CMA.
Germán-Martínez AI, Escobio-González P, Flórez-Pereiras A, Expósito-Jerez F, Fernández-Ruíz N, Gómez-Cagigas M. 139

C-176. Evaluación de la disponibilidad del consentimiento informado en las historias clínicas de los servicios quirúrgicos.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A, Bilbao A, Asturias MJ, Rodriguez S. 140

C-177. Áreas de mejora en la cumplimentación del consentimiento informado quirúrgico.
Alcalde G, Bacigalupe M, Álvarez E, Hernández L, Intxausti E, Alonso J. 140

C-178. Evaluación del consentimiento informado del proceso de transfusión en un hospital de agudos de Osakidetza.
Alcalde G, Pereda A, Bengoa P, Bacigalupe M, Intxausti E, Hernández L. 140

C-179. Mejora de la información que se proporciona al paciente en citación para una PAAF en el servicio de anatomía patológica.
Martínez-Marín R, Abellán-Palazón A, Estevez-Ligero S, Guillamón-López B, Sánchez-Marcos C, Smilg-Vida F. 141

C-180. Percepción de la calidad por pacientes pluripatológicos.
Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ortiz-Camuñez MA, Moreno-Gavió L, Cassani-Garza M. 141

C-181. Vía del parto. Satisfacción de las madres.
Boix T, Moragón M, Crespo P, Vallés C. 141

13:00 h

Mesa 19: Calidad Técnica: Vías Clínicas — Sala Plenaria

C-182. Garantía de calidad en la implantación de la guía clínica de atención a las víctimas de agresiones sexuales.
Santiñá M, Coll-Vinet B, Farrás U, Echevarría T, Carpallo M, Millá J. 142

C-183. Evaluación de la vía clínica de prostatectomía radical laparoscópica (PRL).
Llorente-Parrado C, Martín-Martínez MA, Martín-Vega A, Maeso-Martínez S, Alonso-Gregorio S, García-Caballero J. 142

C-184. Dificultades en la implantación de una vía clínica de cateterismo cardiaco progamado.
Bergua C, Lacambra I, Portero P, Latorre P, Chillaron E, P 142

C-185. Evaluación y monitorización de la vía clínica de la tiroidectomía.
Soria-Aledo V, Flores-Pastor B, Campillo-Soto A, Carrillo-Jara A, Fernández-Marín MP, Aguayo-Albasini JL. 143

C-186. Guías de práctica clínica sobre úlceras por presión. repercusión de las evidencias en la práctica enfermera.
Zamora J. 143

C-187. Evaluación de la vía clínica de lacolecistectomía laparoscópica.
Garcia-de San José S, Carvajal-Balaguera J, Martín García-Almenta M, Cerquella-Hernandez C, Camuñas-Segovia J, Oliart-Delgado de Torres S. 143

Mesa 20. Calidad Técnica: Dolor Sala La Mancha 1

C-188. Importancia del cumplimiento de los estándares del dolor agudo postoperatorio en la práctica clínica.
Carrascosa AJ, Gómez FM, Ruiz P, Bouzó N, Saldaña R, Pérez-Cerdá F. 144

C-189.Calidad de la atención al paciente con dolor abdominal en los puntos de atención continuada.
Esteban-Tudela M, Alejandre-Lazaro, Peña-Rodriguez E, López-Orive MA, Aguirre-Peña E. 144

C-190. El dolor: dónde, cuándo, cuánto y cómo llama la atención.
Gómez-Peral P, Zaldívar-Laguía I, González-Setién P, Sarabia-Lavín R. 144

C-191. Influencia de una unidad de dolor agudo en la estancia media de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla.
Ruíz G, López R, Bouzó N, Saldaña R, Carrascosa AJ, Pérez-Cerdá F. 144

C-192. Evaluación de la calidad asistencial en anestesia del plexo braquial.
Díez A, Bonilla I, Nieto E, Nieto A, Asensio E, Tomás J. 145

C-193. Cumplimiento del protocolo de analgesia postoperatoria en cirugía electiva sin ingreso.
Cantero D, Oliver A, Aranguren A, Victoria-Salgado M, Valverde R. 145

Mesa 21. Calidad Técnica: Sistemas de Registro Sala La Mancha 2

C-194. Evaluación de la calidad del informe de alta en un hospital general.
del Baño L, Rodriguez L, García L, De Arribas L, Giménez MA, Carrillo A. 145

C-195. Análisis comparativo de la calidad del informe de alta entre servicios de dos hospitales.
del Baño L, Carrillo A, Rodríguez L, Llopis P, Candel MF, García S. 146

C-196. Adaptacion de códigos CIE 9 MC para la asistencia prehospitalaria.
Caballero-García A, Herrera-Vicente P, De Andrés-Rodríguez I, Martín-Vázquez JM. 146

C-197. Evaluación y mejora de los registros en la recepción del enfermo urológico en el postoperatorio inmediato.
Pardo A, Canovas MA, Alonso MA, Ballester C, Moreno E, Carpio R. 146

C-198. Gestión de espacios de un archivo de historias clínicas.
Rodríguez S, Aizpuru C, Rabadán A, Velasco A. 146

C-199. Antes de procesar la información, atendamos a lo que dicen los datos.
Martínez-Renedo E, García-López F, Millán-Santos I, Montserrat-Capella D, Alonso-Durán M, Martínez-Alonso JR. 147

Mesa 22. Proceso Atención de Enfermería Sala Greco

C-200. Proceso de mejora para el desarrollo de la metodología enfermera en el Área 7 de Atención Primaria de Madrid.
Bayó-Cabeza M, López-Palacios S, García-Pardo RM, Mora-Morillas JC, Cadenas-Casado A, Garrido-Elustondo S. 147

C-201. Uso de las taxonomías enfermeras en atención especializada.
Mesa-Blanco MP, Medina-Valverde MJ, Benítez-Camacho MM, Notario-Madueño MJ. 147

C-202. Cuidando al paciente oncológico: adaptación de los registros.
Moreno-Mancho M., Martinez-Prats I, Caballé-Gutierrez B, Parejo-Arrondo MT, Puig-Soler J, Grau-Farrus I. 148

C-203. La acogida que esperan nuestros pacientes.
Rivera F, Carreras M, Izquierdo C. 148

C-204. Cuidados de enfermería a pacientes con ventilación mecánica.
Pintado Y, Gutiérrez C, Pinilla A, Sarrías E, Vallejo J. 149

C-205. Calidad y registros de enfermería.
Vázquez B, Miracle L. 149

Mesa 23. Calidad Técnica: Servicios Centrales Sala Velázquez

C-206. Evaluación de la adecuación de la transfusión en un hospital de agudos de Osakidetza.
Alcalde G, Pereda A, Bengoa P, Bacigalupe M, Alonso J, Hernández L. 149

C-207. Revisión del proceso transfusión de hemoderivados.
Menchaca-Marquina E, Carrascos-Vallejo T, Gallegp-Camiña I, Chueca-Ajuria A, Castelo-Zas S, Guajardo-Remacha J. 150

C-208. Proyecto de mejora para el desarrollo de las técnicas de hemoterápia no alogénica y cirugía sin sangre.
Casa de Pantoja V, Celemin R, Fernandez-Villalta MJ, García-Buey ML, Roldán J, Santos M. 150

C-209. Estudio del rechazo de muestras debido a la hemólisis y acciones de mejora emprendidas para su disminución.
Sanz L, Tejada A, Mendoza C, Varela B, Martínez I, Aguayo FJ. 150

C-210. Determinaciones analíticas: la mejora continua y el coste de la no calidad.
Secadas-Barros G, Gómez-García C, López-Hoyos M. 150

C-211. Valor del diagnóstico topográfico preoperatorio en el hiperparatiroidismo (HPT).
Gómez-Palacios A, Gómez-Zabala J, Gutiérrez MT, Expósito A, Barrios B, Iturburu I. 151

Mesa 24. Voz del Paciente 4 Sala Goya

C-212. La opinión de agentes clave de salud sobre la participación ciudadana. Un instrumento para mejorar la calidad.
Bleda JM. 151

C-213. Participación de pacientes y usuarios en la detección de áreas de mejora: un ejercicio de corresponsabilidad ciudadana.
Sanchez-Martín I, Arbonies-Ortiz JC, Macías-Sánchez MJ, Telletxea-Nicolarena T, Gil-Rodrigo M. 151

C-214. Profesionales y dirección implicados en proyectos de mejora a partir de la opinión de los ciudadanos.
Guiteras C, Carrera R, Ramon I, Toribio R, Castellano J, Anglada A. 152

C-215. Encuesta a usuarios sobre conocimientos y actitudes acerca de las voluntades vitales anticipadas (VVAS).
Tamayo-Velázquez M, González-Rubio MJ, Moreno-González J, Ruiz-Díaz P, Montero-Alba T, Pérez-Amores I. 152

C-216. Derechos del enfermo: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales hospitalarios.
Martínez F, Grupo de trabajo sobre derechos de los pacientes 152

C-217. De la medicina basada en la evidencia a la medicina centrada en el paciente. Aspectos normativos estatales y autonómicos.
Iloro M, Palomo A. 153

16:00 h

Mesa 25. Gestión de Calidad 5 — Sala Plenaria

C-218. Un procedimiento para seguimiento y evaluación de los resultados de objetivos pactados por las unidades de enfermería.
Andrés B, Martínez JR, Alonso M, Montserrat D, Jiménez J, Gómez P. 153

C-219. Indicadores de gestión. sistema de información para la calidad en una corporación sanitaria.
Moratilla M, Cavo S, Rangil J, Conde E. 153

C-220. Once años de control externo de calidad en los laboratorios análisis clínicos/ bioquímica del servicio andaluz de salud.
Valpuesta MP, Barranquero A, Llanes F, Irastorza MA, García-Rotllán J. 154

C-221. Cuadro de mando integral como elemento de participación y motivación en un área de Atención Primaria.
Díaz-López Y, Jiménez-Carramiñana J, Estévez-Muñoz JC, Bartolomé-Casado S, Ballarín-Bardají M. 154

C-222. Plan de gestión conjunto de dos gerencias (Atención Primaria - Atención Especializada).
Egea-Romero MD, Santiago-García C, Martínez-García JF, Fernández-Pérez TS, Moreno-Valero MA, Sevillano MN. 154

C-223. El uso de indicadores en el hospital ¿favorece la sistematización del ciclo de mejora continua de la calidad?
Andrés B, Martínez JR, Alonso M, Montserrat D, Sierra M, Gómez P. 155

C-224. Enfoque de sistema de gestión para integrar la calidad, la gestión medioambiental y los riesgos laborales.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A, Bilbao A, Omaetxebarria E, Del Valle ML. 155

C-225. Plan para evaluar los cuidados de enfermería.
García C, Pescador A, Corcoles P, Del Egido MA, Escribano M, Imbernón FJ. 155

C-226. Gestion de residuos en un centro de salud.
Zubimendi M, Mendia JL, Conde I, Madina L. 156

Mesa 26. Accesibilidad 2 — Sala La Mancha 1

C-227. Experiencia de una unidad móvil TAC-RMN en zonas de difícil acceso de la Comunidad de Castilla y León.
Ortega-Esguevillas I, Robles-García M, Blasco-Redondo R, Uribe-Ladrón de Cegama F. 156

C-228. Cartera de servicios de procedimientos por niveles asistenciales.
Carriazo-Pérez A, Villar-Martínez F, Aldana-Espinal JM, García-Rotllán J, Carmona-Díaz Velarde J. 156

C-229. Proyecto de descentralización del seguimiento de los pacientes con terapia anticoagulante (TAO).
Ortega P, Olmo C, Guerra JL, Romero A. 157

C-230. Organización por niveles asistenciales en un servicio de urgencias basada en un sistema de triaje estructurado.
Tomás S, Aguilar M, Salazar A, Ortega V, Vila P, Pozo F. 157

C-231. Diseño de un estudio sobre la adecuación de la demanda en los centros de salud mental de Álava.
Estébanez-Carrillo M Zuazo-Arsuaga JI, Montejo-Gutiérrez M, De Miguel-Aguirre E, Murua-Navarro F, Sánchez-Bernal R. 157

C-232. El alta hospitalaria, la cama disponible y el ingreso a tiempo: una cuestión de todos.
Zaldívar-Laguía I, Gómez-Peral P, Agüero-Balbín I, González-Setién P, Sarabia-Lavín R. 158

C-233. ¿Existe variabilidad en la inclusión en lista de espera quirúrgica?
López R, Gil J, Blas JA, Alcazar F, Gutiérrez R, Fernández J. 158

C-234. Análisis descriptivo de las incomparecencias y sus causas en consultas externas.
Broto A, Romero F, Gutiérrez MV, Peinado R. 158

C-235. El servicio de admisiones en el hospital: evaluando la visión de los usuarios y los profesionales.
Suárez-González TV, Fernández-González A, Quesada-Fernández Y, Sánchez-Gómez B, Duarte-Clíments G. 158

Mesa 27. Seguridad 3 — Sala La Mancha 2

C-236. Evaluación de la cultura de la seguridad en hospitales españoles.
Orrego C, López L, Cavero E, Hilarión P, Suñol R, Bañeres J. 159

C-237. Aplicación del método amfe en el subproceso de preparación preoperatoria del paciente en relación con el sangrado.
Labiano JM, Fernandez S, Lecumberri R, De la Viesca M. 159

C-238. Acontecimientos adversos en el enfermo crítico.
Martín MC, Cabré L, Fernández F, Jover J, Portillo E, Ruiz J. 159

C-239. Análisis de causas raíces. trabajando para la seguridad.
Jabalera-Mesa L, Moya-Suárez AB, Canca-Sánchez JC, Mora-Banderas AM, García-Luque MJ, Aranda-Gallardo M. 160

C-240. Elaboración de un instrumento para evaluar los efectos adversos en atención primaria.
Navarro C, Castan S, Aibar C, Garcia JI, Barrasa JI, Valdepérez J. 160

C-241. Estrategia de implantación para el desarrollo del proyecto de seguridad del paciente en el entorno sanitario.
Musitu-Pérez MV, Ube-Pérez JM, Urzanqui M, Gómez F. 160

C-242. Estrategias formativas para aumentar nuestra cultura de seguridad.
Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Rodríguez-Rodríguez M, Barahona-Bustamante E, Moreno-De la Hidalga MA, Gómez-España MV. 161

C-243. Evaluación de la cultura de la seguridad del paciente en un hospital universitario.
Martín-Vega A, Maeso-Martínez S, Martín-Martínez MA, Villasevil-LLanos E. . 161

C-244. Implementación de objetivos de seguridad clínica: medidas prácticas para la prevención de errores.
Bueno MJ, Prats E, Colomes L, Nualart L, Ferre R, Gómez R. 161

Mesa 28. Procesos Clínicos 3 — Sala Greco

C-245. Desnutrición y úlceras por presión en ancianos hospitalizados.
Moreta-Sánchez R, Pellico-López A, Martín-Salcedo A, González-Rivas V, Fernández-Escajadillo H, Terán-Rodríguez V. 162

C-246. Estilos de práctica médica.
Moreno-Sánchez E, Llamas-Rodríguez A, Mareque-Ortega MA, Manzano M, Martín-Temprano M, López de Castro F. 162

C-247. Influencia del índice de Barthel en la estancia media de pacientes ancianos ingresados en una UEC.
Supervía A, Aranda D, Márquez MA, Aguirre A, Skaf E, Gutiérrez J. 162

C-248. Desarrollo e implementación de un protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión en un sector sanitario.
Casanova N, Celorrio JM, De Marco C, Martín R, Sicilia J, Villacampa MA. 163

C-249. Fibromialgia de reciente comienzo. actuación terapéutica multidisciplinar precoz, contando con su médico y su familia.
Fernández-Dapica MP, Reyero Pantigoso F, González-Crespo MR. 163

C-250. Mejora de la calidad en la atención al proceso de la parálisis cerebral a través del rediseño del mismo.
Sánchez-Bernal R, Abad-Aguirre J, Prieto-Prieto J, Lejarreta-Arroyo JC, Otazua-Mendizabal MC, Muñoz-Fernandez J. 163

C-251. Valorando la calidad clínica. evaluación de procesos asistenciales en un servicio de medicina interna.
Martos A, Hernández A, Cuenca C. 164

C-252. Estándares en la atención al enfermo con epilepsia.
Grande-Arnesto M, Llorente-Parrado C. García-Caballero J. 164

C-253. Estudio de adecuación de aislamientos año 2005. Hospital Virgen de la Torre.
De Juan-García S, Muñoz V, Sáez T, Abad M, Bote JL, Carrascosa JM.. 164

Mesa 29. Tecnologías de la Información 3 — Sala Velázquez

C-254. Mejora del sistema de registro informático de cobertura en el servicio de HTA en el área 2.
Bartolomé-Benito E, Ruiz-Alonso S, Vaamonde R, Céspedes D. 164

C-255. Discordancia entre las incidencias registradas en la historia clínica y las declaradas: ¿ por qué trabajar dos veces?
Urretxu-Reboiro D, Audicana-Uriarte A, Sánchez-Bernal R, Murua-Navarro F, Sánchez-Paredes A, Estébanez-Carrilo M. 165

C-256. Evaluacion de dos alertas informaticas (AI) para la detección de los pacientes portadores de Staphylococcus Aureus.
Vidal E, Barrufet P, Sauca G. 165

C-257. Resultados finales de Dermatel: estudio de fiabilidad diagnóstica en teledermatología.
Romero-Aguilera G, Sánchez-Caminero P, Martínez C, Vera-Iglesias P, Cortina-Calle P, García-Arpa M. 165

C-258. Registro de reproducción humana asistida de un servicio de salud/sistema sanitario público.
Aldana-Espinal JM, Carriazo-Pérez de Guzmán A, García-Rotllán J, Carmona-Velarde J, Grupo de Referencia de Reproducción Humana Asistida 166

C-259. Utilización de la informática para la mejora de la prestación de tiras reactivas de glucemia en una zona básica de salud.
Comellas-Nicolás M, Suero-Villa P, Guerrero-Martín J, Villa-Andrada JM, Luna-Giles MF, Comellas-Nicolás A. 166

C-260. Validación de la calidad de los registros hospitalarios de cáncer: herramientas para la monitorización continua.
Portillo I, Peiro E, Aldazabal I, Fernández E, Madurga B, Valle P. 166

C-261. Registros hospitalarios de cáncer: estrategias para mejorar su calidad utilidad.
Peiro E, Portillo I, Aldazabal I, Sarasqueta C, Fernández de Larrinoa A, Yetano J. 167

C-262. Implantación de una consulta de teledermatología en el Hospital Son Llàtzer.
Taberner R, Nadal C, Aulet B, Más G, Buades J, García-Menéndez C. 167

Mesa 30. Voz del Paciente 5 — Sala Goya

C-263. Satisfacción con los cuidados en el hospital al final de la vida.
Cucullo JM, Muñoz S, Soler MD, De Val A, Esteban AB, Cánovas C. 167

C-264. Trasladamos la sede del hospital: utilicemos la opinión del usuario.
Rodríguez-Fernández J, Martínez JR, Montserrat-Capella D, Sáinz A, Cebrián M, García-Artiaga C. 168

C-265. Sistema de gestión de reclamaciones de pacientes y efectos adversos.
Martín J, Calvo S, Rangil J, Marín F, Alfaro L, Conde E. 168

C-266. La road movie de las reclamaciones en atención primaria (ii): sistematización de las intervenciones.
Mallo-Fernández JM, Ferrándiz-Santos J, Muñoz-González JJ, Caboblanco-Muñoz M, Ignacio-García Y. 168

C-267. La road movie de las reclamaciones en atención primaria (i): del analisis hacia la mejora.
Mallo-Fernández JM, Ferrándiz-Santos J, Muñoz-González JJ, Caboblanco-Muñoz M, Ignacio-García Y. 169

C-268. Atenciones registradas en el Servicio Murciano de salud y Servicios Centrales de la Región de Murcia.
Rodríguez-Martínez MP, Cánovas-Inglés A, Alarcón-Martínez C, Espín-Carmona MJ, Cárcar-Benito J, Fernández Abellán P. 169

C-269. Oferta y utilización de servicios: orientación frente a accidentes en el trabajo por cuenta propia.
González Y, López-Lera C, Blanco F, Dalgà, G. Ibáñez E, García-Camps E. 169

C-270. Necesidades de los cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
Martín MA, Perera P, Altarribas E, Serrano I. 170

C-271. Plan de mejora del consentimiento informado: diseño, implementación y resultados.
Martín-Osorio JA, Salvado, Jordi Robles A, Pérez-Bartolí J Abello C. 170

09:00 h

27 de octubre de 2006

Mesa 31. Gestión de Calidad 6 — Sala Plenaria

C-272. Modelo de gestión de la psicodermatologia en el sector de salud de Calatayud.
Marrón SE, Ferrando A, Artal A, Tomás L. 170

C-273. El plan de mejora de guías clínicas. diseño, implementación y resultados.
Pérez-Bartoli J, Abello C, Ribera V, Planas MD, Alerany C, De Sancho JL. 171

C-274. Estrategia de abordaje de la gestión por procesos en un hospital.
Briansó M, Bosch J, Cavallé MC, Godall TM, Simón R. 171

C-275. Influencia del liderazgo en la mejora de los resultados de la práctica enfermera.
Ojeda-Pizarro S, Villalva-Montoro E, López-López D. 171

C-276. Actividad de la comisión de mortalidad como garantía de calidad.
Lucas-Imbernón FJ, Lorenzo-Gómez Aldaravi J, Llamas-Fuente F, Gómez-Garrido J, Navarro-Martínez A, Comisión de Mortalidad. 172

C-277. Gestión del rol enfermera gestora en las unidades de gestión clínica.
Musitu- Pérez MV, Ube-Pérez JM, Urzanqui M, Gómez F. 172

C-278. ¿Calidad en los cuidados? hacia la mejora continua de la calidad en enfermería.
Suárez González TV, Fernández-Orviz F, Roibás-Valdés A, Ron-Martínez N, Sánchez-Gómez B, Duarte Clíments G. 172

C-279. La evaluación de indicadores de calidad de las unidades de hospitalización psiquiatrica de agudos en una CCAA.
Hilarión P, Suñol R, Grané M, Molina C. 173

C-280. Planificacion de un sistema de gestion de la calidad en el proceso de hospitalizacion tradicional.
Rodríguez JM, Elosegui M, Olano JG, Zulueta C, Segura P, Castro C. 173

Mesa 32. Gestión de Personas 2 Sala La Mancha 1

C-281. Análisis de la situación laboral de profesionales facultativos de áreas críticas.
De la Torre-Prados MV, García-Alcantara A. 173

C-282. Incentivación de las unidades administrativas de una gerencia de atención primaria.
Fernández-Conde J, Martínez-Villegas J. 173

C-283. ¿Sabemos respetar la confidencialidad?
Hernando-Uzkudun A, Valois-Núñez MC, Iraburu-Elizondo M. 174

C-284. Reanimación cardiopulmonar: despliegue de una acción formativa según la metodología reder del modelo EFQM.
Moreno M, Sanchez MJ, Rodríguez M, Fariñas C, Martínez C, Díaz E. 174

C-285. El programa de acogida de nuevos trabajadores como herramienta de mejora. evaluación de los profesionales de enfermería.
Leal-Llopis J, Cortes-Parra C, Ortells-Rodriguez MJ, García-Oltra E, Martinez-Albaladejo Y, Calvo-Bohajar M. 174

C-286. Programa de incorporación de nuevos trabajadores al servicio de urgencias.
Del Castillo-Olivares Pantoja C, Navarro-Ortega S, Morales-García E, Noguera-Quijada C. 175

C-287. Mejora de la docencia de residentes mediante un enfoque de gestión de procesos.
Sánchez E, Toro C, Cura J, Colina A. 175

C-288. Impacto formativo global de las acciones de entrenamiento profesional en medicina.
Alarcon L, Villen JA, Vaquez J, Sánchez C, Garcia F, Vazquez G. 175

C-289. Un soporte de la comunicación interna. el tablón virtual de personal.
Noriega A, Fernández S, Dierssen T, Bustamante A. 176

Mesa 33. Seguridad 4 Sala La Mancha 2

C-290. El CMBD y la gestión del riesgo sanitario.
Martínez-Ortega MC, Martínez A, Riera A, Barrio J, Blanco G, Conesa M. 176

C-291. Programa de introducción de soluciones hidroalcohólicas en un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid.
Martínez-Piédrola M, Martín-Rios MD, Arredondo-Provecho AB. 176

C-292. STaphylococcus Aureus resistente a meticilina. evaluacion de un sistema de vigilancia pasivo.
Blázquez R, Menasalvas A, Guerrero C, Palazón P, Ramírez C, Pérez-Martínez A. 177

C-293. Morbilidad en biopsia hepática bajo control ecográfico.
Real-Martínez Y, Graus-Morales J, Campos-Cantero R, Cobo-Soriano R, Pérez-Mota A. 177

C-294. Seguridad de pacientes: recomendaciones de buenas prácticas en la administración de medicamentos en un hospital agudos.
Robles D, Fernández A, Ramos A, Sallés M, Castellá M, Codina C. 177

C-295. Mejora en la identificación de pacientes a través del sistema RFID.
Mora-Banderas AM, Canca-Sánchez JC, Pérez-Trueba E. Jabalera-Mesa L Aranda-Gallardo M, Moya-Suárez AB. 177

C-296. Valoración y análisis de los errores en la identificación de los pacientes.
Subirana M, Mangues MA, Muñíz E, Pastoret C, Álvarez E, García JA. 178

C-297. Proyecto de mejora del lavado de manos en los profesionales sanitarios del servicio cántabro de salud.
Dierssen-Sotos T, Rebollo-Rodrigo H, Fariñas-Álvarez C, Navarro-Cordoba M, Leal M, Fernández-Nuñez ML. 178

C-298. Sistema de gestión de riesgos en unidades de hospitalización domiciliaria.
Mazo S, Ginés C, Sáez R, Ramírez C, Emparan C. 178

Mesa 34. Procesos Clínicos 4 Sala Greco

C-299. I+D+I en la prevención de los efectos del cloro mediante fotocatálisis en el Hospital Nacional de Parapléjicos.
Ruiz AJ, Ruiz RM, Cachaza E, Honorato S, Gutiérrez J, Carrasco MA. 179

C-300. Sector de salud de Calatayud: modelo de gestion del cáncer cutaneo.
Marrón SE, Ferrando A, Artal A, Tomás L. 179

C-301. Evaluación del programa de control de la infección nosocomial en un hospital de media estancia (2000-2005).
Bischofberger C, García-González C, Prado B, Fernández AB. 179

C-302. Plan integral del tratamiento revascularizador del infarto agudo de miocardio en Aragón: Proyecto Triamar.
Portero MP, Ordoñez B, Ortas MR, Ruiz JR, Peleato A, Calvo I. 179

C-303. Reevaluación de un ciclo de mejora de adecuación al protocolo de actuación en el esguince de tobillo en urgencias.
Alcaraz-Martínez J, Romero-Pastor MJ, Navarro-Aguilera I, De la Rosa-Sabonet L, Cano-Nieto A, Ortiz O. 180

C-304 Fistulas arteriovenosas para hemodialisis en pacientes ancianos. ¿Los mismos protocolos e indicadores?
Jiménez-Almonacid P, Gruss E, Lasala M, Rueda JA, Portoles JM, Quintans A. 180

C-305. Evaluación y revisión de un proceso asistencial: tratamiento del paciente con psicosis refractaria.
Audicana-Uriarte A, Elizagárate-Zabala E, Sánchez-Gómez P, Ortiz de Zárate-San Agustin A, Urretxu-Reboiro D, Sánchez-Bernal R. 180

C-306. Creación de indicadores de efectividad y seguridad de los pacientes en psicogeriatría como forma de evaluar el proceso.
Legorburu-Mendía M, Ortiz de Pinedo E, Fontecha-Armentia E, Ochoa de Retana A, Audicana Uriarte A, Sánchez-Bernal R. 181

C-307. Gestión del paciente con patología mental grave ingresado cama M. E. de S. M. en Gipuzkoa:perspectiva del contratador.
Beguristain-Aranzasti JM, Elosegi-Vallejo E, Larrañaga-Padilla I, Iruin-Sanz A. 181

Mesa 35: Gestión de Personas 3 Sala Velázquez

C-308. Bienestar psicológico de profesionales sanitarios no facultativos del servicio urgencias de fundación Hospital Alcorcón.
Silvestre-Muñoz M, García P, Del Campo P. 181

C-309. Factores que han incidido en el aumento de resultados cualitativos de cuidados después de aplicar la carrera profesional.
Pérez-Company P, García-Madero N, Martínez M, Liñan Ll, Costa T. 181

C-310. Plan de seguridad para clientes internos y externos mediante la adecuación del material sanitario.
Vecino A, Laguia A, Ruiz P, Rivas M, Frisas O, Félix M. 182

C-311. Violencia en el trabajo contra los profesionales sanitarios. guía y comité: estudio al año de su implantación.
Aloy-Duch A, Cortés-Lopera E, Roura-Angelats D, Badosa-Goma R, Martín-Cáliz A, Nubiola-Calonge P. 182

C-312. Reducción de la accidentalidad laboral tras la implantación de material de bioseguridad.
Civera A, Bravo MP, Sánchez S, Zamorano ML. 182

C-313. Abordaje multidisciplinar y prevención integral de la alergia al látex : un problema de salud pública.
Ruiz A, Honorato S, Ruiz RM, Solano I, Gómez C, Peñalver R. 183

C-314. Programa multicomponente grupal en trabajadores fumadores del sector sanitario.
Sánchez-Serrano S, Civera-Olivas A, Bravo-García MP, Zamorano-Rodríguez ML. 183

C-315. Gestión de suplentes médicos en el Área 8 de Madrid. proyecto de mejora.
Miquel A, Cornejo I, Gonzalez Y, Hernández A, Fernández-Tabera J, Ridaura A. 183

Mesa 36. Continuidad 2 — Sala Goya

C-316. Valoración sociofamiliar: instrumento de monitorización de riesgo social al alta.
Yuguero M, Pla L, Vázquez P. 184

C-317. Aspectos fundamentales de la asistencia sociosanitaria en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).
Valencia-Martín JL, Grande-Arnesto M, García-Caballero J. 184

C-318. Evaluación del reingreso como marcador de calidad asistencial en una unidad de geriatria de agudos.
Márquez MA, Arellano M, Sabartés O, Gutiérrez J, Pineda I, Cervera AM. 184

C-319. Diagnóstico social en la valoración para la derivación de pacientes.
Goñi MJ, Valois MC, Galdos I, Echávarri MJ, Elosegi E, Sánchez I. 184

C-320. Evaluación de los informes de continuidad de cuidados en una unidad de gestión de cuidados.
De La Torre-Barbero MJ, Sánchez-Hernández M, Turrado-Muñoz MA. 185

C-321. Trabajo de equipo interinstitucional como garantía de calidad.
Blancas-Loras A, González-Lluis M, Muñoz-Racero C, Sánchez-Félez C, Fernánde-Del Viejo M, Sánchez-Albarracín L. 185

C-322. Valoración integral de las necesidades del paciente para asignación de recursos al alta del hospital de agudos en 2005.
Arzamendi MT, Lasaga O, Albisua O, Elosegi E, Echavarri MJ, Sánchez I. 185

C-323. La situación de los pacientes dependientes al alta hospitalaria. influencia de la familia y los servicios sociales.
Pellico A, Camaleño C, Mediavilla E, Cobo M, Francés L, Gómez P. 186

C-324. Detección de riesgo social en pacientes ancianos ingresados en una unidad médica de corta estancia de un hospital.
García-Martínez M, Brando-Asensio I, Martínez-Aroca C, Esteve-Cándel A, Carrillo-Alcaraz A. 186

C-325. Evolución de perfil de los usuarios de los servicios de media estancia-subagudos en Gipuzkoa. 2004-05.
Larrañaga-Padilla I, Berigistain-Aranzasti JM, Elosegi-Vallejo E, Álvarez de Arcaya-Vitoria M, Sánchez-Urcelay I. 186

25 de octubre de 2006

12:30 h

Defensa de Póster 1: P-001 a P-069

P-001. Control de calidad en dosis unitaria de un sfh a través del análasis del registro de reclamaciones de medicamentos.
Aguado-Martín J, Duro-Martínez AM, Perez-Encinas M, ... 191

P-002. Adecuación de prescripción de inhibidores de bomba de protones al alta en pacientes hospitalizados en medicina interna.
Bielsa AM, Arenere M, Abad R, Figueras MP, Huarte R, Gómez J. 191

P-003. Estudio de utilización de Filgastrim.
Gómez-Pedrero AM, González-González EM, Adreu-de Dios AI, Pérez-Encinas M, Toro-Chico P. 191

P-004. Comparación de la calidad de la identificación de las muestras para investigación clínica tras el cambio de normativa.
Arenere M, Agustín MJ, Idoipe A, Alonso V, Casajús MP, Palomo P. 191

P-005. Implantación del protocolo de transporte de muestras biológicas como acción de mejora para asegurar la trazabilidad.
López-Azcona AF, Simó-Sisó JM, Tous-Nuñez E, García-Marín J. 192

P-006. Programa de calidad para la recuperación de medicamentos devueltos al servicio de farmacia.
González-Valdivieso J, González-Navarro M, Pérez-Peiró C, Lario-Sahuquillo MM, Catalá-Gregori A, Jiménez-Torres V. 192

P-007. Plan de vigilancia prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN) : orientación a la mejora continua.
Cantero D, Oliver A, Arroyo MJ, Moracho O, Landaluce JI. 192

P-008 Evaluación por un servicio de farmacia del control de estupefacientes a nivel hospitalario.
Valiente F, Pareja A, de la Rubia A, Ferrer P, Alcaraz M. 193

P-009. Auditoría del estado de los carros de resucitación cardiopulmonar.
García-Andrés MC, Rodríguez-Valerón C, Rosado Ramírez R, Villan Garcia J. 193

P-010. Implantación de un ciclo de mejora de la calidad en el control de estupefacientes en el ámbito hospitalario.
Pareja A, Valiente F, de la Rubia A, Ferrer P, Alcaraz M. 193

P-011. Gestión del control y tratamiento con SINTROM en el hospital de santa marina.
Martinez L, Dilla A, Freasco MA, Puente E, Llarena MJ, Goti ME. 194

P-012. Analisis de calidad científico-técnica en la asistencia a pacientes con reacciones a penicilinas en centros concertados.
Vila C, Tejedor MA, Rosado A, Alonso MD, Lindo D, Lorenzo S. 194

P-013. Normalización del protocolo y circuitos de nutrición parenteral mediante ciclo de mejora.
Castillo-Gómez C, Sánchez-Teruel F, Cerezo-Muñoz A, López-Abellán D, Martinez-Soriano G. 194

P-014. Adecuación de uso de fármacos restringidos tras implantación de un ciclo de mejora en un hospital comarcal.
Romero de Castilla R, Zamora MA, Cuadros MJ. 195

P-015. Mejora en la prescripción racional de medicamento tras implementación de ciclo de mejora en un hospital comarcal.
Romero de Castilla R, Zamora MA. 195

P-016. Prescripción de montelukast y su adecuación a las indicaciones autorizadas.
López-Rubio S, Morales-Serna JC, García-Bonilla A. 195

P-017. Adecuación de utilización de Palivizumab a protocolo.
Lerma-Gaude V, Pérez-Encinas M, Lara Cátedra C. 196

P-018. Reducción de la yatrogenia (cateterismo vesical evitable) tras la implantación de un procedimiento de enfermería.
Puche-Rubio G, Jabalera-Contreras M, Plnas-Tapias MJ, Nadal-Castan O. 196

P-019. Programa de atención farmacéutica en el área de urgencias como parte del proceso de mejora de calidad asistencial.
Toro-Chico P, Morales-García E, Noguera-Quijada C, Pérez-Encinas M, Sanmartín-Fenollera P. 196

P-020. Efectos adversos informados por los pacientes en planta de medicina.
Villanueva A, Nebot C, Sauri V, Mira JJ, Ortiz L, Perez-Jover V. 197

P-021. Disminución de la incidencia de infecciones asociadas a catéter para hemodiálisis. un proyecto de mejora.
Borrás A, Caramelo C, Crespo M, López-García D, Manrique M, Vélez E. 197

P-022.Gestión de riesgos asociados a los productos sanitarios en el hospital de molina.
lópez-guerrero FA, Marín-Sánchez A, Guirado-Sánchez F, de Sampedro-Prol L, Guerrero-Martínez MJ, Serna-Menchón D. 197

P-023. Prevalencia y análisis de causas de errores de medicación en un hospital general terciario.
Climent C, Font I, Poveda JL. 197

P-024. Evolución de la prevalencia en la infección nosocomial. estudio epine 1993-2005.
gómez m, Valverde J, Geijo P, Lillo P. 198

P-025. Seguridad durante el transporte interhospitalario de pacientes criticos.
Romero-Ganuza FJ, Gambarrutta C, Marín-Ruiz MA, Sevillano-Pérez ME, Martín-Doimeadios P, García-Leoni ME. 198

P-026. Implantación de un plan de seguridad en el uso de medicamentos en centros hospitalarios de la orden de San Juan de Dios.
Corral S, Garabito MJ, Pérez S. 198

P-027. Seguridad en cuidados críticos: un análisis cualitativo.
Alonso-Pérez L, Larrazabal-Pérez ME, Fernández-Molina N, García-Díez R. 199

P-028. Instauración de un sistema de vigilancia activo para detección de staphylococcus aureus resistente a meticilina.
Blázquez R, Palazón P, Pérez-Martínez A, Guerrero C, Antequera P, Martínez-Laje L. 199

P-029. Influencia de la intervención farmacéutica en la disminución de errores en la prescripción de quimioterapia.
Agustín MJ, Idoipe A, Vicente C, Casajus MP, Cilveti-Sánchez U, Palomo P. 199

P-030. nos han devuelto esta medicación, ¿se puede volver a utilizar con garantía?
Izquierdo-Palomares JM, García-García A, Escobar-Rodríguez I, Herreros-Tejada A. 199

P-031. Estudio retrospectivo de acontecimientos adversos graves en el enfermo crítico.
Martín MC, Fernández F, Ramón J, Ferrer R, Martín C, Gelabert MA. 200

P-032. Asegurando la identificación de los pacientes para mejorar la seguridad clínica.
Guerra-Arévalo F, Clavo-Sánchez A, Lobato-Ortega L, Domínguez-Jimenez M, Tinoco-Bernal MJ, Serrano-Gonzalez A. 200

P-033. Monitorización de las caidas intrahospitalarias.
Bleda A. 200

P-034. Manual de regulación del equipamiento, material sanitario y fármacos en urgencias de un centro de atención primaria.
Sánchez J, Gens M, Gallego F, Vidal E, Muiño I, Hernández N. 201

P-035. Evaluación de una intervención sobre las infecciones nosocomiales por Stafilococcus Aureus resistente a la Meticilina.
Navarro MD, Cuquet J, Martí C, Martínez F, Martín E, Ibáñez JM. 201

P-036. Parte de incidencias. experiencia de 10 años en la comunicación de eventos adversos.
Gallart-Gironès A, Barcia-Vieites D, Gallardo-González M, Mestre C 201

P-037. Implantación de un plan de seguridad clínica en un hospital.
Raya-Serrano A, Ramos-Rolón G, Ramirez-Moreno JA, Mohedo-Caballero M. 202

P-038. Diseño de un estudio sobre incidentes por medicamentos en mayores de 80 años en una unidad de medicina interna.
Sáez T, Esteban A, de Juan S, Viñas V, Viña B, Gonzalez-Ruano P. 202

P-039. Conocemos en gran medida las causas de las caídas, ¿podemos mejorar?
González M, Pérez J, Martín N, Torres B, Herradón M, Martínez A. 202

P-040. Estudio de los efectos adversos durante la hospitalización en un servicio de medicina interna.
Jiménez J, Jiménez-Muro JJ, García-de Paso P, López A, Celorrio JM. 202

P-041. Estudio EPINE 1990-2005.
Biurrun A, León E. 203

P-042. Comité intrahospitalario para la seguridad del paciente : un paso adelante en la calidad asistencial
Mateos J, Fernández M, Martínez JM, Rubio AR, Cia JJ, Moya P. 203

P-043. Experiencia de un año en declarariones de incidencias de medicación en el ámbito hospitalario.
Gonzalez-Ares JA, Galobart A, Larios R, Morcillo MA, Pascual B, Villaroya C. 203

P-044. Puesta en marcha de un programa de atención farmacéutica para la prevención de interacciones en pacientes hospitalizados.
De Carlos-Soler ML, Sanmartín-Fenollera P, Pérez-Encinas M, Toro-Chico P, Martín de Rosales-Cabrera AM, Gómez-Pedrero AM. 204

P-045. Actuaciones para garantizar los procedimientos de seguridad clínica implantados en Hospita U. Puerta del Mar de Cádiz.
Pineda A, Cabeza-de Vaca MJ, Montero JJ, Jiménez I. 204

P-046. Evaluación de la calidad de la atención farmacéutica en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna.
Vila-Torres E, Climente-Martí M, Yuste-Vila D, González-Navarro M, López-Montenegro MA, Jiménez-Torres NV. 204

P-047. Fomento de una cultura de seguridad en la utilización de medicamentos en el hosital.
Abad R, Agustín MJ, Alonso-Orduña V, Franco JM, Jiménez L, Pérez-Pérez J. 205

P-048. Introducción de la seguridad clínica en un centro sociosanitario.
Brull M, Balaguer C, Cubí M, Domínguez M, González N, Ortí N. 205

P-049. La guía rápida de gestión, coordinación y acción de los planes de catastrofes en la gerencia de área de Puertollano.
Gómez C, Pacheco A, Ruíz AJ, Hervás M, Santos A, Peñalver R. 205

P-050. Prevalencia de úlceras por presión: un indicador para garantizar la seguridad del paciente.
Puente D, Sanchidria.C, Velasco C, Pontejo L, Izquierdo I, Ruano MJ. 205

P-051. Campaña "Mejor sin Ruido" del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Herias Corral G. 206

P-052. ¿Realizamos de manera adecuada el lavado e higiene de nuestras manos?
Torijano ML, Dulanto RA, Romera PL, Durá MJ, González C, Ruiz PM. 206

P-053. Como abordamos la seguridad del paciente en la unidad de gestión clínica de Algatocín (Serranía de Ronda).
Martín-Navarro F, Rios-Corbacho MJ, Moreno-Campoy EE, Fernández-Rios MJ, Huerta-Díez MC, Domingez-Nieblas CI. 206

P-054. Análisis de errores detectados en la transcripción en un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
Abad R, Carcelen J, Arrieta R, Casajus MP, Arenere M, Mendaza M. 207

P-055. Intervención con las familias de pacientes con ictus en la unidad de media estancia del Hospital Guadarrama.
Domingo-García A, Fernández-González I. 207

P-056. Desarrollando un área sanitaria: la integración de atención primaria y atención especializada.
Arantón L, Facio A, Fernández A, Vázquez T, Martínez J, Bellón E. 207

P-057. Elaboración de las guías clínicas de actuación en patología aguda y urgencias en pediatría.
Cantero-Caballero M, Jiménez-Domínguez C, Panizo-Santos MB, Álvarez-Gómez J, Molero-Díaz FJ, Macías-López MC. 208

P-058. Imagen digital: experiencia con el tórax entre un servicio de radiología extrahospitalario y su atención primaria.
Morán J, Morrás MT, Martínez-Estíbariz J, Frías A, Manso E, Catalán E. 208

P-059. Mejora de la continuidad asistencial por el desarrollo e implantación de procesos clínicos: procesos osteoarticulares.
Redondo J, Vinuesa M, Serrano D, Molina J, Prieto V, Gil R. 208

P-060. Diseño e implantación de la hoja de valoración geriátrica previa a los ingresos respite care de un centro sociosanitario.
Colina C, Primé C, Aubeso J, Santacruz V, Cuadrado M, Martínez E. 209

P-061. Derivación de pacientes hospitalarios a niveles asistenciales de media, larga estancia y sociosanitario.
Varea-Lahuerta K, Rodríguez-Le Halper JM, Dominguéz-Rodríguez ML, Urrutia-Erauskin A. 209

P-062. Proceso asistencial integrado de rehabilitación neurológica en unidades de hospitalización domiciliaria.
Mazo S, Calvo M, Herreros M, Martínez B, Rodriguez A, Emparan C. 209

P-063. El acceso a exploraciones complementarias, ¿disminuye la número de interconsultas con atención especializada?
Santiago-García C, Barragán-Pérez A, Martínez-García J,. Moreno-Valero M, Fontcuberta-Martínez J, Ruíz-Ros J. 209

P-064. Plan de coordinación funcional con atención primaria. más de tres años de experiencia.
González-Sánchez P, Galindo-Gallego M, Escudero-Alvarez E, Díaz -López Y. 210

P-065. Coordinación atención primaria-especializada para mejorar la asistencia a pacientes con fractura vertebral osteoporótica.
Moro-Alvarez MJ, Castro de la Vega MA, Fonseca-Capdevilla E. 210

P-066. Implantación del programa de telecontinuidad "Salud Responde" en el Hospital Universitario Reina Sofía.
de la Torre-Barbero MJ, Turrado-Muñoz MA. 210

P-067. Derivación de pacientes con patología bucodental: ciclo de mejora en un área de salud.
Cerezuela-Fuentes E, Ramos-Medina B, Pérez-Silva A, Santiago-García C, Moreno-Valero J, Fernández-Lorencio J. 211

P-068. Evolución del informe de continuidad de cuidados.
Membrillo-Fuentes M, Macarro-Merino M D, Ortíz Muñoz MD, Rodriguez Molina RC, Torrecillas Marín F, Benedit Membrillo A. 211

P-069. Gerencia única de puertollano: un nuevo modelo organizativo y de gestión.
Alvaréz-Santos A, Cañizares-Ruiz A, Sanz-Cortés J, Resto del equipo directivo. 211

25 de octubre de 2006

16:00 h

Defensa de Póster 2: P-070 a P-145

P-070. Las enfermedades de declaración obligatoria: ¿facilitan los sistemas de información la obligación?
Barragán-Pérez A, Alcantara-Zapata F, Santiago-García C, Moreno-Valero M, Martínez-García J, Cánovas-Inglés A. 212

P-071. Evaluación de un programa de educación diabetológica en atención primaria.
Andrés M, Alonso S, Fernández R, Gómez M.. 071

P-072. Calidad de vida autopercibida en el nonagenario.
Andrés M, Bertolin N, Irene Molins, Muñoz MJ, Paitubi M, Vidal V. 212

P-073. Implantación del servicio de cirugía menor en un centro de salud urbano.
Jimenez C, DIAZ G, García JA, Navarro P, Pérez M, Alarcón C. 213

P-074. Proyecto ampliación y optimización del programa cirugía menor en atención primaria. Centro de Salud " Huerta del Rey".
Martínez-Díaz de Argandoña C, Suárez-Morano J, Iglesias-Bonilla P,. Campos-Martín D, Quintana-del Olmo J. 213

P-075. Comportamiento retrospectivo de los Ajusted Clinical Groups como sistema de medida de la casuística en la población.
González-Ares JA, Sicras A, Serrat J, Navarro R, Llausí R, Ruano I.. 213

P-076. Sistema de información asistencial para la mejora de la gestión clínica de los profesionales de la atención primaria.
Escribano E, Sicras A, Navarro N, Buqueras M, Llopart JR, Cabezas MA 213

P-077. Las enfermedades raras (er) en un centro de salud urbano : resultados.
Ortega-Cavo M, Fernández-Olarte D, Benitez-Mera J, Morán-García A, Iglesias-Bonilla P. 214

P-078. El servicio de atención primaria (SAP) Granollers - Mollet del Vallés trabaja en la prevención del tabaquismo.
Merino-Gomez L, Perez Polo RM, Martinez-Pico A, Sanchez-Albarracín L, Sanchez Albarracín T, Lara-Gallego B 214

P-079. Evaluación de equipos de atención primaria: experiencia de cinco años (2001-2005) en un área de salud.
Rodriguez-Alcala J, Carrasco-Rodriguez J, Esteban-Tudela M, Garcia-Rodriguez MI, Alegandre-Lazaro G, Sanchez-Ramiro A 214

P-080. Mejora del razonamiento clínico para atención primaria. Cátedra Unizar-Novartis medicina de familia y atención primaria.
Coscollar C, Velilla J, Martín F, Millaruelo JM, Astier MP, Monreal A 215

P-081. Mejora de la comunicación a través de correo electrónico mediante una intervención formativa en atención primaria.
Moreno-Maíz E, Leal-García A, Ibáñez-Ortega A, González-Peña J, Muñoz-Menor A, Alias-García D.. 215

P-082. Actitud de los pacientes de atención primaria en relación con su temperatura corporal.
Díaz-Benito J, Pous-Marín A, Sola-Larraza A, Hernández-Espinosa M, Salinas-Vidondo M, Ruiz-Martínez M.. 215

P-083. Campaña: "Disculpe ¿es este su número de teléfono?"
Jandra-Gallego MT, Antón-Castelló JL, Martín-Martín H, Fernández-Gutierréz A, Herranz-Martínez G. 215

P-084. Demoras en atención primaria. ¿qué mas podemos hacer?
Barragán-Pérez A, Santiago-García C, Moreno-Valero M, Martínez-García J, Fontcuberta-Martínez J, Ruíz-Ros J.. 216

P-085. Desarrollo de un programa de tratamiento-deshabituación tabáquica en una zona básica de salud rural.
Pardo J, Olmo C, Ortega P, Romero A. 216

P-086. Atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): una mejora significativa.
Ros-Martínez E, Luquin-Martínez R, Guerrero-Díaz B, García-Molina J, Salgero-Merino AB, Moral-Zapata B. 216

P-087. Proceso de citación para consultas de atención primaria.
Santiago-García C, Barragán-Pérez A, Martínez-García J,. Moreno-Valero M, Ruíz-Ros J, Fontcuberta-Martínez J. 217

P-088. Disminución del consumo de tiras reactivas. ¿mejor-peor control metabólico de los diabéticos?
Antón-Castello JL,. de Blas-Salvador V, Jandra-Gallego MT, de Frencisco-Casado MA, Gomara-Martínez MJ, Sanz-Arribas J. 217

P-089. Desarrollo de un proyecto de mejora de calidad en pacientes crónicos de epoc en un centro de salud.
Ledesma C, Díaz JM, Sáez A, Jaén E, Pérez P, Delgado P. 217

P-090. Implantación del manual de consentimiento informado en la gerencia de atención primaria de ciudad real.
Fortes-Álvarez JL, Salamanca-Carranza I, Rubio-Manzanares JA, Martinez-Sánchez T, Torres-Consuegra J, González-Hidalgo E. 218

P-091. Estándar de calidad asistencial en un centro de salud.
Elviro T, Gens M, Gallego F, Palacios L, Giró JM, Oliver ML 218

P-092. La utilización del diagnostico como predictor del uso de medicamentos antidiabéticos en atención primaria.
Salas-Martín E, Hernández-Vera MR, Anza-Aguirrezabala I, Rios-de-Moya-Angeler R, Gómez-Marín J, Lorenzo-Gabarrón C. 218

P-093. Intervención educativa en institutos a través de la enfermera comunitaria.
Monter Ardanuy MR. 219

P-094. ¿Atendemos bien a nuestros pacientes terminales en atención primaria ?
Ríos-Vallés L, Grifoll-Hernandez A, Margalef-Pallares F, Asensio-Vidal M, Munte Girones L, Bordell Sierra T. 219

P-095. Plan mejora en atención de urgencia de zona de salud Calamocha, infrautilización UME.
Mur de Frenne L, Baquerizo I, Carbonell T, Gil A, Navarro AC, Tartaj JL.. 219

P-096. Programa de mediadores en urgencias: nuevas estrategias en la gestión de la información.
Comas B, Puig D, Rigo E, Serrano A, Tarradas J, Ros F. 219

P-097. Estudio del tiempo asignado en la puerta de urgencias de un servicio hospitalario.
Aranguren-Erdonzain E, Capel-del Río JA, Armandariz-López AB,. Echeverria-Enciso C, Larumbe-Iriarte JC, Orradre-Goñi MJ. 220

P-098. Implantación de árbol de toma de decisiones ante contingencias informáticas en un call-center de urgencias sanitarias.
Medrano M, Castillo R, Martinez J, de la Vega M, Pajuelo J, Rodiguez N. 220

P-099. Urgencias de atención primaria, derivación vs satisfacción.
García-Ribes M, Andrés M, Magdalena C, Esteban J, Charlot A, San Miguel N. 220

P-100. Diseño de un cuadro de indicadores de urgencias en un departamento de salud integrado.
González D, Fernández T, Catalán C, Ruiz JL, Tarazona E, Trescoli C. 221

P-101. Implantación de un sistema de facturación en una fundación pública.
López X, González P, González G, Penas M, Martín M, Cegarra M. 221

P-102. El sistema acorde, un proyecto en evolución.
López X, Rodríguez J, García J, Caamaño M, Riveiro J, Cegarra M 221

P-103. Ciclo de mejora de atención a úlceras corneales en urgencias.
Ayala-Vigueras I, Martínez-Bienvenido E, González-Soler MA, López-Picazo T, Martínez-Espín C, López-Navarro M. 221

P-104. Estudio clínico epidemiológico de los accidentes isquémicos transitorios atendidos en un so de urgencias hospitalario.
Herrer A, Gros B, Ricarte E, Palazón P, Garcés C, Omiste J. 222

P-105. Evaluación de la historia clínica de urgencias, en usp clínica sagrado corazón.
Pérez G, Reina F. 222

P-106. A proposito de los ultimos 6 años de funcionamiento de un centro de urgencias de atención continuada : peracamps.
Skaf-Peters E, del Baño-López F, Coca-Tufet MA, Labordeta-La Cal V, Maldonado-Durán G, Diez-Fuentes E. 222

P-107. Cambios asistenciales en servicio de urgencias tras apertura de cap en proximidades de nuestro centro.
Aranda-Cárdenas MD, Puiggalí-Ballart M, Puente-Palacios MI, Mendez-Gallego D, Dengra-Domingo J, Skaf-Peters E 223

P-108. Estudio de la estancia media de los pacientes ingresados por ait en el área de observación de un servicio de urgencias.
Herrer A, Gros B, Bustamante E, Javierre M, Marrón P, Povar J. 223

P-109. Diseño e implantación de una vía clínica para la cirugía de cataratas.
Pérez-Blanco V, Rubio I, Morente P, Cabezas M, González-Oreja MA, Navarro R. 223

P-110. Vía clínica de quemaduras superficiales en niños.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Gil-Luciano A, Cepeda M, Ros Z, Reoyo A. 224

P-111. Diseño de mejora de una vía clínica de diagnóstico y tratamiento de síndromes linfoproliferativos.
Giraldo P, Rubio-Martinez A, Esarte J, Lample C, Montañes MA, Recasens V. 224

P-112. Proceso de elaboración de la vía clínica del cateterismo cardiaco programado.
Portero MP, Bergua C, Ordoñez B, Latorre P, Lacambra I, Peleato A. 224

P-113. Vía clínica de catarata ambulatoria.
Gómez M, Menoyo R, Gallego M, Lillo P. 225

P-114. Seguimiento de la vía clínica en neumonía extrahospitalaria ingresada. Años 2001-2005.
Gómez M, Peirón MJ, Casado E, Peñas JM, Río M, Lillo P. 225

P-115. Vía clínica: paciente con espondilolistesis.
Gallegos J, Valencia J, Santaolaya M, Drake M, Sarmiento MA, Armengol B. 225

P-116. Vía clínica: paciente con canal estrecho lumbar.
Gallegos J, Valencia J, Santaolaya M, Drake M, Sarmiento M, Armengol B. 225

P-117 Evolución de los indicadores de la vía clínica de prótesis de cadera tras 4 años desde su implantación.
Martínez-Ochoa E, Fariñas-Álvarez C, García-Prieto L, Salazar-Muñoz M, Sáiz-Pérez C, Fernández-Díaz F. 226

P-118. Evaluación continua de la vía clínica de RTU vesical desde su implantación: oportunidades de mejora.
Fariñas-Álvarez C, Martínez-Ochoa E, García-Lago A, de la Torre-Ovejero MT, Rojo-Pérez E, Alonso-Renero S. 226

P-119. Vía clínica de la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).
Llorente-Parrado C, Froilán-Torres C, García-Caballero J. 226

P-120. Vía clínica de hernia lumbar.
Santaolaya M, Gallegos JF, Valencia J, Sarmiento MA, Grande M, García-Caballero J. 226

P-121. Vía clínica de hernia discal cervical.
Santaolaya M, Gallegos JF, Valencia J, Sarmiento MA, Grande M, García-Caballero J. 227

P-122. Vía clínica de endoprótesis aórtica.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Sáez L, Riera L, Aranda B, García Caballero J. 227

P-123. Vía clínica de cuidados paliativos en neonatos.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Cancela-Rivas G, Pérez J, García-Alix A, García-Caballero J. 227

P-124. Vía clínica "Atención al paciente con síndrome de apneas-hipopneas del sueño".
Grande-Arnesto M, Valencia-Martín J, Ramírez-Prieto MT, Lores V, García-Río F, García-Caballero J. 228

P-125. Vía clínica "Atención al paciente con ictus agudo".
Grande-Arnesto M, Valencia-Martín J, Martínez P, Parrilla P, Fuster A, García-Caballero J 228

P-126. Vía clínica "Atención al paciente con neumotórax espontáneo primario".
Grande-Arnesto M, Varela A, Gil-Luciano A, García-Sánchez-Girón J, Gil J, García-Caballero J. 228

P-127. Evaluación calidad informe de alta: comparación entre los diferentes servicios.
del Baño L, Rodriguez L, Amores A, Lopez R, Plaza J, Carrillo A. 228

P-128. Evaluación de la calidad del informe de alta: diferencias entre servicios médicos y quirúrgicos.
del Baño L, Rodriguez L, Martínez C, Barrio M, Paños E, Carrillo A 229

P-129. Calidad del registro de enfermeria en el servicio de urgencias del chua. adecuacion de accesos venosos perifericos.
Ortega-Dominguez E, Vizcaino-Ibañez MJ, Lajara-Almendros JM. 229

P-130. ¿Sirve para algo el libro de registro de urgencias de los centros de salud?
Ballesteros JA, Martínez A, Pepiol R, Harkous A, Romera J, García MV. 229

P-131. Constancia documental del protocolo de aislamiento para gérmenes múltirresistentes en controles de enfermería.
Martínez-Terol F, Gallego-Contreras C, Ferrer-Romero A, Díaz-Villaescusa MJ. 230

P-132. Reevaluación diaria de enfermería: aspectos cuantitativos y cualitativos.
Gallardo-González M, Casas-Gudel MJ, Batsums M, Leiva M, Mas I, Barcia-Vieites D. 230

P-133. Estudio comparativo del nivel de cuidados de enfermería al nivel de cuidados descrito en los registros enfermeros.
Fernández-Iniesto AB, Villodre-López E, Guijarro Y, Barbas-Medina J, Villena-Ugarte E. 230

P-134. CMBD como fuente de información complementaria en enfermedades de declaración obligatoria (EDO).
Fernández de Larrea N, Hernández S, Bravo MP, Bravo P, del Amo R, Martín JF 231

P-135. Evaluación de la cumplimentación de los impresos de solicitud en el laboratorio de un hospital terciario.
Mendoza C, Tejada A, Sanz L, Varela B, Martínez I, Eguileor M. 231

P-136. El volante de petición en los tiempos de la informática.
Omeñaca M, Egido P, Revillo MJ, Grupo de Mejora de la Calidad 231

P-137. ¿Es útil la auditoría tradicional de historias clínicas? ¿hay otros métodos?
Calvente MJ, Jimenez AB, Sanchidrian C, Granado S, Bellón JM, Chacón A. 232

P-138. Ciclo de mejora de la calidad de los registros de pacientes incluidos en la cartera de servicios de atención primaria.
Pérez-Martínez MJ, Fernández-Pello C, Berlanga-Cañada R, Requena-Ferrer RM, López-Arias E, Muñoz-Ureña AM. 232

P-139. Calidad del informe de alta hospitalaria en un servicio de cirugía general.
Martín-Martínez MA, Maeso-Martínez S, Llorente-Parrado C, Gallegos-Braun J, Martín-Vega A, Servicio de Cirugía General A. 232

P-140. Evaluación y mejora de la calidad del registro de los cuidados postquirúrgicos mediatos del paciente traumatológico.
López-Villa I, Ballester-Carrillo J, Sánchez-Pascual M, Soriano-Molina P, Turpín-Ramos M, Iniesta-Martínez D. 233

P-141. Ciclo de mejora registros de cartera de servicios de adultos en un centro de salud.
Fernández-Pello C, Requena-Ferrer R, Lopez-Arias E, Siljeström-Laredo C, Muñoz-Ureña AM, Pérez-Aguilar F. 233

P-142. Estudio de la calidad del informe de alta hospitalaria.
Santaolaya M, LLorente C, Maeso S, Gallegos JF, Villasevil E, Grande M. 233

P-143. Análisis del registro de paradas cardiorespiratorias de un hospital terciario.
Zavala-Aizpúrua E, Orube Bona A, von Wichmmann-de Miguel MA, Artetxe-Osakar J, Busca-Ostolaza P, Marco-Garde P. 234

P-144. Después de 2 años de implantación de una herramienta de mejora en el registro de las ordenes médicas. ¿hemos mejorado?
Doblado-López O, Olmedo-Pujol E, Vasco-Rodriguez Y. 234

P-145. Accesos a la historia clínica. instrucción de trabajo en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri (Bizkaia) de Osakidetza-SVS.
de Gauna PL, Hernando R Gonzalez A, Caballero S, Arteta A, Gonzalez C. 234

Día 26 de octubre de 2006

09:00 h

Defensa de Póster 3: P-146 a P-249

P-146. Atención sanitaria urgente en un centro de especialidades para diagnóstico y tratamiento.
García S, Martínez A, Teijeira ML, Rubio I. 235

P-147. Gestión de residuos sanitarios en el servicio de urgencias.
Hernández-Corral IM, Lirola-Acien R,. Pérez-Polaino EM Carralcazar-García F, Gómez-Amate MJ; Diaz-Castellano MA. 235

P-148. Concordancia interobservador y aplicación del protocolo de adecuación de estancias en un hospital universitario.
Lizán-García M, Medrano F, Nuñez A, García-Guerrero J, Villanueva P, Grupo AEP CHUA, TAISS 235

P-149. Estudio de adecuación de estancias en un hospital universitario.
García-Guerrero J, Nuñez A, Medrano F, Lizan-García M, Villanueva P, Grupo AEP CHUAB, Taiss 235

P-150. Grupo de expertos de enfermería en upp y su contribución a la gestión económica. estudio comparativo en UCI de HRTQ.
Noya MC, Jiménez L. 235

P-151. Estudio de la adecuación de las estancias hospitalarias en un centro hospitalario.
Almeida A, Rogeiro AM. 236

P-152. Análisis de los reingresos a una unidad alternativa a la hospitalización convencional.
Tejidor R, Rodríguez-Cundín P, Acha O, Novo F, Iglesias L, Pajarón-Guerrero M. 236

P-153. Reanimación cardio pulmonar: puesta en marcha de un equipo de parada centralizado en nuestro hospital.
Moreno M, Sanchez MJ, Rodríguez M, Fariñas C, Herrera P, Moreno N. 236

P-154. Relación entre función visual y calidad de vida relacionada con la salud en glaucoma.
Carrasco C, Lorenzo S, Noria M, Andrés Y, Ortigueira JA, Arias A. 237

P-155. Seguimiento postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria.
Luque-Vera A, de la Vega-de la Coba S, la Torre-Blanco A, Marcos-Aragón P, Martínez-Santaella MA. 237

P-156. Cribaje nutricional al ingreso en el hospital como herramienta de mejora de la calidad asistencial.
Sagalés M, Martín E, Ibáñez JM, Mas MP, Comisión de nutrición. 237

P-157. Estrategias para disminuir la inadecuación del ingreso hospitalario.
Sanz X, Fatjó F, Puig C, Palés A, Clemente M. 238

P-158. Efectividad de la educación sanitaria: dietética en el paciente obeso.
González-González I, Gómez-Peral P, González-Setién P. 238

P-159. Medición cuidados de enfermería: conjunto de indicadores corporativos para su evaluación en servicio murciano de salud.
Ramon-Esparza T, Castillo-Gómez C, Navarro-Moya FJ, Leal-Llopis J, Sáez-Soto A, Rodríguez-Molina MA. 238

P-160. Evolucion de la incidencia en los trastornos mentales.
Blanco M, Gómez E, Pérez T, Pereira V, Molina T, García-Camps E. 239

P-161. Reparto de actividades y tareas en una unidad de psicogeriatría mediante un sistema de tarjetas de colores.
Abin-Uzabal F, Alonso-García R, Barquilla-Gonzalez RM, Barrón-Gordo ME, Carreño-Corral E, García-Larrechi ML. 239

P-162. Evolución de las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions (ACSC) en un hospital comarcal.
Romero de Castilla R, García C. 239

P-163. Análisis y acciones de mejora en la reducción del tiempo de demora para atención en consulta y tratamiento en HDOH.
Jiménez I, González J, Rojo F, Lillo J, Sánchez P, Monzon A. 239

P-164. Grupos psicoeducativos: adherencia terapéutica y necesidad de ingreso hospitalario en pacientes con esquizofrenia.
Ugas L, Ribas J, Palao DJ, Arrufat F. 240

P-165. Proyecto de mejora del control del dolor postquirúrgico: experiencia en el servicio cántabro de salud.
Diaz E, Galindo M, Santillan A, Rodríguez-Caballero A, Ruíz de Azua M, Torres MJ. 240

P-166. ¿Trasfundimos correctamente al paciente crítico?
Gracia MP, Solsona JF, Diaz Y, Martin JC, Perez AI, Rodriguez JA. 240

P-167. Impacto de un protocolo en la calidad de la farmacoterapia con estimulantes eritropoyéticos en pacientes hemodializados.
Chorro-Marí V, Navarro-Fontestad MC, Climente-Martí M, Albert-Balaguer EV, Pérez-Peiró C, Jiménez-Torres NV. 241

P-168. Estándares en la atención al enfermo de Parkinson.
Llorente-Parrado C, Grande-Arnesto M, García-Caballero J. 241

P-169. Estandares en la atención al paciente con demencia.
Grande-Arnesto M, García-Caballero J. 241

P-170. Estrategia para conocer las patologías prioritarias para su protocolización.
Jiménez- Muñoz AB, Granado- de la Orden S, Bellón JM, Chacón A, Rodriguez C, Rodriguez- Perez P. 241

P-171. Unidad de cirugía mayor ambulatoria.
Portero E, Sánchez E, de la Torre, MI,. García C. 242

P-172. La madurez del plan estratégico. El cuadro de mando estratégico.
Herrero R, Darpón J, Colina A, Onandia M, Arizabaleta J, Mezkorta K. 242

P-173. Actividad ordinaria y autoconcierto: metodología de diferenciacion de costes.
Ballester N, Medina J, Rodrigo J, Casas R, Sanchez-Mora C. 242

P-174. Los usuarios de los servicios de transporte sanitario urgente a examen. ¿necesidad o comodidad?
García-Ribes M, Sámano JM, Sáez U, Núñez JM, González M, Cancio V. 243

P-175. Guía de reproducción humana asitida en los hospitales de un servicio de salud. Resumen para gestorías de usuarios.
Carriazo-Pérez A, Aldana-Espinal JM, García-Rotllán J, Carmona-Velarde J, Grupo de Referencia de Reproducción Humana Asistida 243

P-176. Análisis de la adecuación de las peticiones de tac craneales urgentes solicitados desde un servicio de urgencias.
Aginaga JR, Gurrutxaga I, Etxegia A, Iglesias R, Palenzuela R, Ventura I. 243

P-177. Análisis de contingencias durante el desarrollo de la actividad programada de una consulta en un hospital de área.
Pérez-Maiquez M, Abellán-Nogueira MT, Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, Alemany-Francés L, Menchón-Martínez P. 243

P-178. Agendas de citación: elaboración,diseño e implantación de un lenguaje común en la comarca Ezkerraldea Enkarterri.bizkaia.
Hernando R, Gonzalez A, de Gauna PL, Caballero S, Benito I, Arara I. 244

P-179. Comisión quirúrgica hospitalaria. instrumento de control y mejora de la calidad asitencial.
Díaz-Mengíbar MF, García-Gonzalez L, Rodriguez-Bello J, Gonzalez-Maestre J, Raposo Triano MF, Pirla-Carvajal J. 244

P-180. Calidad asistencial y fibrilacion auricular. análisis previo a la implantación del proceso asistencial.
Montijano-Cabrera AM, Aguilera-Peña M, Galán-Doval C, Fernández-Romero E, Pablo-Vázquez MD, Recio-Ramírez JM. 244

P-181. Evaluación del tratamiento quirúrgico del cáncer de piel por dermatólogos en el sistema nacional de salud.
Hernandez-Martin A, Núñez A, Arias-Palomo D, Barahona E, Higalgo C, Garcia-Higuera I. 245

P-182. Criterios de adecuación de la fase post-operatoria.
Góngora-Hervás JM, Robles-Vicente M, Maiquez-Mojica V, Ródenas Martínez E, López-Guerrero FA, Sanches-Vigara E. 245

P-183. Criterios de adecuación de la fase pre-operatoria.
Maiquez-Mojica V, Góngora-Hervás JM, Robles-Vicente M, Ródenas Martínez E, López-Guerrero FA, Menchón-Serna D. 245

P-184. Ciclo de mejora continua de la calidad de la unidad de salud bucodental para personas discapacitadas (USBD-D).
Carracedo-Cabaleiro E, Martín-Sanjuán C. 245

P-185. Correlacion clínico-patológica: 1998-2005.
Lamiquiz E, Saiz C, Garitano B, Fernandez MC, Bustamante R, Martínez-Muerza F. 246

P-186. Avanzando en la gestión por procesos. Análisis del proceso tiroidectomía del Hospital Morales Meseguer.
Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Miquel-Perelló J, Campillo-Soto A, del Pozo-Gil de Pareja P, Aguayo-Albasini JL. 246

P-187. Estructura de la cadena de valor de porter en el análisis de las infecciones quirúrgicas.
Emparan C, Mazo S, Soriano P, Cabezali R. 246

P-188. Estándares de calidad en la asistencia del paciente con ictus.
Valencia-Martín JL, Grande-Arnesto M, García-Caballero J. 247

P-189. Adecuación de uso de apósito sobre herida quirúrgica.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Llorente-Parrado C, García-Caballero J. 247

P-190. Procedimiento de revisión del material de emergencias en atención primaria: desfibrilador, carro de parada y maletines.
Jiménez-Domínguez C, Sarrais-Rodríguez C, Hernández-Núñez J, Guede-Gómez FJ, Calvo-Jaén B, Sáez-Jiménez N. 247

P-191. Plan de mejora de la calidad asistencial en una unidad de medicina interna.
Gonzalez-Ruano P, Saez T, Serralta G, Pacheco R, Marco A, Pascual T. 247

P-192. Gestión de oportunidades de mejora.
Vaquero S, Martínez-iñiguez J. 248

P-193. Implantación de un proceso de cirugía menor ambulatoria en un complejo sanitario con dispersión de centros.
Carrascosa JM, Cobo R, López-Arenas MA. 248

P-194. Pacientes ingresados desde urgencias del hospital y dados de alta en <48 horas: análisis de la inadecuación del ingreso.
Gurruchaga I, Hernando A, Busca P, Aginaga JR, Boyero A, Ormazabal O. 248

P-195. Organización de la atención a la parada cardiorespiratoria en un hospital terciario.
Zavala-Aizpúrua E, Orube Bona A, von Wichmmann-de Miguel MA, Marco-Garde P, Busca-Ostolaza P, Artetxe-Osakar J. 249

P-196. Implantación del protocolo de código sépsis en un servicio de urgencias.
Aguirre-Tejedo A, Echarte-Pazos JL, Supervía-Caparrós A, Sánchez-Mourelo S, López-Casanovas MJ, Campodarve-Botet I. 249

P-197. ¿Ingresamos adecuadamente desde urgencias?
Campodarve-Botet I, Mínguez-Masó S, González-Rodríguez R, del Baño-López F, Echarte-Pazos JL, Skaf-Peters E. 249

P-198. Mejora de la valoración pronóstica en pacientes con síndrome coronario agudo.
de la Puerta I, Lacambra I, Piñol-Ripoll G, Álvarez LM, Legazcue A, del Río A. 249

P-199. Seguimiento cardiológico en los pacientes con Enfermedad de Steinert.
De la Puerta I, Lacambra I, Piñol-Ripoll G, Larrode P, Pelegrín J, del Río A. 250

P-200. Evaluación de la tasa de autopsias en un hospital universitario.
Lizan-García M, Poblet E, Gonzalez A, Peñalver C, Gomez-Aldaraví L, Comisión de Mortalidad. 250

P-201. Diseño de un proceso clínico-asistencial, la atención bucodental infantil en las unidades de salud bucodental del SERMAS.
De la Puente-Ruiz C, Peñas-Benito A, Marina-Briongos MC, Bardillo-Cabezas A, Herrero-Ramirez C, García-Mateos M. 250

P-202. Estudio de la mortalidad perinatal en nuestro centro mediante un comité multidisciplinar.
Ojeda F, Cano S, Bermúdez JR, Anquela I, Zuasnabar A, Bernet M. 250

P-203. Diabeticos tipo ii no insulino dependientes: ¿mejora el autoanálisis con tiras capilares su control metabólico?
Alejos A, Ibiricu A, Oliver P, Moran I, Serrano A, Doblado O. 251

P-204. Características de los pacientes con grd de baja mortalidad que son causa de exitus en hospitales publicos de CLM.
Rodríguez C. 251

P-205. Factores relacionados con la mortalidad en el reingreso de una unidad de geriatria de agudos.
Márquez MA, Sabartés O, Pi-Figueras M, Arellano M, Gutierrez J, Cervera AM. 251

P-206. Estrategia de mejora en el mantenimiento del box de críticos de un centro de atención primaria.
Fornos L, Doblado O, Olmedo E, Vasco Y. 252

P-207. Valoración interdisciplinar al ingreso como factor de calidad. influencua en el proceso de acreditación.
Montoliu Valls RM, Curià-Casanoves FX, García-García M, Yuguero-Rueda M. 252

P-208. Evaluación del protocolo de neumonía adquirida en la comunidad en un servicio de urgencias hospitalario.
Perez-Costa R, Lopez-Picazo T, Valcarcel-Lencina V, Ruiz-Egea J, Sierra-Prefasi J, Capitan-Guarnizo E. 252

P-209. Mejora de la calidad asistencial mediante el código de activación de asistencia integral al trauma pediátrico (AITP).
Sancosmed M, Cebrián R, Martín M. 253

P-210. Mejora de la distribución de los ingresos hospitalarios mediante la creación de una mesa de coordinación.
Sancosmed M, Cebrián R, Ferrer C, Martín M. 253

P-211. Mejora de la calidad a través de una oficina de trabajo social en una organización psiquiátrica de Álava.
Villaño-Murga G, Ariza C, Auzmendi E, Balaga C, Gárate B, Lanchas A. 253

P-212. Desaceleración en el proceso de desinstitucionalizacion e incremento de la demanda en salud mental.
Medel-Herrero A, Sarria-Santamera A. 253

P-213. Calidad de vida relacionada conla salud en ancianos.
Leal-Llopis J, Garcia-Sanchez MC, Conesa-Fuentes MC, Gimenez-Fernandez M, Garcia-Arzak I, Fernandez-Aparicio T. 254

P-214. Estrategias para potenciar y facilitar la declaración de efectos adversos a través de un registro informático.
Gancedo Z, Barahona E, Bouzan C, Fernandez M, Bustillo MJ, Barquin M. 254

P-215. Influencia de registro electrónico de las alergias en los errores de medicación comunicados.
Garcia C, Cases C, Lacasa C, Andreu C, Miquel M, Martí M. 254

P-216. Título: historia clínica única.
Jiménez-Carnicero MP, Labaien-Arbe C, Ardaiz-Astrain J. 255

P-217. Integración en la valoración informática de enfermería de los protocolos según estándares Joint Commission.
Díaz MA, Fernández J, Alcaraz D, Sánchez MJ, Sánchez R, Cuerda JA. 255

P-218. Sistema de monitorización de indicadores de cuidados a partir de un sistema informatizado "GACELA".
Valls C, Sánchez A, Cadena R, Coll L. 255

P-219. Perfil de la regulación médica del árbol lógico de la aplicación informática del SUMMA 112.
Rodríguez-Rodil N, Martínez-Gómez J, Solano-López R, Castillo-Rubio R, de la Vega-Morales M, Hernández-Jaras MV. 255

P-220. Proceso de información de un sistema de calidad: valoración y cuidados informatizados.
Farre C, Gallart A, Oller C., Viura M., Sánchez R., Sánchez MM. 256

P-221. Hoy las ciencias adelantan.... nuevo registro informatizado de la asistencia en las urgencias de atencion primaria.
García-Ribes M, Fernandez A, Fernández R, Cebrecos R, Trueba M, Vega T. 256

P-222. Diseño de un espacio web del servicio de farmacia como herramienta de mejora de la prestación farmacéutica
Toro-Chico P, Pérez-Encinas M, Lara-Cátedra C. 256

P-223. ¿Aporta calidad la historia clínica electrónica a una organización sanitaria?
Velasco S, González JA, Jimenez M, Delgado M. 257

P-224. Implantación de un almacén de datos corporativo (DWH) como herramienta de gestión clínica en un centro de agudos.
Escribano E, Sicras A, Llopart JR, Navarro N, Buqueras M, González-Ares JA. 257

P-225. Sistema de gestión corporativo para la formación continuada.
Martin J, Alafaro L, Alva ML,. Martínez A, Fernández-Baillo D, Conde E. 257

P-226. Comparativa internacional: evaluación de la calidad de portales web de hospitales españoles, americanos e ingleses.
Mira JJ, Pérez-Jover V, Rodríguez-Iñesta D, Llinás G. 258

P-227. Portal de calidad. sistema de gestión documental y entorno colaborativo.
Mollá J, Rangil J, Blanco M, Conde E, Gómez E, Alfaro L. 258

P-228. Cuadro de mandos integral (CMI) en un área sanitaria pública: una herramienta para la gestión de la información.
Calatrava-García L, Benítez-Rivero JA, Mora-Arévalo R, Moreno-Hernández EJ, Lopez-González J, Calero-Herrero I. 258

P-229. ¿Contienen los portales sanitarios información suficiente y relevante para que los pacientes conozcan su enfermedad?
Guilabert M, Pérez-Jover V, Sancho-Rodríguez J, Llinás G, Mira JJ. 259

P-230. Mejorando la comunicación entre procesos: informatización de solicitudes.
Gallego-Camiña I, Castelo-Zas S, Pascual M, Aspillaga U, Rico-Alonso F, Chueca-Ajuria A. 259

P-231. Navegando hacia la excelencia.
Noriega A, Díaz AR, Herrera P, Martínez E. 259

P-232. La evaluación de las actividades formativas a través de un entorno virtual. ¿podemos mejorar?
Noriega A, Herrera P, López C, Martínez E, Díaz AR. 259

P-233. Uso de tecnologías para la mejora de la comunicación en formación continuada en un área sanitaria de atención primaria.
Doménech P, Cantero M, Nebreda E, Perez-Seoane JM, Pérez-Ramírez J, Mayol J. 260

P-234. Catálogo informatizado de pruebas diagnósticas: una herramienta cualitativa en la comunicación enfermera/paciente.
Martínez-García A, Haro-Fernández F. 260

P-235. Utilización de nuevas tecnologías en el rediseño circuito de informes continuidad de cuidados en un área de salud.
Castillo-Gomez C, Olivares-Morales J, Muñoz-Soto A, Martinez-Gutierrez J. 260

P-236. Historia clínica electrónica en la hiperplasia benigna de próstata. una herramienta para estandarizar la práctica.
Calahorra L, Laguna MA, Monzón A, Alonso E, Flores L, Gallardo C. 261

P-237. Análisis e identificación de puntos de mejora en un sistema de alertas asociado a prescripción electrónica asistida.
Lerma-Gaude V, Poveda-Andrés JL, Font-Noguera I, Planells-Herrero C. 261

P-238. Registros de enfermería informatizados y en papel. Evaluación y comparación de cumplimentación.
Perez-Lopez C, Jimenez-Moreno R, Cos-Zapata A, Arjona-Ramirez C, Alonso-Frias A, Leal-Llopis J. 261

P-239. Páginas web de práctica basada en la evidencia.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Llorente-Parrado C. 262

P-240 Turriano, la historia clínica electrónica de atención primaria.
Pinardo M, Ezquerra MC, Ruíz JP, Rodríguez A, Barrio A. 262

P-241. YKONOS el proyecto de imagen médica del servicio de salud de Castilla-La Mancha.
Ruz JP, Jiménez J, Rodríguez A, Barrop A. 262

P-242. Mantenimiento preventivo en los equipos informáticos del SUMMA112, previo al fin de semana.
Castillo-Rubio R, Pajuelo-Ayuso JA, Rodriguez-Rodil N, Martinez-Gómez J, Llopis-López P, Solano-López R. 262

P-243. Proyecto ARROBA.
Moreno-Ramos V, Martinez-Roldán J, Moreno-Bella I, Morcillo-Lopez JM, Andres-Jodar I, ... 263

P-244. Diseño de un registro de actuaciones en calidad en la Comunidad de Madrid.
Navarro C, Lobete M, Ariza G, Pardo A, Borrego E. 263

P-245. Gestión del conocimiento en un servicio clínico-quirúrgico. intranet-internet.
Ojeda F, Alvarez V, Cano S, Girvent M, Lineros E. 263

P-246. Algunos indicadores de calidad en las páginas web sanitarias: usabilidad y accesibilidad en me_jora
P. López G, Jimenez B, Lopez F, Rios J, Reyes V. 263

P-247. Análisis comparativo de la calidad del informe de alta antes y tras implantación de un sistema de informatización: SELENE.
Rodríguez L, del Baño L, Carrrillo A, Candel MF, Garcia-Bravo A, Garcia L. 264

P-248. Puesta en marcha de la biblioteca virtual del servicio de salud de Castilla La Mancha.
Cantalapiedara JA, Gregori A, Alonso M, Gómez JM, Fernández J, Peñalver R. 264

P-249. Adaptación al programa informático del protocolo de la consulta de ginecología en un área básica de salud.
Olmedo-Pujol E, Doblado-López O, Ibiricu-Barro A. 264

Día 26 de octubre de 2006

13:00 h

Defensa de Póster 4: P-250 a P-299

P-250. Análisis de las auditorías de sistemas de gestión de calidad según norma ISO 9001:2000 en dos unidades hospitalarias.
Ansede JC, Casares M, Miranda I, Miravalles E, Berlanga ML, Sánchez-Ferrer A. 265

P-251. Evaluación de resultados en el protocolo del plan de auditorías docentes del ministerio de sanidad y consumo.
Carrasco AL, Castellanos A, Alonso MA, Ruiz C. 265

P-252. El mapa de procesos de un centro de salud, primer paso para la certificación con la norma ISO 9001/2000.
Caldentey M, Millán M, Servera M, Moragues G, Mut M, Tamborero G. 265

P-253. Formación en gestión y control de la calidad en el laboratorio de bioquímica, paso clave en la acreditación ISO 15.189.
Izquierdo S, García de Jalón A, Vela M, Mata JR, Gimenez P. 266

P-254. Dinámica para implantar un sistema de gestión de la calidad y acreditación según la iso 15.189 en la unidad "metales".
Izquierdo S, Calvo ML, García-de Jalón A García-Mata JR. 266

P-255. Limplantación del nuevo modelo de acreditación de cataluña en 22 horas.
Ayala-Marques B. 266

P-256. Implantación de la norma une-en iso 14001:2004 en el grupo hospital de Madrid.
Carracedo-Folgar F, Tejedor-Montes J. 267

P-257. Grupo de mejora para la acreditación de un servicio de transfusión en un hospital terciario.
Recaséns V, Rubio-Martínez A, Vela ML Lucía JF, Giralt M, Solano V. 267

P-258. Elaboración y normalización de protocolos y procedimientos generales de enfermería según norma ISO 9001:2000.
Sanchidrian.C Puente D, Velasco C, Izquierdo I, Ruano MJ, Pontejo.L. 267

P-259. Estratégia para la certificación por las normas ISO 9001:2000 en los servicios centrales en el HGUGM.
Izquierdo-Membrilla I, Jiménez AB, Calvente MJ, Puente MD, Vigil MD, Rodriguez- Perez P. 268

P-260. Selección de indicadores de resultado para autoevaluación EFQM en una gerencia de atención primaria.
López-Picazo JJ, Lázaro MD, Sanz G, Alarcón-González JA, Alarcón-Sabater P, Villaescusa ME. 268

P-261. ¿Qué condiciones debe cumplir un hospital para considerarse socialmente responsable?
Mira JJ, Pérez-Jover V, Guilabert M, Lorenzo S. 268

P-262.- Garantía de calidad del diagnóstico de biopsisas y citologías. Revisión por pares (PEER REVIEW) bajo norma ISO 9001-2000.
Villoria-Díez F, Mazorra-Macho F, Mayorga-Fernández M, González-Vela MC, Val-Bernal JF. 268

P-263. De ¡qué ilusión! a ¡qué desilusión!: ¿quién debe realizar las auditorías internas?
Valverde-Citores RM, Moracho-Del Rio O, Pérez-Iriondo A, Pérez-Marticorena MJ, Oliver-Lechuga A. 269

P-264. Las auditorías internas de alta frecuencia (norma ISO 9001) como herramienta para la mejora continua.
Ribes JL, Leon D, Ballart M, Gutierrez C, Fonoll J. 269

P-265. Aplicación de un plan de comunicación para el traslado de la actividad al nuevo hospital de Ciudad Real.
Fuentes-Cabañas J, Calahorra-Fernández L, Solano-Herrera I, Ortiz-Valdepeñas J. 269

P-266. Cuadros de mando.implicación de los servicios en la gestión del centro.
Ballester N. 270

P-267. Cirugía menor dermatológica: modelo de gestión del sector de salud de Calatayud.
Marrón SE, Ferrando A, Artal A, Tomás L. 270

P-268. Copiando a los demás. El Benchmarking como herramienta de aprendizaje y mejora continua en el Hospital de Zamudio.
López-Ortiz M, Pereira-Rodriguez C. 270

P-269. Gestión integrada ambiental para la atención médica especializada en el Hospital Comarcal del Bidasoa.
Molero B, Martín F, Mendiguren N. 271

P-270. Proceso para la gestión del mantenimiento de equipos electromédicos.
Alarcon P, Molina JA. 271

P-271. Diseño del mapa de procesos y de dos procesos en un servicio de ginecología y obstetricia de un hospital terciario.
López-Valverde M, Fraca M, Martínez-Astorquiza T, Avellanal JP, Valtierra A, Masach R. 271

P-272. Diseño del proceso "atención al usuario" en un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalario.
Caamaño-Martínez MD, Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, González-Olveira J, Cegarra-García MS. 271

P-273. Diseño del mapa de procesos en un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalario.
Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez M-D, Penas-Penas M, Barreiro-Díaz MV, Cegarra-García MS. 272

P-274. Monitorización de procesos del servicio de almacén de un hospital general universitario.
Nicolás-Lax C, Sanz-Illan JJ,. Castaño-Ortelano JJ, Gil-Gil G, Gómez-Ruíz R, Martínez-Martínez JM. 272

P-275. Revisión y mejora del sistema de calidad del laboratorio de bioquímica tras un año de experiencia con ISO 9001:2000.
Garotano B, Zugaza C, Puelles A, Mirabel JL, Preciado E, Santos I. 272

P-276. Mejora de la eficacia de las auditorías internas del sistema de gestión de la calidad de los procesos asistenciales.
Rodríguez JM, Elosegi M, Olano JG. 273

P-277. El proceso de gestión de personas en las organizaciones de servicios de Osakidetza/SVS.
Serna- Rodriguez F, Beitia-Fernández C, Blasco-Altuna JA. 273

P-278. Propuesta de implantación de un programa de mejora de la calidad de los cuidados en una unidad de enfermería.
Catalina M, Carrasco AL, Tellez ME,. Martín ML, González MT. 273

P-279. Mapa de procesos nivel cero de una gerencia de atención primaria.
López-Picazo JJ, Lázaro MD, Sanz G, Alarcón-González JA, Alarcón-Sabater P, Villaescusa ME. 273

P-280. Norma UNE-EN-ISO 9004 para la evaluación de unidades de gestión clínica.
Emparan C, Lacabex J. 274

P-281. Introduciendo la gestión por procesos en el área de atención continuada de un centro de salud rural.
Hijós LA, Campos C, Figueras C, Martínez-Sanchez R, Andres MJ, Ara D. 274

P-282. Orientación al cliente: gestión por procesos del área de atención e información al usuario.
Rivera F, Carreras M, Garrastachu E, SanMartín B, Román M, Larrea J. 274

P-283. Gestión del proceso de quirófano en un hospital comarcal según el modelo europeo de excelencia EFQM.
García A, Valiente F, Albarracín M, Cantero MJ, Carrillo R, Ruiz R. 275

P-284. Mapa de procesos de una gerencia de atención primaria.
Santiago-García C, Martinez-Garcia J, Barragan-Pérez A, Moreno-Valero M, Alvarez-Dominguéz G, Fontcuberta-Martínez J. 275

P-285. Frenos y motores en la gestión por procesos.
Gallego-Camiña I, Rabanal-Retolaza S, Guajardo-Remacha J, Castelo-Zas S, Chueca-Ajuria A, Dominguez-Fernandez M. 275

P-286. Gestión por procesos, gestión de calidad.
Martí-Usón R, Blázquez-Jiménez M, Hernandez-Saez S, Sánchez L, Giménez-Pérez R. 276

P-287. Mapa de procesos de un hospital: elaboración del diagrama nivel 1 de consultas externas.
Alcaraz J, Ros J, Rueda ML, Guarnizo E, Aguiran L, Paredes A. 276

P-288. Diseño del proceso de facturación a terceros en un hospital.
Egea-Romero MD, Díaz-Hernández JM, Montesinos-Urban VJ, Fernández-Pérez TS. 276

P-289. Gestión del proceso de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en un hospital comarcal según el modelo de excelencia EFQM.
Valiente P, García A, Calvo E, Rojas MJ, Soriano P, Albarracín M. 276

P-290. Aplicación de la gestión por procesos al plan de excelencia del hospital.
Martínez-Ochoa E, Valle-Bernard R, García-Rodríguez J, López-Maza R, Garrido-Gómez JC, Roiz-Mesones MP. 277

P-291. Metodología de evaluación de procesos asistenciales en Andalucía.
Santamaría-Carmona S, Morales-Reyes M, García-Cubillo M, Morales-Torres JL, Fernández-Sierra MA, Sordo- del Castillo L. 277

P-292. Organización de una unidad psiquiátrica de media estancia mediante el modelo EFQM de excelencia.
Tomás-García N, Coy-Fuster L, Fernández-Ramos I. 277

P-293. Gestión por procesos.
Vaquero S. 277

P-294. Mapa de procesos del SUMMA 112.
Fernández-Campos MJ, Huerta A, Muñoz R. 278

P-295. Abordaje de la comunicación interna mediante postulados efqm y mapa de procesos.
Vicente-López JC, Pacheco-Guevara R, Sánchez-Álvarez MM, Martínez-Escandell R, Ferrandez-Cámara MJ, Soler-García R. 278

P-296. De la gestión por procesos a la certificación iso en atención al usuario de L'Hospital General de L'Hospitalet.
Tejero P, Mompó C, Sales E, Casademont J. 278

P-297. Calidad en el alumbrado de edificios sociosanitarios experiencia en la aplicacion del programa europeo GREENLIGHT.
García-Sanz J,. Díaz-Maldonado E, García-Fernández J, Rubio-Solano B, Tomé-Pérez A, Vega-Dionisio P. 279

P-298. Análisis estacional y de actividad de consumos en programas de gestión ambiental EMAS Sanitarios.
González R, Arrechea R, Ascaso J, Dewisme M, Emparan C. 279

P-299. Análisis de actividad y producción de residuos en programas de gestión ambiental emas sanitarios.
Dewisme M, Antoñanzas MP, Muñoz I, Garnica J, Emparan C. 279

Día 26 de octubre de 2006

16:00 h

Defensa de Pósters 5: P-300 a P-368

P-300. Voluntariado en el Hospital Universitario Miguel Servet: 15 años de actividad coordinada por un grupo multidisciplinar.
Marco M, Vela ML, Blecua MJ, Abad R, Garcia-Mata JM. 279

P-301. Bioseguridad en la extracción sanguínea. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería.
Castillo C, Sánchez F, Ródenas V, Andrés J, Valdés F. 280

P-302. Actuación ante derrames y vertidos de citostáticos.
Diego C, Flores G, Hoyos I, Maruri MJ, Horna R, Sampedro I. 280

P-303. Abordaje integral de la violencia de ámbito sanitario en el servicio de salud de Castilla-La Mancha (Plan PERSEO).
Ruiz AJ, Sanz F, Gómez C, Gutierrez R, Larios D, Peñalver R. 280

P-304. Análisis de la implantación del plan perseo en episodios conflictivos en centros sanitarios del área de Puertollano.
Ruíz-Moruno A, Martinez-Garcia J, Olmo-Mora M, Rodríguez-Soler M, Giner-González J, Sanz-Cortes J. 281

P-305. Registro de evaluación de conflictos. abordaje de la violencia basado en la evidencia.
Ruiz AJ, Sanz F, Larios D, Gutierrez R, Jiménez AJ, Peñalver R. 281

P-306. Exposiciones ocupacionales a agentes biológicos en un hospital de referencia.
López-Márquez R, Cuerva-Carvajal A, Perea-Rafael R, Gasch-Illescas A, Po-Rodríguez C, Conde-Herrera M. 281

P-307. Sistema de gestión de riesgos sanitarios basado en la norma AUS/NZS 4360: [1999].
Emparan C, Martinez A, Marrodan LM. 282

P-308. Aceptación del material de bioseguridad tras tres años de uso en el Hospital de Guadarrama de Madrid.
Fernandez AB, Palacios MJ, Salazar R, Bischofberger C. 282

P-309. Reto y realidad: evaluar las competencias profesionales.
Viura M, Gratacos M. 282

P-310. Plan de formación y registros de actividades formativas.
Chueca-Ajuria A, Gallego-Camiña I, Castelo-Zas S, Gonzalez-Ladislao N, Domínguez-Fernández M, Rico-Alonso F. 283

P-311. Evaluación del personal de enfermería de un aplicativo informático asistencial tras su implantación.
Leal-Llopis J, Martinez-Garcia JA, Cortes-Parra C, Paredes-Sidrach de Cardona A, Peñalver-Hernandez F, Alvarez-Victoria A. 283

P-312. ¿Podemos ser las supervisiones gestoras de cuidados en el contexto actual?
Crespo-Montero R, Heredia-Borrego L, Hidalgo-Paz C, León-Boissier F, Muñoz-Poyato J, Giráldez A. 283

P-313. Sistemas de apoyo y facilitación en los procesos de acreditación de competencias profesionales.
Ceballos-Pozo M, Almuedo-Paz A, Cáceres-Valverde A, Rita-Acosta MJ, Salguero-Cabalgante R, Santana-López V. 283

P-314. Proyecto de mejora en un bloque quirúrgico: papel del responsable de enfermería.
Prieto P, Niento C,. Comes N, ... 284

P-315. Comisión de compras: gestión para la introducción de nuevos materiales y satisfacción del cliente interno.
Aznar MA, Rodríguez T, Cabañas P, Carrión P, Elorriaga J, Puente R 284

P-316. Encuesta de clima laboral entre el personal no sanitario.
Gómez M, Lillo P 284

P-317. Papel de la medicina del trabajo en la mejora de la gestión de los procesos asistenciales.
Castellanos A, Carrasco AL, Casado A, Alonso MA,. Echerren JI, Chiquiza A. 285

P-318. El espejo: cómo nos ven nuestros clientes.
Vela ML, Egido P, Revillo MJ, Miembros del Grupo de Mejora de la Calidad 285

P-319. Implantación del manual de acogida para los profesionales de nueva incorporación en la gerencia de A. P. DE Ciudad Real.
Fortes Álvarez JL, Torres-Consuegra J, Palacios-López MC, Sobrino-Peco F. 285

P-320. Valoración de la satisfacción de los "clientes" del servicio de bioquímica clínica.
Izquierdo S, Vela ML, García-de Jalón A, García-Mata JM. 285

P-321. ¿Los profesionales del Hospital Perpetuo Socorro tenemos síndrome de Burnout?
Fagoaga-Gimeno ML, Lucas-Imbernon F, Gascón-Santos S, Martínez-Jarreta B, Simarro-López C, Galán-Traba MA. 286

P-322. Evolución de la gestión de la comunicación interna, y analisis de su efectividad, del Hospital de Basurto.
Herrero R, Darpón J, Arizabaleta J. 286

P-323 Un modelo de comunicación institucional para aumentar la calidad asistencial en el hospital.
Montero-Del Amo B, Guirado-Sánchez F, Gómez-García MJ, Marín-Sánchez A, Barqueros-Valero C, Martínez-Hernandez A. 286

P-324. Motivación e incentivación de tutores de medicina familiar y comunitaria en Castilla La Mancha.
Carbayo JJ, Marín A, Torijano ML, Sánchez-Holgado J, Ramírez E, Gonseth J. 287

P-325. Implantación del plan de acogida de nuevos profesionales. resultados de la experiencia tras 2 años de implantación.
Lekuona-Sanz L, Franganillo-Ortega R, Iruin-Sanz A, Aparicio Telleria M. 287

P-326. Los boletines internos como herramienta de comunicación.
Lekuona-Sanz L, Iruin-Sanz A, Franganillo-Ortega R. 287

P-327. Cuando los pacientes creen tener razón: la asertividad como índice de calidad asistencial.
Rumbo JM. Arantón L, Tenreiro MA ..... 288.

P-328. Actividad profesional y satisfacción laboral en médicos de áreas críticas.
de la Torre-Prados MV, García-Alcántara A. 288

P-329. Calidad de la atención paliativa al paciente en fase terminal. guía de práctica clínica.
Pascual A, Subirana M, López C, Moreno E, Català E, Pardo N. 288

P-330. Implementación de la guía de hipertensión arterial en el servicio cantabro de salud.
Dierssen-Sotos T, Salcedo F, López- Madurga E, Grupo de implemntacion de la guia de HTA EN EL SCS 289

P-331. Implementación de guías clínicas para la sepsis graves en unidades de cuidados intensivos.
de la Torre-Prados MV, Castaño-Pérez J, Dominguez-Jimenez R, García-Alvarez JM, Camacho-Pulido J, Machado-Casas J. 289

P-332. Un protocolo de cuestiones éticas como herramienta de mejora para integrar la ética en la práctica asistencial.
Ríos-Valles L, Griroll-Herandez A, Fernández-Garcia P, Ibiricu-Barro A, Abadia-Lasala E, Doblado-Lopez O. 289

P-333. Agresión percibida durante la actividad profesional por profesionales facultativos de áreas críticas.
de la Torre-Prados MV, García-Alcántara A. 290

P-334. Medición de satisfacción del médico solicitante al laboratorio.
Herrero MC, Perdomo I, Buhigas I, Azofra A, Rodriguez G, Valor S. 334

P-335. Valoración de la efectividad de una institución dedicada al entrenamiento profesional sanitario.
Villen JA, Pelaez C, Garcia F, Valverde M, Sanchez C, Vazquez G. 290

P-336. Creación y aplicación de una escala de valoración de cargas de trabajo en una residencia asistida.
Blanco-Ferrer S, Boixadera-Vendrell M, Donat-Urtos L, Mesa-Castro A, Muñoz-Muñoz I, Quintana-Sánchez I. 290

P-337. Gestión integral presupuestaria de personal
GIP. Gomar P, Garcia A, Argiles M, Guasch B, Piera J. 291

P-338. ¿Es rentable para el servicio aragonés de salud invertir en formación continua?
Julve-Guerrero MV, Artiaga-Guerrero JR, Aznar-Rico V, Cisneros-Izquierdo A, Gómez-Gutierréz V, Sancet-Bueno MF. 291

P-339. Encuesta de satisfacción del laboratorio de hematología de un hospital terciario.
Recasens V, Rubio-Martínez A, Rello L, Giralt M, Vela ML, García-Mata JM. 291

P-340. Informe de un estudio sobre la orientación al cliente de los directivos del SESCAM.
Gutiérrez R, Marín MT, Rubio, M Tejero JM, Alcazar F, Chacón J. 292

P-341. Mejora de la eficiencia y efectividad en la comunicación entre profesionales de un área de salud.
Gómez A, López S, Guirado P, Gorrindo C, Moreno JL, Vizuete C. 292

P-342. La formación como un instrumento básico de gestión en el cambio de perfil de un centro hospitalario.
Lara-Farfante M, Clavo-Sánchez A, Guerra-Arevalo F, Serrano-Gonzalez A, Bergillos-Barroso M, Galdran-Caro A. 292

P-343. DIseño de modelos para la evaluación de objetivos y asignación de incentivos en atención especializada.
Rodríguez MT, Naranjo V, Navarro E, Sánchez H, López I, Martínez PM. 293

P-344. El cambio horario como instrumento de mejora de calidad asistencial.
García-Lázaro M, Alventosa-Cortes AM, Monterde-Martínez A, Villanueva-Alonso A, Guasch-Ibañez B, Gomar-Sánchez P. 293

P-345. Indicadores: la medida de nuestro trabajo.
Martí-Usón R, Blázquez-Jiménez M, Hernández-Saez S, Sánchez L., Giménez-Pérez R. 293

P-346. Encuesta a profesionales sanitarios sobre conocimientos y actitudes acerca de las voluntades vitales anticipadas (VVAS).
Tamayo-Velázquez M, Pérez-Amores I, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Reyes-Burgos MA, Álvarez-Fernández B. 294

P-347. Pacto de objetivos de calidad, como herramienta para la mejora continua de la calidad en el hospital.
Calahorra-Fernández L, Casas-Díaz MR, Fernández-Simancas A, Soriano-Castrejón A, Sánchez-Mora C, Ortíz-Valdepeñas J. 294

P-348. Aseguramiento de la calidad asistencial a través de la optimización del mantenimiento del equipamiento médico.
Gómez-Blanco A, Carnero-Moya MC. 294

P-349. Protocolo gestión flota de vehículos.
Balboa-Mena A. 295

P-350. La implantación de un protocolo para solicitud de análisis de laboratorio mejora la eficiencia de las UCI.
Bóveda JL, Wangensteen O, Salgado A, Delatorre FJ, Martinez-Casademont M, Torras MG. 295

P-351. Evaluación en el proceso de mejora de la calidad en la obtención de muestras analíticas en atención primaria.
Aguirre-Peña E Carrasco-Rodríguez J, García-Rodríguez MI. 295

P-352. Implantación de un cuadro de mando integral para la evaluación de la actividad en un servicio de farmacia.
Rubio AR, Moya P, Cia JJ, Mateos J, Fernández M, Martínez JM. 296

P-353. Rendimiento del euro en dos laboratorios de análisis clínicos.
Salas A, Vilaplana C, Gimeno C, Pérez J, Sevillano C, Calderón A. 296

P-354. Hacia un sistema de gestión global del laboratorio: módulo de control de calidad interno.
Rello-Varas L, González-Irizábal Y, García-Castañón S, García-González E, García-Rodríguez B, Recaséns-Flores V. 296

P-355. Implantación programas garantía de calidad en instalaciones de diagnóstico y tratamiento médico con rad. ionizante.
García-Lorente A, Juárez-Ortiz A, Rábago-Sánchez-Capuchino MM, Sánchez-Mozo T, Borrego-García E. 296

P-356. Reesterilización de material no usado. el coste, el gasto y los profesionales.
Fernandez-Ruiz-Pereda C, Villanueva-Pelayo P, Rey-del Arco P, Alonso-González LM, González-Trincado V, Peris-Requena D. 297

P-357. Mejora de la calidad en unidades asistenciales de diagnóstico por imagen.
Rábago MM, García-Lorente A, Sánchez-Mozo T, Juarez-Ortiz A, Borrego-García E. 297

P-358. Reducción del volumen de la historia clínica mediante expurgo.
Pay-López J, Peñalver-Celdrán V, Picazo-Córdoba R, García-Sánchez MJ, Asensio-Sánchez V, Visedo-López JA. 297

P-359. Sustitutos del plasma en el Hospital Universitari de Bellvitge (HUB): tabla de características comparativas.
Pastó L, Clavo M, Giménez A, Comitè de Transfusions. Hospital Universitari de Bellvitge 298

P-360. Análisis de la actividad producida en un servicio de farmacia mediante el cálculo de unidades relativas de valor.
Martín de Rosales-Cabrera AM, Lara-Cátedra C, Pérez-Encinas M, Sanz-Márquez S, de Carlos-Soler ML, Sanmartín-Fenollera P. 298

P-361. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: de la teoría a la práctica.
Monje A. 298

P-362. Informatización de los cuidados de enfermería.
Arantón L, Fraga ML, Poza A, Carrascal E, Álvarez V, Añón MJ. 299

P-363. Implantación de un registro de planes de cuidados de enfermería en el H.G.U Reina Sofía de Murcia.
Arellano C, Sáez AR. 299

P-364. Evaluación de la cumplimentación del registro de planes de cuidados en el H.G.U Reina Sofía de Murcia.
Sáez AR, Arellano C. 299

P-365. Evaluación interna y externa del proceso de atención de enfermería.
Urruela M, Artola M, Garay T, Larrea I, Pascual L, Zalabarria B. 300

P-366. Del proceso al resultado, ¿cuidados de la boca a pacientes geriátricos?.
Moraleda-Ruiz del Moral B, Hernández-Rubio M, Sanchez-Sanchez V, Pomares-Martinez D, Rubio-Gómez I, Pardo-Fernández MJ. 300

P-367. Úlceras por presión, la prevención es lo primero.
Celada FJ, Frías M, Ortíz MA, Martínez A, Rubio I. 300

P-368. Asignación de un valor técnico para el diagnóstico de enfermería en atención primaria.
Perez-Rivas FJ, Santamaria-Garcia JM, Ochandorena-Juanena MS, Ferrándiz-Santos J, García-López MJ, Gil de Pareja-Palmero MJ. 301

Día 29 de octubre de 2006

09:00 h

Defensa de Póster 6: P-369 a P-433

P-369. Cuestionario de estándares de calidad en una red de atención temprana: análisis de fiabilidad de los ítems.
Tejero JM, Carpio C, Abejón R, Drozdowskyj O, López MC, Fernández J. 301

P-370. Valoración de interconsultas solicitadas desde consultas externas en un hospital terciario.
Capdevila C, Ridao A, Cabeza C, Bardés I, Alonso H, Salazar A. 301

P-371. ¿Cómo garantizamos el tiempo de espera máximo en las intervenciones quirúrgicas monitorizadas?
González C, Piqué JL, Gutiérrez R. 302

P-372. Mejora de la calidad asistencial con el programa gallego de atención al IAMEST en el área de un hospital de tercer nivel.
Martín-Rodríguez MD, Barreiro-Díaz MV, Cegarra-García MS, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez MD. 302

P-373. Evaluación de la accesibilidad a consultas externas de ginecología en los hospitales del servicio cantabro de salud.
Rodriguez-Cundin P, Dierssen-Sotos T, Tato M, Robles-García M, Alburquerque-Sánchez J. 302

P-374. Evaluación de la accesibilidad telefónica en la atención primaria del servicio cántabro de salud.
Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Alburquerque-Sánchez J. 302

P-375. Elaboración del manual de acogida al nuevo usuario en un centro de salud.
Bella X, Vidal E, Hernández N, Mengíbar Y, Lladó A, Ribes M. 303

P-376. Tiempos de espera en urgencias y factores asociados.
García-López M, Mayoral-Sánchez MT, Llamas-Fernández N, Moreno-Reina S, López-Lozano E, Alcaraz-Martínez J. 303

P-377. Para qué esperan nuestros clientes.
Núñez A, Gallego Y, Baylin E, Mendicute J, Merino M, Orube A. 303

P-378. Análisis de la actividad realizada por el médico internista interconsultor en un hospital comarcal.
Sahuquillo JC, Raventós A,. Grau J, González-Ares JA, Carrasco I. 304

P-379. Mejora de la accesibilidad a la historia clínica para el usuario en el Hospital de Hellín.
Monreal-Tomás JL, López-Ases J, Salvat-Germán F, Monreal-Tomás AB, Avila-Alexandre L, López-Mira E. 304

P-380. Estudio de tiempos de espera de ambulancias para pacientes en tratamiento de radioterapia.
Esnaola MJ, Aramendi E, Zavala E, Pablo-Ciria J. 304

P-381. Usuario hospitalizado. cuando la satisfacción no está sólo relacionada con aspectos sanitarios.
Fraile-Castelao R, Oto-Terrer JM, Miranda-García M, Carrero-Rujas A, Sahuquillo-Bartolomé S, Sangrador-Arenas L. 304

P-382. La voz del cliente como indicador en la priorización de las oportunidades de mejora de la organización.
Albo I, Gasso M, Casanovas M, Marzal L, Campos O, Clemente PA. 305

P-383. Matriz impacto-satisfacción: una herramienta a explorar.
Sangrador-Arenas L, Carrero-Rujas AB, Sahuquillo-Bartolomé S, Miranda-García M, Fraile-Castelao R, Revilla-Ramos F. 305

P-384. Ley de garantías. características de los pacientes que ejercen el derecho y satisfacción con la atención recibida.
Lopez R, Gil J, Blas J, Alcazar F, Gutierrez R. 305

P-385. Monitorización de la información al paciente en la citación para una paaf en servicio de anatomía patológica.
Martínez- Marín R, Herrero-Soto C, Moreno-Cánovas FT, Hernández-Mendez C, Aguilar-Armero A, Castro-Aragón C. 306

P-386. Elaboracion de recomendaciones de enfermería para pacientes de centros de especialidades.
Garbisu-Urdániz I, Buezo-Serrano MJ, Martín-Hernández T, Izquierdo-Nazar MI, Carcelén-Rodríguez E, Martínez- Pardo -Casanova M. 306

P-387. Presentación de un manual práctico para enfermos ostomizados.
Navarro-Ortiz MD, Tomás-Bartrina G, Pérez-Fernández AJ, Gerónimo-Fernández A, Andreo-Andreo MC, Martín-Almendros C. 306

P-388. Elaboración de una guía de buena práctica para la comunicación efectiva entre los profesionales y los pacientes.
Vilanova F, Subirana M, ... 307

P-389. ¿Qué responden nuestros niños en la encuesta de satisfacción hospitalaria?
López C, Déniz MJ, González MD, Jiménez A, Machado DM. 307

P-390. Monitorización de la satisfacción del paciente pediátrico hospitalizado por apendicectomía.
Pérez-Blanco V, Reoyo A, Rodriguez E, Martínez L, Ureña V, García-Caballero J. 307

P-391. ¿Qué calidad de servicios perciben los niños hospitalizados?
López C, Déniz MJ, Gónzalez MD, Jiménez A, Machado DM. 308

P-391 La satisfacción del paciente como input para el cálculo de la productividad variable.
Nebot C, Villanueva A, Galán A, Ortiz L, Tomás O, Perez-Jover V. 308

P-392. Hospital en obras: ¿cómo conocer la satisfacción del usuario?
Rodrigo P, Pérez JL, Aldámiz JM, Rams M, Zazo M, Vallés V. 308

P-393. Voz del cliente en sanitas hospitales.
Trujillo R, Gamboa R, Hernandez R, Pagonessa L, Juarez E.. 308

P-394. Percepción del consentimiento informado e información sobre el tratamiento en pacientes oncologicos.
García-Caro Y, Vidal-Milla A, Blasco-Pagès A, Martos-Guerrero A.. 308

P-395. Indicadores de calidad percibida en atención especializada.
Robles-García M, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Alburquerque-Sánchez J. 309

P-396. Relación entre la percepción del tiempo por parte de los usuarios y el tiempo real medido en los servicios sanitarios.
Sangrador-Arenas L, Carrero-Rujas AB, Sahuquillo-Bartolomé S, Miranda-García M, Oto-Terrer JM, Fraile-Castelao R. 309

P-397. Lenguaje técnico en quirófano: ¿somos conscientes de las implicaciones para el paciente?
Lozano-Marín J, Campillo-Soto A, Soria-Aledo V, Flores-Pastor B, Guzmán P, Aguayo-Albasini JL. 309

P-398. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en la fundación Hospital/ASIL de Granollers.
Martínez F, Fusté C, Martín E, Ibáñez JM. 310

P-399. Atenciones registradas en la gerencia de atención primaria de Cartagena.
Barragán-Pérez A, Moreno-Valero MA, Martínez-García JF Espín-Carmona MJ, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez MP. 310

P-400. Atenciones registradas en el servicio de atención al usuario del Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).
Jiménez-Hernández AJ, Zamorano-Gallego P, Pacheco-Guevara R Cánovas-Inglés A, Alarcón-Martínez C, Rodríguez-Martínez MP. 310

P-401. Atenciones registradas en el servicio de atención al usuario del Hospital Los Arcos (San Javier, Murcia).
Marin-Martínez J, Villegas-Abellán JA, Fernández-Pérez TS, Alarcón-Martínez C, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez MP. 310

P-402. Atenciones registradas en el servicio de atención al usuario del Hospital Comarcal del Noroeste (Murcia).
López-Navarro GR, Bernal-Peñalver L, Cárcar-Benito J, Alarcón-Martínez C, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez MP.. 311

P-403. Quejarse y estar insatisfecho ¿existe relación?
Villanueva A, Casquero M, Saurí V, Ortiz L, Tomás O, Pérez-Jover V. 311

P-404. ¿Se quejan de lo mismo los pacientes de hospitales que los de ambulatoria?
Villanueva A, Casquero M, Sauri V, Tomás O, Sancho J, Mira JJ. 311

P-405 Si no es grave, mejor no venga.
Sancho J, Tomás O, Pérez-Jover V, Mira JJ. 311

P-406 . Validación de una encuesta de satisfacción a pacientes con trastorno mental severo cuyo ingreso es mayor de 10 años.
Sánchez-Bernal R, Urretxu-Reboiro L, Legorburu-Mendía M Ortiz-de Pinedo E, Acebo A, Audicana-Uriarte A. 312

P-407. Validación de la encuesta de satisfacción de las unidades de gestión clínica para el Hospital Carlos Haya de Málaga.
Sánchez-Gómez B, Dueñas-Fuentes JR, Duarte Clíments G. 312

P-408. Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria.
Lorenzo S, Noria M, Hernández P, García-Sánchez J, Ortigueira JA, González-Alvarez JM. 312

P-409. Valoración ciudadana de la satisfacción con la información recibida por el personal sanitario.
González-Pérez R, Gijón-Sanchez MT, Escudero-Carretero M, Prieto-Rodriguez MA, Ruiz-Azarola A, Suess A. 313

P-410. Análisis del resultado de la opinión de los pacientes como método de mejora de la calidad asistencial.
Lasso-de la Vega C, Vilar MJ, López C, Riu M, Forner M. 313

P-411. Las encuestas, ¿son una herramienta válida de información?
Urruela M, Onandia M, Zuazo I, Arizabaleta J, Huerta M, Vilabrille M. 313

P-412. Percepción de los usuarios de la atención de enfermería.
Paredes-Sidrach de Cardona A, Ruiz-García JF, Lopez-Martinez P, Perez-Garcia MC, Inclan-Ponce de Leon MJ, Crespo-Carrión MJ. 314

P-413. Evaluación de la calidad percibida a través de las reclamaciones verbales.
Martínez-Saorín ME, Mirandal-Lopez C, Cayuela-Verdú FJ, Escudero-Sánchez C, Valiente-Borrego F. 314

P-414. Análisis de las sugerencias, quejas y agradecimientos manifestadas en la encuesta emca de calidad percibida.
Nieto P, Bermúdez R, Más A, Calle JE, Ramón T. 314

P-415. Una "foto" de nuestra organización. ¿estamos enfocados?
Santiago-García C, Barragán-Pérez A, Moreno-Valero M, Martínez-García J, Pérez-Aguilar F, Sánchez-Rodriguez F. 315

P-416. ¿Qué piensan los pacientes de la e-medicina?. a propósito del uso de la web como fuente de información.
Silvestre C, Palacio F, Bustinduy A. 315

P-417. Qué hace el servicio catalán de la salud con las encuestas de satisfacción de los ciudadanos.
Cerdá I, Aguado H, Artigas M, Agusti E. 315

P-418. Evaluación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A Bilbao A, Olascoaga A, Ballestero J. 315

P-419. Gestión integral de la voz del cliente.
Hernando-Uzkudun A, Barandiarán MJ, Berasaluce I, de la Torre P, Irañeta A, Pérez M. 316

P-420. Implantación de un sistema de comunicación a pacientes y familiares en urgencias y UCI pediátrica.
Moreno C, Gonzalez S, Moreno P. 316

P-421. Evaluación de los resultados de la información a los pacientes a partir del EFQM.
Navarro-Gistau C, Alatrribas E, Barrasa JI, Ramírez T, Escribano T, Castán S.. 316

P-422. La calidad percibida por los usuarios del servicio murciano de salud durante el año 2005.
Bermúdez R, Nieto P, Más A, Calle JE, Parra P, Gomis R. 317

P-423. Grado de satisfacción de los pacientes del grupo usp hospitales.
Asenjo V, Pérez-Cabeza G. 317

P-424. Integración de reclamaciones de usuarios en la gestión de una unidad asistencial del hospital psiquiátrico de Zamudio.
López-Ortiz M, Pereira-Rodriguez C Chicharro-Lezcano F. 317

P-425. Medición de satisfacción del paciente.
Herrero MC, Buhigas I, Ocaña S, Perdomo I, Rodriguez G, Valor S. 317

P-426. Validez del informe del paciente para evaluar y monitorizar la calidad en el uso de ejercicios en fisioterapia.
Meseguer-Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Montilla-Herrador J, Escolar-Reina P, Jimeno-Serrano FJ, Saturno-Hernández PJ. 318

P-427. Gestión de la opinión del usuario en el hospital psiquiátrico de Zamudio.
López-Ortiz M, Pereira-Rodriguez C, Chicharro-Lezcano FT. 318

P-428. Evolución desde los nuevos modelos de gestión de la corta estancia del hospital psiquiátrico de Zamudio.
Chicharro-Lezcano F, Pereira-Rodriguez C, López-Ortiz M. 318

P-429. Aplicación de la metodología qfd para el análisis y valoración de la calidad percibida por los usuarios del SESCAM.
Gutiérrez R, Marín MT, Rubio, M Solas O, Alonso MT, Tejero JM. 318

P-430. Validez y fiabilidad de un cuestionario sobre satisfacción de los padres de niños con los programas de fisioterapia.
Medina i Mirapeix F, Lillo-Navarro MC, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Oliveira- Sousa S, Meseguer-Henarejos AB. 319

P-431. Enfermería y cocina, colaborar es mejorar.
Rivera F, Estecha E, Saenz-Arechavaleta I, Pellejero J, Martínez P, Montiel MS. 319

P-432. Repercusión de las acciones de mejora en la calidad percibida.
Alonso I, Hernandez M, Martinez M, Bayona A, Monterde J, Abelló C. 319

P-433. Satisfacción del paciente oncológico.
Lucas-Imbernon FJ, Hernández-Millán C, García-Fernández C. 320

PONENCIAS

THE ROLE OF HEALTH ECONOMICS IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT AND ITS IMPACT ON DECISION MAKING

Bengt Jönsson, *Professor of Health Economics, Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden.*

The economic trade-off between costs and benefits of new technologies was from the beginning a key element of health technology assessment. Methods for identifying, measuring and valuing costs and benefits were developed in parallel to methods for assessing evidence on efficacy and effectiveness. Health economists were also given a prominent role in the development of the field. The Swedish HTA agency (www.sbu.se), one of the first outside the US, was since its start 1987 until 2002 headed by a health economist. However, the role of health economics in the assessment process was limited in the beginning for obvious reasons. Data for assessing costs and benefits were scarce, the methodology not well developed and understood, and there was a shortage of professional health economists. The contribution was mainly rather simple estimations of costs.

It is thus not surprising that evidence of impact is limited.A study published in 2000 (EUROMET 2000) concluded that before 2000, economic evaluation studies had no major influence on health care decision-making in most European countries. In a follow up study (EUROMET 2004) it was noted that the knowledge about economic evaluation studies had increased, but their influence on health care decision making in Europe was still limited. Factors responsible for this were budget inflexibility, lack of clinical and economic relevance of the studies undertaken, and the credibility of the studies [(1)].

Economic evaluations have found its most common use for decisions about reimbursement of innovative drugs and positive lists. For such decisions it is compulsory in many countries to submit an economic evaluation, and cost-effectiveness is a defined criterion for the decision.In Sweden, the Pharmaceutical Benefit Board (www.lfn.se) was established in 2002 to make decisions about which drugs should be included in the national reimbursement system. The formal establishment of PBB based on a specific legislation, followed a long period of informal use of use of economic evaluations as a basis for decisions about pricing and reimbursement. Within the new agency, cost-effectiveness has also surfaced as one of the major criteria for reimbursement. It has also been decisive in the re-valuation of the reimbursement status for whole groups of drugs, such as drugs for migraine and ulcer disease.

The role for health economics and technology assessment for development of clinical practice guidelines/disease management programs are still in its infancy in Sweden. National guidelines are developed by the National Board of Health and Welfare (www.sos.se), and health economics plays on important part in the guideline development. Guidelines have been issued for heart disease and stroke and are in development for different cancer diseases and dementia. Economic evaluations are also used in Sweden for addressing specific resource allocation decisions facing health care decision-makers, such as investments in screening programs or other expensive medical technologies.

We can thus conclude that while health economics now play an important role in HTA and health care decision making, the impact on clinical practice is still very limited. Large variation in use of technology was one of the observations that stimulated the development of HTA. This is still the case. Patient access to innovative cancer drugs varies for example significantly between European countries (2). Economic factors, such as the total level of health care spending reflecting differences in GDP per capita, explain some of the differences but most of the variation is due to health care organisation and financing and local practice patterns. HTA, reimbursement decisions and clinical guidelines seems to have no impact so far.

The presentation concludes with an assessment of the opportunities for giving HTA and economic evaluations a stronger and more consistent impact on resource allocation in health care.

References

1. Eberhardt, S, Stoklossa, C, Schulenburg, J.M. Graf von der. The influence of Economic Evaluation Studies on Health Care Decision making. EUROMET 2004 IOS P.
2. Nils Wilking and Bengt Jönsson, A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, 2005.

HEALTH ECONOMICS IN PRACTICE: THE NICE EXPERIENCE AND IMPACT IN THE UK NHS

Mark Sculpher, *Professor of Health Economics, Centre for Health Economics, University of York, UK.*

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) was founded in the UK in 1999 after the election of the Labour government in 1997.It's purpose was to provide guidance, throughout the National Health Service in England and Wales, on various aspects of clinical practice. There are a number of distinct programmes within NICE's activities including clinical guidelines, public health programmes and interventions and emerging medical technologies. However, probably the most well-known NICE programme relates to technology appraisal.This involves individual interventions or groups of technologies being assessed with a view to NICE issuing guidance on whether they should be used in routine NHS practice. Although economic evaluation plays a part in most of NICE's activities, it is the area of technology appraisal where these methods have most prominence. In this programme, whether a technology is cost-effective, relevant to existing interventions,is a major determinant of whether it receives positive guidance from NICE.[1]

In their use of cost-effectiveness analysis as a key input into guidance about new technologies, NICE has similarities with other agencies internationally.[2] These include the PBAC in Australia and provincial-based drug appraisal in Canada. One of the differences between NICE and other agencies, however, is that it appraises a full range of medical technologies rather than focussing exclusively on pharmaceuticals. Another difference is that it does not consider all newly licensed pharmaceuticals, only those considered of high priority in terms of factors such as acquisition cost and high clinical need.

NICE technology appraisal is made up of two distinct phases: assessment and appraisal.Assessment involves, firstly,the assembly of the full range of evidence about parameters relevant to cost-effectiveness, including clinical effectiveness, quality of life, resource use and costs.The second element of assessment is the formal synthesis of this evidence and its incorporation into a decision analytic model which generates estimates of cost-effectiveness. The assessment process is undertaken by manufacturers who supply all their evidence and analyses to NICE, and an independent academic group which is commissioned to critically appraise published and manufacturer-supplied evidence and to develop an independent model to estimate cost-effectiveness. The appraisal element relates to the ultimate decision- making and is undertaken by a multi-disciplinary committee, independent of NICE and the Department of Health, which includes various types of clinician, health economists, statisticians and health service managers.On the basis of the available evidence and analysis, the Appraisal Committee decides whether to recommend the use of the technology in routine NHS practice (according to license in the case of pharmaceuticals) for (i) all relevant patients; (ii) one or more subgroups of patients; or (iii) in no patients.It also makes recommendations about future research priorities.

NICE has defined the methods it wants to be used in the technology appraisal process.[3] Compared to other international agencies, these methods are quite prescriptive.For economic evaluation, key elements of these methods include the need to assess the new technology against all relevant options which are (or could be) used within the NHS; the incorporation of the full extent of systematically identified evidence; a cost perspective of the NHS and personal social services; the quantification of health benefits in terms of

quality-adjusted life years; and, where appropriate, the use of a lifetime time horizon over which to assess cost-effectiveness.
Despite these prescriptive methods, there are numerous methods issues associated with technology appraisal for NICE. These include the limited nature of the trial evidence which is typically available for new technologies (particularly new pharmaceuticals where, at launch, the only trial evidence available is usually that collected for drug license applications); the need to extrapolate beyond the follow-up observed in the trials; and the means of quantifying the huge uncertainty associated with cost-effectiveness and reflecting this for decision making.[4]
How much as NICE guidance affected NHS practice? The answer is that there has been mixed results.[5]Much depends on the type of technology being appraised and how straightforward it is for clinicians to use a technology despite financial restrictions.

References

1. Devlin N, Parkin D. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. Health Economics 2004;13:437-52.
2. Tarn TY, Smith MD. Pharmacoeconomic guidelines around the world. ISPOR Connections 2004;10(4):5.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guide to the Methods of Technology Appraisal. London: NICE, 2004.
4. Sculpher MJ, Claxton KP. Establishing the cost-effectiveness of new pharmaceuticals under conditions of uncertainty - when is there sufficient evidence? Value in Health 2005;8:433-446.
5. Sheldon TA, Cullum N, Dawson D, et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. British Medical Journal 2004;329:999.

INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Antonio Sarría-Santamera, *Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales*

La investigación de resultados pretende identificar y medir los resultados de las intervenciones sanitarias, sean estas clínicas sobre pacientes individuales o intervenciones poblacionales, sobre la comunidad. Abarca desde la epidemiología, la investigación de servicios sanitarios, la economía de la salud y la psicometría. Se trata, por tanto, de una actividad multidisciplinaria, en la que participan investigadores de servicios sanitarios, clínicos, epidemiólogos, economistas, sociólogos, psicólogos, estadísticos y expertos en ética, utilizando medios de investigación experimentales u observacionales para medir los resultados de las intervenciones sanitarias, en condiciones de práctica clínica habitual o efectividad. Por resultados entendemos aquellos efectos que las personas experimentan y que realmente les afectan. Hay que entender, por ello, resultados clínicos, en calidad de vida o estado funcional, en satisfacción o percepción de la calidad asistencial, y también en costes, directos o indirectos. Relacionando la atención sanitaria o servicios de salud que los pacientes o poblaciones reciben con los resultados que experimentan, la investigación de resultados puede no solo monitorizar la calidad asistencial, sino contribuir a mejorarla.
Una constatación de la realidad actual es que la investigación de resultados es casi una excepción más que una realidad cotidiana en nuestros sistemas de salud. De hecho, pocas decisiones en los sistemas de salud de cualquier nivel que se considere (micro, meso o macro) están basadas en evaluación de resultados. Obviamente, el objetivo, o la esperanza, debería ser que la mayor parte de las decisiones en los sistemas de salud estén basadas en el análisis e investigación rigurosa de los resultados de las intervenciones sanitarias. La responsabilidad de la evaluación de tecnologías es llenar esa laguna de evidencia y contribuir a mejorar la salud mejorando el proceso de toma de decisiones.
El papel de la evaluación de tecnologías es esencial en este sentido, ya que se ha señalado que la evaluación de tecnologías sanitarias es el puente que relaciona la investigación que se lleva a cabo sobre eficacia o efectividad de intervenciones sanitarias con la toma de decisiones, sea esta a nivel micro (clínica), meso (centro sanitario) o macro (poblacional). Por otra parte, es imprescindible identificar apropiadamente el espacio concreto de decisión en el que se encuentra el agente que debe tomar la decisión. Así, un mismo problema puede tener lecturas completamente diferentes y, por ello, soluciones no convergentes según sea macro, meso o micro:

- ¿Hay que financiar el transplante de corazón?
- ¿Qué necesita mi centro para desarrollar el transplante de corazón?
- ¿Qué pacientes pueden beneficiarse del transplante de corazón?

La evaluación de tecnologías debe trasladar de forma apropiada a cada nivel de decisión la información necesaria para mejorar la toma de decisiones. Es, en definitiva, un proceso orientado a introducir en la realidad del funcionamiento de los servicios de salud los resultados de la investigación con objetivo, obviamente, de incrementar las oportunidades de pacientes y poblaciones de mejorar su salud. Se trata de un proceso que pretende convertir en decisiones reales la información que puede proporcionar la investigación de resultados.
El núcleo fundamental de la evaluación de tecnologías es, precisamente, ser capaz de establecer el nexo entre dos realidades sumamente diferentes, pero que deben ser absolutamente complementarias para garantizar la fluidez y éxito en este traslado de información: el mundo de la toma de decisiones, y el mundo de la investigación. La conexión entre ambos mundos es compleja, porque los valores dominantes en ambos mundos son muy contrapuestos.
Así, en el mundo de los que tienen que tomar decisiones priman la complejidad, la búsqueda de soluciones, la reducción de la incertidumbre, el corto plazo, lo factible y pragmático. La clave en este mundo sería la relevancia. En el mundo de los investigadores, por su parte, los valores clave son la simplificación y el reduccionismo, la identificación de problemas y la propuesta de hipótesis, siempre se necesita más tiempo y hace falta profundizar más, y el objetivo final suele ser la publicación. En este mundo el valor fundamental es la excelencia.
Si la evaluación de tecnologías realmente pretende cumplir su misión, debe tener en cuanta algunos principios fundamentales:

- Las habilidades para trasladar el conocimiento a la práctica son diferentes de las necesarias para desarrollar programas, evaluar o investigar.
- Trasladar a la práctica implica necesariamente la introducción de cambios en los sistemas y organizaciones.
- Es esencialmente una actividad compleja, que debe tener en cuenta a todos los implicados.
- No debe plantearse como un proceso de transferencia de conocimiento sino como un proceso de conocimiento.
- La diseminación no es la mera difusión, es un proceso activo.

Para dar respuesta a estos retos, la AETS ha puesto en marcha algunas propuestas específicas de actuación:

- SINTESIS - nuevas tecnologías es un sistema de información sobre tecnologías sanitarias nuevas y emergentes que se inscribe en una estrategia reconocida internacionalmente como "early warning" o "early assessment" y que tiene como objetivo identificar las necesidades de evaluación que suscitan las innovaciones que se producen en las distintas áreas y especialidades clínicas; detectar sus principales impactos asistenciales y anticipar la respuesta de los administradores sanitarios que han de resolver al respecto.
- Usos Tutelados de Tecnologías Sanitarias. Constituyen un procedimiento singular de evaluación que, mediante diseños de investigación, se orienta a subsanar carencias de información imprescindible para decidir sobre la inclusión de una Tecnología Sanitaria en la Cartera de Servicios del SNS.
- Promoción de la Investigación Evaluativa. En el conjunto de ayudas gestionadas por la Subdirección General, se articula la convocatoria de subvenciones destinadas a la realización de estudios e investigaciones en materia de evaluación de tecnologías sanitarias, de acuerdo a los objetivos marcados en el Plan Nacional de I+D+I y conforme a un temario cerrado de cuestiones relevantes al SNS.

EL MODELO ANDALUZ DE ACREDITACION Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Rosa Carabaño. *Directora del Área de Acreditación de Centros y Unidades Sanitarias. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.*

En los últimos años se ha hecho mas visible la necesidad de mejorar la seguridad del paciente, considerando el acceso a la atención sanitaria segura como un derecho básico de los ciudadanos[1].

La seguridad es un elemento fundamental de la calidad de la asistencia en el Siglo XXI,la seguridad se identifica como un componente crítico de la calidad de los sistemas sanitarios, el cual facilita la participación y toma de decisiones de los usuarios de forma activa en los procesos de asistencia. Siendo del mismo modo exigible la seguridad a los propios profesionales sanitarios que prestan la asistencia y/o cuidados de salud.

La **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía**, enmarcada en las diferentes estrategias de la Consejería de Salud, ha venido desarrollando una importante labor mediante el impulso de la calidad y la mejora continua de la atención en salud, a través de la elaboración y desarrollo del Modelo Andaluz de Acreditación, caracterizado fundamentalmente por su coherencia, integralidad y carácter progresivo.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía hapuesto en marcha una serie de programas de acreditación, basados en estándares de calidad elaborados por expertos sanitarios y expertos en calidad y acreditación, constituyéndose en guías para el avance y desarrollo de los centros y unidades sanitarias. La seguridad del paciente forma parte importante de las áreas tratadas por los estándares de calidad, como iremos viendo, tanto en el número de estándares dedicados a la seguridad, como por la importancia que adquieren los estándares de seguridad para la adquisición de la acreditación.

En los Programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía la seguridad se considera un componente fundamental de la calidad y orienta su abordaje hacia los profesionales, pacientes y gestores.

Los antecedentes del concepto de seguridad en el mundo de la salud se ubican en 1990 con los primeros estudios concluyentes realizados por "Harvard Medical Practice Study", pero no es hasta 1999 con **"To err is human: building a safer health system"**[2] (llevado a cabo por el Instituto de medicina de los Estados Unidos de América), que no pasa a ser considerado un problema de gran magnitud, dado el punto de vista socioeconómico que se refleja en dicho estudio. Se describe la alta frecuencia de acontecimientos adversos causados por la asistencia sanitaria, marcando una mayor prevalencia que los debidos a accidentes de tráfico, cáncer de mama y SIDA. En este documento se habla de las consecuencias de los errores en términos de mortalidad, morbilidad y costes económicos, identificándose como uno de los errores mas frecuentes el *"error por omisión"*, que se produce cuando no se aplica una medida que ha demostrado la reducción de la mortalidad sin causa justificada.

Mas adelante en el año 2000 en el Reino Unido se pone en marcha un movimiento sobre la seguridad del paciente, del cual contamos con **"An organisation with a memory"**[3], en el cual se identifican una serie de puntos críticos para el abordaje de los acontecimientos adversos:

- Unificación de los sistemas de notificación y registro
- Creación de culturas organizativas mas abiertas a la comunicación y discusión de eventos adversos
- Monitorización de los cambios puestos en marcha con objeto de evitar eventos adversos
- Enfoque orientado a la prevención, análisis y aprendizaje a partir de los eventos adversos ocurridos

Cabe destacar como la Organización Mundial de la Salud establece una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en el año 2005 con el lema **"First, do no harm"**, y con el objetivo de coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente a escala mundial, facilitando la colaboración internacional y la adopción de medidas, que muestran como algunas de sus consecuencias la necesidad de compartir experiencias y beneficiarse de un abordaje común. Esta alianza mundial trata seis áreas de acciónespecíficas que son las siguientes:

- Reto mundial por la seguridad del paciente
- Pacientes por su propia seguridad
- Taxonomía de la seguridad del paciente
- Investigación en el campo de la seguridad
- Soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad.
- La notificación y el aprendizaje para la mejora de la seguridad clínica.

A nivel estatal nos encontramos con la "Ley de cohesión y Calidad"[4] y con el "Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud"[5], que presenta un apartado específico orientado a favorecer la excelencia clínica, este incluye en su estrategia octava el objetivo de **"Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios"**, haciéndose referencia a los siguientes puntos:

- Desarrollo del primer **Estudio Nacional de Efectos Adversos**[6], con el objetivo de conocer la incidencia de estos en el territorio nacional.
- Diseño y establecimiento de un sistema nacional de notificación de efectos adversos
- Implantación de prácticas seguras en ocho áreas específicas priorizadas (Ej. Anestesia en cirugía electiva, fracturas de cadera en posquirúrgicos, úlceras por presión en pacientes de riesgo, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda en posquirúrgicos, infecciones quirúrgicas, cirugía en lugar erróneo, errores debidos a medicación, correcta aplicación del consentimiento informado y cumplimiento de las últimas voluntades).
- Evaluación de la calidad de los centros y servicios de transfusión de sangre.
- Desarrollo de medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

Tras la realización del Estudio Nacional de Efectos Adversos, se desprenden algunas conclusiones, como que el *8,41% de los pacientes que son ingresados en hospitales españoles sufren algún efecto adverso relacionado con la asistencia hospitalaria recibida*, siendo estos resultados similares a los obtenidos por otros países (Ej. 10% Reino Unido, 16% Australia, etc.). El 42,80% de los efectos adversos fueron considerados evitables y en el 4,40% fueron causantes de éxitus. Las tres causas principales detectadas se relacionaron con el uso de medicamentos (37,40%), infecciones hospitalarias (25,30%) y con la aplicación de los procedimientos técnicos y/o quirúrgicos (25%).

Se considera "acontecimiento adverso"[7] como aquella complicación que produce invalidez, prolongación de estancia o muerte, y debía haber sido producido por la asistencia sanitaria (o la ausencia de intervención) y no como consecuencia simplemente del proceso natural de enfermedad, pudiéndose demostrar que dicho acontecimiento adverso había sido provocado por la asistencia.

En Andalucía destacamos varias estrategias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que están impulsando el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad, nos encontramos con el **"I Plan de Calidad y Eficiencia"**[8] y **"II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008"**[9], este último presenta:

- Un proceso clave dirigido a *"Gestionar la calidad de los servicios"*, en el cual se profundiza sobre la gestión de la calidad y la mejora continua a través de la gestión.
- También se desarrolla un proceso estratégico sobre *"Seguridad del paciente"*, orientado a disminuir acontecimientos adversos en la práctica clínica, marcando la necesidad de identificar y analizar los escenarios de riesgo para los pacientes, emprendiendo posteriormente acciones para su reducción, así como proporcionando medios que garanticen la seguridad en las intervenciones y en los cuidados que reciben los pacientes. Se plantean dentro de sus acciones la elaboración de un plan de seguridad clínica de pacientes y la incorporación de indicadores sobre efectos adversos en la evaluación de los servicios.

La **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía**, fundación pública dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, desde sus inicios en 2002, ha venido promoviendo las políticas de calidad implantadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y está desarrollando una importante labor impulsando la garantía de la calidad y la mejora continua de la atención sanitaria destinada a los ciudadanos.

La elaboración y desarrollo efectivo del **Modelo Andaluz de Acreditación** destaca por su **coherencia**, alineado con las estrategias y rasgos diferenciadores del Sistema Sanitario Andaluz como uno de los principales cometidos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, otra de sus características es su **integralidad**, de ahí que sean objeto de acreditación desde los profesionales a los hospitales, centros de salud, pasando por las unidades de gestión clínica, unidades de investigación, las páginas web sanitarias, las oficinas de farmacia, la formación continuada, los centros de investigación con células madre, las unidades de

hemodiálisis, etc., también podemos destacar el carácter **progresivo** del Modelo Andaluz de Acreditación, al establecer diferentes tramos de progreso hacia la mejora y la excelencia, con tres grados de acreditación: avanzada, óptima y excelente.

En este contexto de búsqueda de la excelencia los Programas de Acreditación de **Centros del Sistema Sanitario de Andalucía**[10] y **de Unidades de Gestión Clínica**[11] de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, tienen como punto de partida el potencial de mejora del propio centro y unidad sanitaria, y la madurez en la gestión de la calidad, desde una visión integral y con la perspectiva siempre de la satisfacción del ciudadano.

Los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se basan en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares de calidad predeterminados, en cuyos planteamientos han colaborado profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con importante experiencia.

Los estándares se agrupan en cinco bloques:

- El ciudadano como centro del sistema sanitario
- La organización de la actividad centrada en el paciente.
- Los profesionales
- Los procesos de soporte
- Los resultados

Los estándares se constituyen en las guías que hacen posible el avance de los centros y las unidades sanitarias en su progreso hacia la mejora de la calidad.

Actualmente la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía tiene en marcha **más de 150 proyectos** de acreditación de Centros y Unidades Sanitarias, siendo ya 63 los que cuentan con el certificado de acreditación.

La mejora de la seguridad forma parte de la misión y objetivos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, estando presente en todos sus programas de acreditación. La acreditación en sí es una herramienta de reducción del riesgo de la atención sanitaria y de los cuidados, el trabajo llevado a cabo con los estándares de calidad conduce a una reducción del riesgo de los acontecimientos adversos.

Se puede decir que **al menos dos terceras partes de los estándares de calidad** de los diferentes programas de acreditación puestos en marcha por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía están relacionados de forma directa con la seguridad. Abordando entre otros temas aquellos relacionados con el consentimiento informado, la información facilitada al paciente y su familia sobre su problema de salud, la disposición de herramientas para la toma de decisiones activa del usuario sobre su proceso de enfermedad, la transparencia del funcionamiento de los centros, la transparencia de los resultados alcanzados por los centros (asistenciales, satisfacción de los usuarios, etc.), las vías de comunicación estables entre los diferentes niveles asistenciales de atención primaria y especializada, las estrategias de continuidad asistencial, el seguimiento y optimización de los tiempos de asistencia, la corrección de demoras y desprogramaciones, el uso de un número único de historia de salud por paciente, uso de una estructura similar de la historia de salud, la eliminación de archivos secundarios, las actuaciones sanitarias y de cuidados realizadas según la estrategia previamente definida de procesos asistenciales integrados (para mas de cuarenta patologías descritas paso a paso en su atención, correspondiendo al 90% de las consultas realizadas en los servicios de salud), el cumplimiento de las normas básicas de calidad de los procesos asistenciales (correspondiendo a indicadores de calidad científicotécnica), el uso responsable y seguro de los medicamentos tanto por parte de los profesionales como de los usuarios, el control de las caducidades de los medicamentos y productos sanitarios, el uso seguro del equipamiento para diagnóstico y/o tratamiento, la utilización de criterios de seguridad para su adquisición, la formación de los profesionales en el uso seguro del equipamiento, el mantenimiento preventivo, la definición de actuaciones y formación de los profesionales ante posibles catástrofes internas y externas, la protección de datos de carácter personal, la identificación de pacientes, los análisis del uso de la alta tecnología, las revisionesde la calidad de las guías de práctica clínica utilizadas y/o planes de cuidados estandarizados, etc.

De forma específica destacan:

- Aquellos estándares que impulsan el papel de los responsables de los centros en la generación del **impulso de una cultura de seguridad**, con el objeto de identificar y eliminar aquellos elementos que son susceptibles de mejora para impedir errores que afecten a la seguridad.
- Los referidos de forma específica a **evitar los acontecimientos potencialmente adversos**, identificando y eliminando aquellos elementos estructurales y organizativos que pueden ser fuente de errores (Ej. Errores de medicación, cirugía en localizaciones incorrectas, caídas de pacientes, autolesiones, infecciones nosocomiales, etc.). Junto al **registro y análisis** de de los incidentes relacionados con acontecimientos reales o potenciales y la puesta en marcha de las acciones oportunas para la prevención de su nueva aparición.
- También la información facilitada a pacientes y familiares sobre riesgos potenciales, uso seguro de dispositivos médicos y control de la infección, **implicando de forma activa a los pacientes y sus familiares en relación a los elementos de seguridad del entorno asistencial y de su propio domicilio.**

Los estándares de calidad de los Programas de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía relacionados con la seguridad son clasificados en su gran mayoría como estándares obligatorios y estándares del grupo I, lo que indica que aquellos Centros y Unidades sanitarias que obtienen la acreditación tienen presente la seguridad como una de las dimensiones fundamentales de la calidad.

Además otra aportación de los Programas de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía desde el primer momento, fue facilitar a los profesionales el aprendizaje organizacional y **la gestión del conocimiento**, accediendo a información actualizada y de interés, de forma personalizada para cada estándar de acreditación y en el mismo tiempo que se lleva a cabo la autoevaluación. Se encuentran disponibles referencias relacionadas con identificación y registro de acontecimientos adversos, análisis de los modos de fallos, análisis causas raíz, entre otras referencias.

Los **elementos de calidad destacada** son aquellas soluciones eficientes, eficaces, útiles e innovadoras, que podrían tener aplicación en otro ámbito, facilitando mediante la gestión del conocimiento de los programas de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía el poder compartir estas respuestas a las cuestiones planteadas y beneficiándose de este modo otros centros con similares características. Durante las visitas de evaluación externa se lleva a cabo la identificación de los elementos de calidad destacada, que tras su valoración por los expertos y la solicitud de permisos a sus responsables, pasan a ser difundidas a través de los programas de acreditación. Algunos tratan la identificación de sus pacientes, el registro de los acontecimientos adversos, las estrategias de mejora incorporadas tras el análisis de los acontecimientos adversos, los mapas de riesgos, etc.

El **informe de Acreditación** es un documento facilitado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a los centros que han realizado el proceso de acreditación, en el que además de indicar el nivel de acreditación alcanzado, se muestran de forma individualizada las áreas de mejora que se tienen que implementar a corto, medio y largo plazo, teniendo una presencia destacada aquellas referentes a la seguridad de los pacientes, las cuales pasan a convertirse en líneas estratégicas a implementar.

Otro apartado específico del informe de acreditación son los **indicadores de seguridad**, algunos de ellos son los siguientes: incidencia de infección nosocomial, neumonía, infección del tracto urinario, sepsis, flebitis, infección de la herida quirúrgica, úlceras de cubito, caídas, cirugía en lugar erróneo, error en la administración de la medicación, efectos secundarios de los medicamentos, extubaciones no planeadas, reclamaciones de los usuarios, etc. Estos indicadores precisan su evaluación y monitorización a lo largo de diferentes ejercicios, que junto a las mejoras desarrolladas mejorarían su cumplimiento.

Las **herramientas de benchmarking** que se pueden poner en marcha con la información de la evaluación externa de los proyectos de acreditación permite dar a conocer el posicionamiento de los centros en relación con los mejores y con aquellos de similares características, facilitando el rediseño de las estrategias de seguridad.

Los programas de acreditación de la calidad puestos en marcha por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía son programas que impulsan la seguridad del paciente, al considerar la seguridad como un componente fundamental de la calidad y llevando un amplio abordaje dirigido a los profesionales, los ciudadanos y los gestores de los Centros y Unidades sanitarias.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a Safer Health System: Comite on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2000.
3. Department of Health. National Health Service. An organisation with a memory. London. National Health Service, 2000, (consultado el 10/07/2006). URL: http://psnet.ahrq.gov/
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, marzo 2006, (consultado el 01/07/2006). URL: http://www.msc.es
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
8. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla. Consejería de Salud, 2000.
9. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla. Consejería de Salud, 2005.
10. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clinica. Versión ME 5 1_03. Sevilla. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2003, (consultado el 02/08/2006). URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/
11. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Versión ME 2 1_02. Sevilla. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2003, (consultado el 02/08/2006). URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/

EL MODELO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CASTILLA – LA MANCHA

Rafael Peñalver Castellano. *Secretario General del SESCAM*

Desde el punto de vista del análisis de políticas públicas, la participación de los ciudadanos es un requisito básico para conseguir que un sistema sanitario sea eficiente en cuanto a la asignación de unos recursos que se consideran básicos o esenciales en un Estado de Bienestar. Existe una creciente evidencia científica de que la participación constituye un elemento clave y definitorio de la política sanitaria, en cuanto que introduce criterios sobre alternativas sociales, incrementando la legitimidad de las decisiones e incorporando las expectativas y preferencias de los ciudadanos. De hecho, una de las principales líneas de reforma y modernización de los sistemas sanitarios públicos de los países desarrollados en los últimos veinte años viene siendo la necesidad de mejorar la participación colectiva en la toma de decisiones en sanidad.

El Sistema Sanitario público de Castilla-La Mancha cuenta con diferentes órganos formales en los que se encuentran representados y que facilitan la participación institucional de los ciudadanos en el mismo: el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, el Consejo de Administración del SESCAM, los Consejos de Salud de Área Sanitaria y los Consejos de Salud de las Zonas Básicas de Salud. Por otro lado, la institución de la Defensora del Pueblo de Castilla-La Mancha, las encuestas de opinión, los estudios sobre la calidad percibida de los servicios sanitarios, el teléfono 24 horas y la página Web del SESCAM, los mecanismos establecidos para la recogida de iniciativas y sugerencias, los servicios de atención al usuario, etc., son otros instrumentos que permiten la participación social en el ámbito sanitario, contribuyendo de este modo a la mejora continua y al incremento de la calidad de los servicios.

No obstante, desde los inicios de la actual legislatura, la Consejería de Sanidad ha venido planteando la posibilidad de ampliar los cauces formales existentes, por considerar que no bastan para dar respuesta a las necesidades y demandas actuales. En un mundo cada vez más cambiante, complejo e interrelacionado, es preciso diseñar nuevas estrategias que faciliten una mayor implicación e intervención de los distintos agentes, ciudadanos y profesionales, en la gestión y el gobierno de las organizaciones e instituciones sanitarias. Ello pasa por el desarrollo de un modelo de participación activa que complemente y supere las limitaciones asociadas al sistema político vigente, avanzando así en los procesos de democracia deliberativa.

En los dos últimos años se han llevado a cabo una serie de actuaciones, (jornadas científicas, estudios e investigaciones sociales), que han establecido las líneas a seguir en el diseño de ese posible modelo teórico. Los diferentes agentes clave consultados, (ciudadanos, asociaciones y organizaciones de pacientes, profesionales sanitarios, responsables de la administración regional), han manifestado su confianza en el Sistema Sanitario público de Castilla-La Mancha y contemplan la participación ciudadana como un elemento fundamental para la sostenibilidad social del mismo, al dotarle de mayor legitimidad, contribuyendo a una mayor cohesión social y profundización en la democracia.

Partiendo de esas bases se ha elaborado un modelo teórico que se enmarca en el vigente Plan de Salud de Castilla-La Mancha (2001-2010), en la normativa actual sobre participación ciudadana y en los contratos anuales de gestión que se firman con las distintas instituciones sanitarias. En este modelo se pretende que los ciudadanos tengan un mayor acceso a la información, se impliquen más en la toma de decisiones y se potencien sus derechos.

Transparencia, información, autonomía, confidencialidad y privacidad, cuidados y tratamiento de calidad, y derecho a reclamar, deben ser elementos definitorios y señas de identidad de este modelo que pretende que el ciudadano esté cada vez más informado, tenga una mayor capacidad de elección y sea cogestor y corresponsable con la Administración Pública de las decisiones que se adopten sobre la política sanitaria regional.

Para desarrollar el nuevo modelo de participación ciudadana se considera necesario complementar los órganos de participación regulados en la actualidad con un Foro de Participación de Salud, (en cada Área sanitaria), un Consejo de Participación y Administración, (también en cada Área sanitaria) y un Foro Virtual de Salud, (de carácter regional). El Foro participativo de salud de Área sería el órgano máximo de participación directa institucional y comunitaria en cada área de salud, siendo su principal base de funcionamiento el movimiento asociativo, (asociaciones y organizaciones ciudadanas y de pacientes). El Consejo de Participación y Administración sería el órgano coordinador de participación del Área, y estaría formado por representantes del Foro participativo de Salud y del Consejo de Salud de área, así como por el Gerente del Área. La función principal de este Consejo sería la de debatir y priorizar las propuestas de los distintos órganos de participación, siempre en el marco del Plan de Salud y del Contrato de Gestión. Finalmente, el Foro Virtual de Salud será el cauce principal de participación individual a través de la página web de SESCAM.

El objetivo último de este modelo es la mejora del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha potenciando su orientación hacia las necesidades reales de la población, de acuerdo con los principios en los que se basa el Sistema Nacional de Salud (universalidad, equidad y financiación pública).

ESTRATEGIA EN SEGURIDAD DE PACIENTES DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Eduardo Sierra Pérez. *Jefe de Servicio Agencia de Calidad del SNS*

La mejora de al atención de la salud es quizás el logro mas importante de la humanidad en los últimos cien años, sin embargo, este progreso no está exento de los peligros y riesgos derivados de un práctica cada vez más tecnificada ymás compleja.

En los últimos 15 años se han publicado en los países desarrollados estudios sobre eventos adversos hospitalarios que ponen de manifiesto que 1 de cada 10 pacientes presenta algún tipo de daño directamente ligado a la asistencia. Por cada 300 pacientes que sufren un evento adverso uno muere o presenta discapacidad severa y, lo que es más importante, la mitad podrían ser evitados según estos estudios. Este último dato nos proporciona un importantísimo margen para la mejora de calidad de la asistencia.

La Seguridad y la Gestión de Riesgos sanitarios es lalínea estratégica que, desdela Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, abordamos desdela certeza de que actuaciones de mejora básicas pueden contribuir a ayudar a miles de ciudadanos.

Mejorar los resultados en base a sistemas más seguros, mejor formación y mejor tecnología, es un hecho bien conocido por profesionales y ciudadanos.

La Seguridad de Pacientes y la gestión de riesgos sanitarios es un tema emergente en todo el mundo y forma parte de la cartera política de todos los países de nuestro entorno y de los organismos internacionales.
El enfoque actual, hace especial énfasis en que los efectos adversos de las intervenciones sanitarias están más relacionados con los sistemas organizativos que con las conductas individuales.
El problema de los efectos adversos en la atención sanitaria no es nuevo. El primer estudio relevante se publica a comienzos de los años 90, es elEstudio de la Práctica Médica de Harvard en 1991 (Harvard Medical Practice Study). Siguientes estudios epidemiológicos se realizan en Australia , el Reino Unido , Irlanda del Nortey en los Estados Unidos. En 1999 se publica el informe "Errar es humano: construyendo un sistema de atención sanitaria más seguro" (To err is human: building a safer health system) del Instituto de Medicina (Institute of Medicine), este estudio utilizando los estudios epidemiológicos y un nuevo enfoque sistémico del problema consiguió situar eltema en laagenda política y el debate público mundial. Nueva Zelanda,Canadá, Francia y España han contribuido recientemente con sus estudiosal conocimientos sobre efectos adversos en los hospitales públicos.
El Informe del Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM) estimó que los "errores médicos" causan entre 44.000 y 98.000 muertes anuales en hospitales de los Estados Unidos ,más que los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA. El Ministerio de Sanidad del Reino Unido (UK Department of Health), en su informe de 2000 titulado "Una organización con memoria" (An organisation with a memory), estimó que en un 10% de los ingresos hospitalarios sucedió algún incidente, equivalente a casi 850.000 efectos adversos anuales.
El Estudio de Calidad deAtención Sanitaria Australiana (Quality in Australian Health Care Study, QAHCS) publicado en 1995, mostró una tasa de incidentes del 16,6% entre los pacientes hospitalizados. El grupo de trabajo Hospitals for Europe para la calidad de la atención sanitaria hospitalaria estimó, en 2000, que uno de cada diez pacientes en los hospitales de Europa sufre perjuicios que se podrían prever y efectos adversos relacionados con su cuidado. Los estudios de Nueva Zelanda y Canadá también han mostrado unas tasas relativamente altas, alrededor del 10%.
El estudio ENEAS sobre efectos adversos en España, presentado el 11 de mayo de 2006, nos muestra un panorama similar con un 8,4% de efectos adversos ligados a la asistencia hospitalaria y un 9,3% si sumamos los ingresos por los propios efectos adversos. Este estudio se sitúapor tamañomuestral como elsegundode Europa y el quinto del mundo.
Actualmente, la mayor parte de los incidentes ocurren en los hospitales pues los riesgos asociados al cuidado hospitalario son altos pero también los eventos adversos suceden en otros lugares como en el de las consultas médicas de atención primaria,los centros de día, farmacias y hogares de los pacientes, aunque hay pocos datos sobre la frecuencia yel alcance fuera de los centros hospitalarios.
La OMS, en octubre de 2004, ha lanzado la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, poniendo de manifiesto que se trata de un reto global. El Consejo de Europa, La Comisión Europea, la OCDE y otros organismos internacionales trabajan también en Seguridad de Pacientes.
¿A qué nos referimos cuando hablamos de Seguridad de Pacientes?
Hablamos de los efectos o eventos adversos, que causan algún tipo de daño en el paciente o prolongan su estancia en un centro y estándirectamente producidos por la asistencia sanitaria y no derivados de su eznfermedad. Preferimos hablar de efectos adversos y no de error médico, concepto propio de la literatura anglosajona, ya que deseamos centrarnos en un enfoque sobre las debilidades delsistema y sus soluciones más que en un enfoque sobre la culpabilidad de los profesionales.
Infecciones nosocomiales, efectos adversos de la medicación, errores en la identificación, caídas, complicaciones anestésicas y quirúrgicas o trauma obstétrico son algunos de los múltiples problemas que debemos contemplareneste ámbito.
Conviene diferenciar entre efecto adverso y complicación, auque sabemos que en la medida en que las patologías son más complejas y cursan con comorbilidades esta distinción se hace más difícil.

Efecto Adverso
Acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia (medible), relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente.

Complicación
Alteración del proceso natural de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica
La estrategia de Seguridad es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud por:

- Frecuencia elevada de los efectos adversos
- Por la alta morbilidad y mortalidad
- Por el sufrimiento y discapacidad que produce a los pacientes
- Porque el problema es prevenible en un alto porcentaje
- Por la evidencia sobre el impacto y efectividad de medidas y practicas seguras.

A comienzos de 2005 la Agencia de Calidad del SNS comienza el despliegue de su estrategia en seguridad con tres objetivos para ese año:

Analizar estado situación
Sensibilizar y marcar prioridades
Reforzar la competencia profesional, y difundir el conocimiento en materia de seguridad

La Agencia de Calidad ha organizado encuentros internacionales ytalleres de expertos, participa en los foros de los organismos internacionales, y ha creado un Comité técnico asesor en Seguridad Clínica, con participación de todas las Comunidades Autónomas. Este comitéha priorizado los ámbitos a actuarformandotres grupos de trabajo: 1- Sensibilización, Cultura y Formación en Seguridad; 2- Sistemas de Información y registro sobre eventos adversos y 3- Infección Nosocomial.
Para el año 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Consejo Interterritorial destinó 6 millones de euros para los siguientes objetivos:

– Realización de un estudio epidemiológico nacional de eventos adversos hospitalarios, a través del cualconocemos yala situación a nivel agregado en todo el Sistema Nacional de Salud. Este estudio nos proporciona una radiografía precisa del número de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria, las consecuencias para los pacientes y las causas más comunes. Estonos permite abordar cambios en los sistemas organizativos y actuar con recomendaciones y alertas de seguridad sobre los procesos de mayor riesgo. Con la misma metodología se han realizado estudios a nivel autonómico, en la mayoría de lasComunidades Autónomas. En este caso la Agencia de Calidad ha prestado apoyo metodológico.
– Formación básica en gestión de riesgos de unos 400 profesionales de todas las Comunidades Autónomas por medio de un curso de 30 horas impartido en el segundo semestre de 2005.
– Implantación en los hospitales de sistemas de identificación inequívoca de pacientes ingresados, y por último
– Proyectos dirigidos a la mejora de la Infección Hospitalaria o Nosocomial.

Por otro lado se ha realizado un estudio sobre el estado de situaciónde los sistemas de notificación y registrode incidentes y efectos adversos a nivel mundial.
En marzo de 2006 se aprueba el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, con una importante línea estratégica sobre seguridadde pacientes centrada en las siguientes líneas:

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de Seguridad de Pacientes

- Diseño campaña comunicación interna y externa, incidiendo en los mensajes y en el formato mas adecuado a dirigir a cada uno de los actores implicados: profesionales, gestores, administradores sanitarios y pacientes.
- Conocer por medio de unEstudio Nacional la percepción yla Cultura de los Profesionales, Clínicos y Gestores en Seguridad de Pacientes.
- Difundir de resultados de Estudio Nacional sobre Efectos Adversos (ENEAS) presentado el11 de mayo de 2006.
- Diseñar un Estudio ENEAS II sobre Efectos Adversos en Atención Primaria.
- Establecer una línea prioritaria de investigación básica y aplicada en Seguridad de Pacientes a través de una convocatoria específica del Fondo de Investigaciones Sanitarias. (Convocatoria EETTSS ISCIII 28 mayo 2006 dotada con 1,5 m Euros)
- Realizar una Conferencia Internacional Seguridad de Pacientes que se celebrará en noviembre de 2006.
- Poner a disposición de los profesionales herramientas de gestión de riesgos y Seguridad Clínica en formato informático para incorporar su uso en la actividad habitual.

- Ampliar la actividad formativa en Seguridad de Pacientes:
  800 profesionales en cursos básicos
  Seminarios cortos sensibilización para directivos
  Diploma en Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos (200 horas)

2. Sistemas de información y apoyo a otras áreas del conocimiento en Seguridad de Pacientes.

- Diseño de prototipo de sistema de notificación y análisis de EA vía WEB para SNS.
- Convenio ISMP- Salamanca promoción Sistema Notificación EA en medicamentos
- Validación de un set de indicadores en Seguridad de Pacientes (AHRQ, OCDE, EPINE, etc.)
- Elaborar un Baremo de daños, que facilitaría la resolución extajudicialde los efectos adversos evitables, a la par queaportaría un marco mas estable para la resolución de conflictos.
- Identificación y diseño de intervenciones efectivas en Seguridad de Pacientes

3. Potenciar alianzas y presencia internacional

- Red Iberoamericana SP
- Implicación en Alianza Mundial OMS
- Participar y difundir en foros internacionales Estrategia y Políticas de España.
- Participar en grupos de trabajo de OCDE, OMS, Consejo Europa y Comisión Europea.
- Compromisos UE y Consejo Europa

4. Proyectos que impulsen y evalúen practicas de mejora en Seguridad de Pacientes (convenios con Comunidades Autónomas)

Dirigidos a desarrollar una cultura en seguridad, de forma que permita la instauración de estructuras funcionales que faciliten el desarrollo de acciones dirigidas a informar y formar adecuadamente a los profesionales en aspectos relacionados con la seguridad de pacientes y a asegurar mecanismos que permitan identificar y prevenir EA. Estos proyectos de concretan en tres :

- Implantar Unidades Funcionales en Seguridad de Pacientes en las Gerencias de las diferentes CCAA
- Conocer la percepción profesionales sobre la Seguridad de Pacientes.
- Implantar sistemas de notificación de incidentes y eventos adversosa nivel local

5. Implantar Prácticas Seguras para la mejora de los Cuidados de Salud (convenios con Comunidades Autónomas)

Dirigidas a instaurar un código de buenas prácticas clínicas en los servicios de salud actualmente recomendadas por diversos organismos internacionales por su efectividad demostrada sobre la salud de los individuos, repercusión económica para el sistema, importancia política, factibilidad de su aplicación y bajo costo. Estas prácticas están siendo recomendadas por agencias como la AHRQ, NPSA y organismos como la OMS, Comisión Europea y OCDE.

A. Prevenir las complicaciones de la anestesia

Dirigido aldiseño de un protocolo estandarizado que incluya un checklist que permita identificar pacientes con riesgo de sufrir eventos adversos como consecuencia de la anestesia, y permita comprobar si en dichos pacientes se han adoptado las prácticas clínicas actualmente recomendadas. Dicho protocolo será aplicado a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía electiva. Por ejemplo: los pacientes con riesgo de cardiopatía isquémica (CI) deberán ser tratados con beta bloqueantes

B. Prevenir las fracturas de cadera en pacientes sometidosa cirugía

La incidencia de este evento puede reducirse a través de protocolos centrados en el uso apropiado de analgésicos y en la adecuada monitorización y cuidados enfermeros. Se propone eldiseño de un protocolo estandarizado que determine los procedimientos médicos y enfermeros necesarios para reducir las fracturas de cadera en pacientes post quirúrgicos.

C. Prevenir el desarrollo de úlceras por presión en pacientes ingresados

Las úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados son una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y a menudo produce prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes sanitarios. Se propone eldiseño de un protocolo estandarizado que incluya un checklist que permita identificar pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión (inmovilización, incontinencia, deterioro cognitivo, déficit de nutrición, etc) y que describa específicamente las medidas clínicas necesarias para impedir su presentación (colchón antiescaras, vendajes, etc).

D. Prevenir el Trombo embolismo pulmonar (TEP)y la Trombosis Venosa Profunda (TVP) en pacientes intervenidos

TEP/TVP pueden ser prevenidos con el uso apropiado de anticoagulantes y otras medidas. Para ello se propone el diseño y aplicación de un protocolo estandarizado que permita identificar los pacientes con riesgo de padecer TEP o TVP y que especifique la indicación de profilaxis en cada caso.

E. Prevención de infección en herida quirúrgica

La incidencia de infecciones puede ser reducida a través de medidas pre, intra y post-operatorias entre las que especialmente se encuentran una estricta higiene y el uso adecuado de profilaxis antibiótica. El diseño y aplicación de un protocolo estandarizado que explicite el procedimiento para una correcta higiene quirúrgica y que permita identificar pacientes a riesgo de infección quirúrgica y explicite las medidas clínicas oportunas se ha mostrado como herramienta eficaz para la prevención.

F. Promover la práctica de manos limpias en todos los centros asistenciales

La adecuada higiene de las manos antes y después de explorar a un paciente es una medida eficaz para reducir las infecciones nosocomiales y actualmente recomendada por las principales organizaciones sanitaria internacionales (OMS, 2003; WHO, 2005; AHRQ, 2005).

El empleo de sustancias hidro-alcohólicas tanto antes como después del contacto directo con el paciente o los objetos que le rodean se ha mostrado como la medida mas sencilla y eficaz para disminuir la infección nosocomial.

G. Prevenir la intervención quirúrgica en lugar equivocado

A pesar de lo infrecuente de este evento adverso, las consecuencias de este error pueden ser muy severas. Se estima que 1 de cada 4 traumatólogos pueden cometer este error en 25 años de práctica. La identificación de este evento debe de conducir a un análisis exhaustivo del mismo utilizando técnicas como el análisis causa-raíz

Se propone diseñar e implantarprotocolos estandarizados para prevenir la intervención en el lugar equivocado en determinados procedimientos quirúrgicos.

H. Prevenir los errores debidos a la medicación

Los errores en la medicación constituye una de las causas más frecuentes de efectos adversos tanto en pacientes hospitalizados como en el ámbito extra hospitalario. Varios estudios han encontrado que la mitad de los errores ocurren durante la prescripción de fármacos aunque también son frecuentes durante su administración. Los errores en la medicación pueden producir daños de diversa consideración e incluso muerte a los pacientes así como prolongación de estancias y aumento de gasto sanitario.

Según la Joint Comisión (JCAHO, 2004) parece que las tres mayores causas de errores en la medicación se deben a: formación (60%), comunicación (50-60%) y disponibilidad de información (20-30%).

Siendo los errores de medicación una de las causas más frecuentes de eventos adversos se proponen aquí varias prácticas asistenciales dirigidas a la mejora de:

1- La identificación de medicamentos en los centros asistenciales
2- La mejora en la identificación de drogas de "alto riesgo"
3- La mejora en la administración de medicamentos en pacientes hospitalizados

I. Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades en los pacientes ingresados

Mediante la implantación deun procedimiento que garantice que el testamento vital, o últimas voluntades del paciente sea accesible de forma permanente y garantice el fiel cumplimiento de su función. Para ello se dispondrá de la documentación estandarizada que marque la normativa vigente y se diseñará un circuito que garantice el adecuado cumplimiento y evaluación de las voluntades del paciente o de la persona que éste designe.

Estos dos últimos puntos 4 y 5,han contado en 2006 con una financiación de 10 millones de euros mediante convenios realizados con las Comunidades Autónomas para el desarrollo de proyectos ligados a estas buenas prácticas.

Bibliografía

1. Agency for Healthcare Research and Quality. 30 Safe Practices for Better Health Care. AHRQ: March 2005.

2. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisiónc rítica. Med Clin (Barc) 2004; 123: 21-5
3. Auerbach AD, Murff HJ, Islam SD. Pre-anesthesia checklist to improve patient safety in Making Health Care Safer: A Critical Analysis of patient Safety Practices. Evidence Report/Tchenology Assessment: Number 43. AHRQ Publication Nº. 01-E058, July 2001. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/
4. Baker GR, Norton PG, Flintolf V, et al. The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal, 2004, 179(11):1678 - 1686.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. New England Journal of Medicine, 1991, 324 (6):370-7.
6. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004)41. Estrasburgo, 2004.
7. Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. New Zealand Medical Journal, 2002, 115 (1167):U271.
8. Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals II: occurrence and impact. New Zealand Medical Journal, 2003, 116 (1183):U624.
9. Department of Health. An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. Crownright. Department of Health. HMSO. 2000.
10. Joint Commission on Acreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Sentinel Events Statistics. Disponible en: http://www.JCAHO.org
11. Krause TR, Seymour KJ, Sloat KCM. Long-term evaluation of a behaviour-based method for improving safety performance: a meta-analysis of 73 interrupted time-series replications. Safety Science 1999;32:1-18
12. Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. New England. Journal of Medicine, 1991, 324 (6):377-84.
13. Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002;347(20):1633-8
14. OECD. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in-Countries.Health Technical Papers. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18. Disponible en: http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales GUÍA PRÁCTICA 2a edición. OMS: Ginebra, 2003
16. Runciman WB, Webb RK, Helps SC et al. A comparison of iatronic injuries in Australia and the USA II: reviewer behaviour and quality of care. International Journal of Quality in Health Care, 2000, 12(5):379-388.
17. Schioler T, Lipezak H, Pedersen BL et al. Danish Adverse Event Study. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records, Ugeskr laeger, 2001, 163 (39):5370-8.
18. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. British Medical Journal, 2001, 322:517-9.
19. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrisson BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. Med J Aust 1995; 163:458-71
20. World health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Heath Care (advanced draft): A summary. Clean Hands are Safer Hands. World Alliance for Patient Safety. wHO: Geneva, 2005

LA PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS EN LA PLANIFICACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Rosa Suñol. *Fundación Avedis Donabedian.*

La participación de los ciudadanos en la toma de decisiones en los servicios de salud puede contemplarse a dos niveles: a nivel individual entre paciente y profesional en el proceso asistencial (decisiones clínicas) y a nivel de la toma de decisiones colectivas a nivel estratégico.
Mientras que las investigaciones a nivel de la participación en la toma de decisiones clínicas individuales en las consultas han sido muy numerosas, comparativamente existen muchas menos a nivel de la participación a nivel colectivo, a pesar del interés por parte de gobiernos y planificadores. Este trabajo se basa en el estudio sobre la participación en las decisiones de planificación y gestión de los sistemas de salud y sus motivaciones desarrollado a partirdelproyecto de investigación FISS PI-042429 (2005-6).

En los últimos años, se han desarrollado bastantes teorías sobre el capital social (Bourdieu, 1983; Coleman, 1988; Putnam, 1993; Baum et al, 2000) y sobre el desarrollo y la educación comunitaria (Tones and Tilford, 1994). En ellas los politólogos han estudiado las posibles razones de los ciudadanos para participar en decisiones de ámbito colectivo incluyendo la promoción de ciertos objetivos que les interesan (instrumentalista), la solidaridad social (comunitaria), el ejercicio de las capacidades y responsabilidad (educativa) y la formación de una identidad cívica y política (expresiva) (Parry, Moyser and Day, 1992; Verba and Nie, 1992). Klein (1984), identificó además la necesidad de rendir cuentas a los ciudadanos ("accountability") como otra razón de la participación a este nivel, al igual que Florin and Dixon (2004), que además proponen que ésta sea considerada un bien intrínseco del sistema. Sin embargo, como muchos investigadores reconocen, existe un problema en la conceptualización del término **"participación",** especialmente cuando se considera como sinónimo de **"implicación"** (Chadderton, 1995; Litva et al, 2002). En un extenso estudio realizado por Thompson et al (2002) desde la perspectiva cualitativa, sobre que entendían los ciudadanos por estos términos, se veía la participación como una parte de la implicación, que se basaba en el diálogo y potencialmente en las decisiones compartidas.
Si bien el tema de las decisiones de planificación y gestión sanitarias se suscita de forma repetidapor las diferentes administraciones, las experiencias planteadas en el sector público son aún incipientes y no han sido sometidas a investigación reglada. Destaca especialmente la creación de la web (web pacientes.com)por parte de la Fundación Josep Laporte que representa el inicio de un foro de participación para las diferentes asociaciones de ámbito español.
La mayoría de la evidencia empírica sobre implicación de los ciudadanos se ha centrado en cuatro aspectos: antecedentes, factores de movilización, motivaciones y dinámicas de implicación (Birchall and Simmons, 2002) que son los apartados que se exploran en este proyecto
Nuestro proyecto se ha diseñado utilizando la evidencia de la investigación cualitativa en Inglaterra, mencionada anteriormente, (Thompson et al, 2002), y un estudio anterior realizado en Catalunya (Thompson, Espluga and Alonso, 1994). El marco teórico en el que se basa el estudio puede expresarse a partir del gráfico 1.

Para poder explorar una serie de sistemas de participación coherentes que cubran todos los servicios, se ha elegido explorar los diferentes niveles que pueden darse a nivel de una Comunidad Autónoma, ya que, en España, las decisiones de planificación y gestión están descentralizadas a este nivel y los sistemas de implicación pueden estar condicionadas por las características de las políticas sanitarias de cada comunidad (se propone explorar el ejemplo de Cataluña).
La participación puede realizarse en distintos ámbitos de la planificación y provisión de servicios, con probabilidad de que los ciudadanos tengan y deseen tener diferentes niveles de influencia en cada uno de ellos como se observa en la reciente investigación de (Litva et al, 2002) sobre la implicación de los ciudadanos en las decisiones de priorización de servicios. Por ello hemos identificado **tres posibles ámbitos de participación** de los ciudadanos a nivel de su Comunidad Autónoma:

(i) Nivel general de Comunidad Autónoma en un Consejo Asesor o decisor (en el que los ciudadanos podrían abordar temas de contenido de la cartera de servicios a nivel global de la Comunidad y decisiones sobre priorización de servicios).

(ii) Nivel de Consejo de Administración (o similar) de un Hospital (en el que podrían abordar áreas de organización del centro y de contenido de la cartera de servicios del centro)
(iii) Nivel de Consejo de Dirección (o similar) de un Centro de Salud (en el que se podrían abordar áreas de organización del centro y de contenido de la cartera de servicios del Centro de Salud)

La decisión de si el ciudadano quiere participar en un consejo asesor o decisor a cada nivel vendrá establecida por su nivel de implicación deseado en cada caso. El trabajo se ha realizado en base aun cuestionario administrado a dos grupos de ciudadanos: personas sin implicación en servicios comunitarios y miembros de asociaciones comunitarias, ya que se estableció la hipótesis de que sus motivaciones para participar y los mecanismos elegidos podían ser distintos. En el momento de la exposición se presentaran los resultados disponibles.

HASTA QUE TÚ QUIERAS. FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA. ANTECEDENTES: ACERCAMIENTO AL PROBLEMA

Manuel Alcaraz Quiñonero. *Servicio Murciano de Salud.*

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes,es un problema de salud con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Según el informe del Comité de Expertos de la Asociación Española de Pediatría la duración media de la lactancia materna (LM) en España es de tres meses. La OMS en su 55 asamblea mundial en el año 2002 acordó como recomendación de salud global y pública que los "niños deben ser exclusivamente amamantados durante los primeros seis meses de vida para conseguir un crecimiento, desarrollo y salud óptima, y que posteriormente deben recibir comida segura y adecuada mientras la lactancia materna continua hasta los dos años o más". La relevancia del problema ha sido destacada porOMS y UNICEF en diferentes declaraciones.

Para analizar y abordar este importante problema de salud, dada su innegable naturaleza biológica y cultural, nuestro enfoque ha sido global. Se trata, en definitiva, de un destacado proceso de cambiodesde la cultura tradicional de alimentación infantil, controlada por la mujer, a la moderna cultura del biberón, controlada por los profesionales sanitarios, con importantes cambios en las actitudes, valores y practicas sobre la alimentación del niño, especialmente respecto a la lactancia natural. Las practicas tradicionales de lactancia, transmitidas de madres a hijas, han sido sigilosamente desplazadas por prácticas y recomendaciones totalmente inadecuadas para su éxito.

El papel de la mujer en este proceso de cambio, ha sido, sin duda, un papel pasivo, que ha mermado profundamente su confianza y habilidades para amamantar. La LM es una carrera de obstáculos, un penoso camino que conduce, en la mayoría de las ocasiones, al abandono precoz del amamantamiento y al amargo sabor de la frustración personal. Este sentimiento explica que la mujer no cuestione la calidad de los cuidados a la lactancia. Por otra parte, la participación solicitada por el sistema de salud es inexistente: la satisfacción sobre la atención a la madre lactante no ha sido explorada, al menos explícitamente, en las diferentes encuestas de salud.

Desde esta perspectiva planteamos el proyecto "Hasta que tu quieras" (HQTQ) como un proyecto de naturaleza socio-sanitario orientado a recuperar la cultura de amamantamiento para que la mujer pueda planificar libremente y sin miedo al fracaso su lactancia. Adecuación y participación, en su más amplio sentido, constituyen las líneas claves del proyecto.

I. Marco teórico y objetivo

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, adoptada por todos los estados miembros de la OMS en su 55 Asamblea en mayo de 2002 proporciona una base para las iniciativas de salud que protejan, promuevan y apoyen la lactancia.

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), estrategia de ámbito mundial promovida por la OMS y UNICEF y comunicada en la Declaración de Innocenti en 1990,es el primer acercamiento combinado al problema del abandono prematuro de la lactancia materna. Sus criterios de calidad, articulados en torno a 10 pasos, constituyen una excelente herramienta para medir la calidad de los cuidados a la madre lactante y el grado de adecuación a sus necesidades. Es además, una de las primeras iniciativas de ámbito mundial que incorpora la participación ciudadana como requisito de calidad del proceso: "Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellas a su salida del hospital" (10º paso).

El programa HQTQ comienza con la implantación de los diez pasos de la IHAN en el Área V de Salud de la Región de Murcia en el año 2000 siguiendo la metodología de una ciclo de mejora: ? análisis de situación: encuesta previa sobre los 10 pasos y estudio previo sobre la duración de la LM en 1997, antes de iniciar la intervención, Î análisis causal: donde destacamos la escasa formación y falta de sensibilización por el problema, Ï intervención: implantación de los 10 pasos considerando la formación como la acción prioritaria para iniciar el proceso de cambio y Ì evaluación: externa (preauditoria 2002 y auditoria2004) einterna a través de la comisión de lactancia materna del área.

Los sorprendentes resultados de esta primera fase, tras la implantación de la IHAN, con un incremento en la duración media de la LM (DM) de más de un 600% nos permitió plantarnos el reto de HQTQ que supone devolver a la mujer el control de su lactancia y definir nuestro papel como profesionales de la salud en relación a nuestra capacidad para responder a las necesidades y expectativas de la madre lactante.

El objetivo principal del proyecto HQTQ es evitar el abandono prematuro de la LM, que hemos definido como el abandono de la lactancia natural antes de lo que la madre ha decidido. Supone devolver a la mujer el control de su lactancia y definir nuestro papel como profesionales de la salud en relación a nuestra capacidad para responder a las necesidades y expectativas de la madre lactante.

Nuestro compromiso es que el 80% de las madres del área V de salud de la Región de Murcia que hayan entrado en el programa vean cubiertas sus expectativas sobre el tiempo que han decidido lactar. Para ello, planteamos que más del 50% de las madres del área entrarán en dicho programa.

El modelo formal que hemos elegido es un Diseño de Calidad sobre el proceso de amamantamiento. El punto de partida ha sido la consecución de un ciclo de mejora, la implantación de la IHAN y la necesidad de rediseñar con la madre los servicios necesarios para satisfacer sus necesidades. Los requisitos de calidad del proceso los hemos agrupado en tres categorías que constituyen las líneas estratégicas del programa.

- Adecuación de nuestras prácticas a la evidencia científica,asegurando la continuidad e integración de todos los servicios que prestamos durante todo el proceso. La implementación de la metodología IHAN es un requisito previo imprescindible.
- Participación de todos los grupos de interés en el marco de la formación y desarrollo personal y profesional.
- Impacto social orientado a la promoción de una nueva cultura de lactancia y alimentación infantil y del reconocimiento social del papel de la madre lactante.

El programa esta estructurado en tres fases: φ Creación de los equipos de trabajo, formación de los mismos y exploración de las necesidades y expectativas de las madres, κ Diseño e implantación de las intervenciones y λ Evaluación: elaboración de criterios e indicadores globales y específicos para monitorizar todo el proceso.

II. Desarrollo del proyecto y resultados

En la tabla podemos observar la evolución de los indicadores clave que evidencian la efectividad de los 10 pasos de la IHAN e indirectamente el grado de adecuación de nuestras practicas a las necesidades de la madre lactante.

	1997 (situación inicial)	2001 (durante)	2003 (después)	2005 (inicio HQTQ)
DM	1 m.	3 m.	6 m.	7 m.
TA 1º M	55 %	30%	15%	10%
LP	1%		10%	15%

DM: duración media LM. TA 1º M : tasa de abandono enel primer mes de vida.
LP: Prevalencia de LM prolongadas de más de 15 meses.

Resultados sobre la participación ciudadana en este proceso de cambio:
A. De la madre y su familia en el proceso del nacimiento y hospitalización

- La presencia del padre o familiar en todas las fases del parto se ha ido implantado progresivamente en la mayoría de los partos normales.
- Participación en los cuidados del RN en maternidad, presencia de los padresdurante la visita al RN y política de puertas abiertas en neonatos.

B. Del grupo de apoyo a la lactancia materna ("Grupo de Apoyo Vínculo") en todas las fases del proyecto.

1. **Compromiso** formal del grupo Vínculo con los objetivos del proyecto y participación en todas las fases del mismo.
2. Participación, junto con los profesionales, en las actividades de **formación** en lactancia, desde octubre de 2002. Nos ha permitido un espacio para el entendimiento y abordar aspectos prácticos sobre manejo y consejería de LM.
3. Participación en actividades de **promoción**:
   - Realización de material de divulgación, como el folleto "Lactancia materna: información básica", que se entregó durante la celebración de unas jornadas de voluntariado en Yecla (21-diciembre-2003), en las que el grupo de madres estuvo presente con una mesa, y que fue cubierto a través de un canal de televisión local, donde se dio a conocer las actividades del grupo.
   - Realización de campañas informativas desde junio de 2004 para promocionar la LM y publicitar el grupo de apoyo a través de carteles colocados en los diferentes centros sanitarios y otroslugares de mayor afluencia de madres ó mujeres embarazadas.
   - Celebración de la Semana Mundial de la LM(oct 2004) con gran afluencia de público y fiesta para los niños.
   - Primer encuentro de grupos de apoyo a la lactancia materna de la región de Murcia en Yecla (nov 2004), coincidiendo con la entrega del Galardón Hospital Amigo de los Niños al Hospital Virgen del Castillo. Se presento por primera vez el proyectoHQTQ y todos los grupos de la región presentaron sus experiencias.
   - Participación en diversas ruedas de prensa para presentar el proyecto HQTQ.
   - Colaboración en diversos programas de televisión como el reportaje sobre la IHAN realizado por el canal 2 de TV Murciana yemitido en varias ocasiones por el canal 2 de TVE. Se entrevisto a y filmó diferentes madresamamantando a sus bebés y a las representantes del grupo Vínculo, o la Participación en la Televisión local y en el programa de la UNED"La aventura del saber" sobre Lactancia Materna.
   - Preparación del primer concurso fotográfico de LM en el que colaboran los Ayuntamiento de Yecla y Jumilla y diferentes empresas locales.
4. Participación en **actividades educativas**
   - Madres lactantes participan en los cursos de educación maternal, lo que ha significado un importante cambio en la metodología educativa, acercando a las futuras mamás la posibilidadde compartir sus dudas, temores y experiencias en un espacio de formación entre iguales, al tiempo que observan las diferentes técnicas de lactancia.
   - Lactancia materna en las escuelas: Talleres escolares, en colaboración con el Centro de Profesores y Recursos de Yecla. Se ha comenzado con el nivel de educación infantil (de 3 a 5 años). Las madres, junto con sus bebés, realizan demostración práctica de lactancia en el aula. Los niños participaron con dibujos de una madre amamantando a su hijo, y un breve coloquio dirigido por la maestra, donde se les explicabalos beneficios de la LM.
5. **Apoyo directo madre-madre** como una pieza clave para el éxito de muchas lactancias. A través del teléfono y en reuniones quincenales en las que madres comparten su experiencia y sus problemas.
6. Participación en **actividades científicas**:
   - Comunicación "Enfermera vs madre lactante"presentada en el IV Congreso Regional de Calidad Asistencial, (marzo 2003, Murcia) y en forma de póster en el XXI Congreso Nacional de Calidad Asistencial (14,15,16 y 17 de octubre de 2003).
   - Póster "Hitos para desarrollar la IHAN en la comarca del Altiplano" presentada en el III Congreso Nacional de LM, (octubre 2004, Santander) premiada como mejor comunicación por la Asociación Española de Pediatría y presentada en el V Congreso Regional de Calidad Asistencial, (junio 2005, Murcia).

La participación de las madres en la *exploración de sus necesidades y expectativas*, pieza clave del diseño, nos ha permitido conocer sus problemas y sus inquietudes. Se han utilizado técnicas de grupo nominal y grupos focales con madres del grupo de apoyo a la lactancia. Esta primera aproximación nos está sirviendo para diseñar un estudio de necesidades más amplio:

- Necesidad de más apoyo del personal sanitario (se hace especial hincapié en apoyo y concienciacióndel tocólogo).
- Necesidad de información concreta y precisa. Más campañas y publicidad.
- Necesidad de un seguimiento a lo largo del proceso de lactancia.
- Reconocimiento social de la mujer lactante.
- Apoyo de los padres. Aparece como un elemento fundamental de gran influencia.
- Entorno sanitario adecuado para amamantar a sus hijos, especialmente durante la hospitalización tras el parto.

En las encuestas de *satisfacción* posthospitalización apreciamos un incremento muy significativo del nivel de información que reciben las madres en relación a la alimentación de sus hijos: el 29 % declaraba en 2001 haber recibido información sobre esta cuestión y en 2005 el 86,7 %.

En el informe de auditoria IHAN, previo a la acreditación del hospital,se refleja que: "las madres perciben un clima más favorable, una atención más personalizada y, en definitiva, se sienten más seguras con su lactancia".

III. Conclusiones

La promoción, protección y apoyo a la LM tiene que ser una prioridad de los sistemas de salud, como señala en el Plan Estratégico Europeo para la Acción.La LM es, sin duda, uno de los mejores recursos para la salud materno-infantil. La gran oportunidad de mejora e innovación sobre esta importante área de salud es evidente, así como la gran capacidad de respuesta de las madres cuando adecuamos nuestros servicios a sus necesidades y a sus expectativas.

La participación activa de la madre,su familia y de la comunidad en general, en un proceso de naturaleza tan social y humana como el proceso de atención a la mujer en esta importante etapa vital es, con seguridad, una garantía de calidad para el programa de atención integral a la mujer.

La incorporación de indicadores como la duración media de la lactancia, indicador global, las tasas de abandono en el primer mes como indicador de la calidad de los cuidados perinatales y atención en el primer mes de vida y la prevalencia de las lactancias prolongadas como indicador para medir el grado de cambio cultural, es un primer paso para evaluar y mejorar la calidad en este área de la atención sanitaria.

La IHAN y el programa HQTQ es una experiencia de calidad en línea con el Plan Estratégico 2007-2010 del Servicio Murciano de Salud en el sentido de orientar la organización hacia el usuario (madre, bebé, familia), desarrollar modelos de calidad total y hacer realidad la continuidad asistencial(atención integrada a todo el proceso de lactancia), así como fomentar la participación ciudadana en el sistema de salud como garantía de calidad de nuestros servicios.

En definitiva, un nuevo modelo de cuidados que nos está permitiendo cambiar actitudes y valores frente la lactancia, mayor acercamiento a la madre y su familia, desarrollar nuestro papel como profesionales y promotores de la salud y compartir con la sociedad el reto de desarrollar una nueva cultura de lactancia materna que permita compatibilizar crianza natural y desarrollo profesional de la madre.

Por último, destacar que estos resultados de participación ciudadana no hubiesen sido posible sin la colaboración de la mayoría de los profesionales y autoridades sanitarias de nuestro entorno que nos ha permitido desarrollar un clima de trabajo, tras superar las inevitables resistencias al cambio, másdesjerarquizado y participativo, donde todos los estamentos han encontrado su papel en la promoción, protección y apoyo a la LM en nuestra área de salud.

IV. Bibliografía

- OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985;2;436-437
- Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
- OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna. Florencia: OMS/UNICEF; 1990. fue producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre "Lactancia Materna en los 90"
- Gómez García C. Tesis Doctoral: una propuesta de intervención educativa.
- Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, Informe técnico sobre la LM en España.. An Esp Pediatría 1999; 50:333-340.
- Wordd Health Organization, Global Data Bank on Breastfeeding. http://www.who.int/nut/db_bfd.htm.
- Temboury Molina C. Conocimientos de los Residentes de Pediatría en el manejo de la LM. An Esp Pediatría 2003; 58: 263-267.

- Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998.
- Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 abril/2002.
- Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P Nº 5. 2003.
- Servicio de Pediatría Hospital Dr. Peset con la colaboración Pediatría Atención Primaria Área 09 de Valencia. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la LM desde el Embarazo hasta el segundo año (2004).
- Promoción, Protección y Apoyo a la LM en Europa. Plan Estratégico para la Acción (2004).
- Ramón Vázquez J. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Punto de partida: conocimientos de necesidades y expectativas. Ed. Dupont Pharma 1991
- Saturno Hernández PJ. Evaluación y mejora dela calidad en servicios de salud. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma Región de Murcia. 2005.
- Mas Castillo A. Manual de procedimiento para realización de grupos de discusión. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma Región de Murcia. 2003.
- Saturno Hernández PJ. EncuestaPosthospitalización del Insalud Murcia 2001
- Saturno Hernández PJ.Qué, Cómo y Cuándo Monitorizar. Marco Conceptual y Guía Metodológica. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Descripción y diseño de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Publico de Andalucía.

LAS CARTAS DE SERVICIO AL SERVICIO DE LA SANIDAD

Jaime Fontanals. *Director de Certificación de Sistemas. AENOR*

La sanidad ha sufrido un cambio radical desde los últimos años. Existe una presión incremental por parte de los pacientes/clientes en cuanto a la demanda de calidad en los servicios sanitarios: cada vez están mejor informados y además son más exigentes. Por otra parte, existe una conciencia clara de los profesionales en cuanto a la necesidad de mejorar la calidad de su trabajo y de los resultados del mismo. También hay que citar la incorporación de la mejora de la calidad como una línea estratégica de las organizaciones de este sector. Entre otras, una de las consecuencias ha sido la aparición de distintas formas de gestión alrededor del concepto de la calidad como un eje fundamental para la gestión de las organizaciones que prestan los servicios sanitarios.

- Presión incremental de los pacientes: mejor informados y más exigentes.
- Conciencia de los profesionales de la necesidad de mejorar la calidad de su trabajo.
- La incorporación de la mejora de la calidad como línea estratégica.
- Aparición de nuevas formas de Gestión

Las Cartas de Servicios al servicio de la Sanidad. AENOR

Desde un punto de vista general, se entiende la calidad como la consecución del bienestar del paciente y, por tanto, de la sociedad y como puente para mitigar o reducir el alejamiento entre el médico y el paciente. Este concepto de calidad lleva de forma directa a la necesidad de poder medir esa calidad y en función de los resultados de la medición, iniciar y garantizar la mejora continua tanto de los procesos como de estos resultados. Es decir, que el paciente se constituye como centro de toda la actividad sanitaria y como consecuencia de la movilidad y la descentralización se pone también de manifiesto la necesidad de poner en común la experiencia de las distintas organizaciones.
Pero frente a estas necesidades, se observa que basándose en los modelos de gestión más utilizados, como son el de la ISO 9001, el de la Joint Commission o el de la EFQM, se producen multitud de iniciativas de instituciones como Colegios, Asociaciones, Fundaciones, Comunidades Autónomas, etc., que han dado lugar a una gran proliferación de modelos de gestión de calidad distintos.

- Iniciativas de colegios, asociaciones, comunidades autónomas y fundaciones.
- Modelos de gestión de calidad atomizados basados en los ya existentes.
- Modelos más utilizados: ISO 9001 Commission, EFQM y combinaciones de ellos.

Las Cartas de Servicios al servicio de la Sanidad. AENOR

Es cierto que la mayoría, sino todos los modelos de sistemas de gestión propuestos, tienen un factor común que es la orientación a los procesos como el mejor método para garantizar la consecución de los resultados. Aún así, la orientación a la gestión por procesos en sí misma no es suficiente; teniendo en cuenta lo dicho anteriormente sobre el protagonismo del paciente/cliente en los servicios sanitarios, los procesos han de estar relacionados entre sí y además orientados al cliente. Considerando estos dos aspectos fundamentales, parece muy conveniente utilizar como base de partida el modelo propuesto por la norma ISO 9001, es decir, redefinir los procesos orientándolos al paciente/cliente externo y al cliente interno tomando como referencia los requisitos y directrices de las normas ISO 9000.
Un eje estratégico de cualquier política sanitaria debe ser satisfacer de forma efectiva las necesidades de salud de la población. Para conseguirlo es necesario definir los objetivos a alcanzar, los recursos a emplear, los procesos a realizar y los resultados a conseguir, disponiendo de los instrumentos necesarios para poder realizar esta medición. Mientras que un sistema de gestión basado en el modelo de la norma ISO 9001:2000 satisface algunos de los factores que se han enunciado, no resulta tan idóneo para realizar la medición de los resultados obtenidos. Las Cartas de Servicios constituyen una herramienta muy eficaz para desplegar los objetivos, para medir los resultados que se consiguen y para evidenciar el compromiso de la organización sanitaria con los clientes/pacientes.

Un sistema de gestión de la calidad desarrollado e implantado según el modelo ISO 9001 que incluya las cartas de servicio
- Se basa en la gestión por procesos orientándolos a la satisfacción del paciente/cliente.
- Evidencia el compromiso con el cliente y mide la validez de los resultados.
- Facilita la mejora.

Las Cartas de Servicios al servicio de la Sanidad. AENOR

Se trata de un método para hacer efectiva la calidad, orientado más que al proceso de trabajo y sus requerimientos, al resultado concreto y tangible que se espera del mismo para el usuario.
Las ventajas que aporta este sistema para la organización son las siguientes:
- Hacer accesible a todos los niveles y de manera sencilla la cultura de la calidad ya sea por la vía de la formación o por la comunicación.
- Es muy flexible. Permite la implicación de los servicios concretos y de manera gradual. Según se avanza en la cultura de la calidad se pueden ir incluyendo nuevos servicios.
- Dinamiza el contacto con el paciente/cliente pero exige un conocimiento permanente de las necesidades y expectativas de los pacientes/clientes.
- Compromete a la organización al cumplimiento de unos objetivos, concretos,definidos y enfocados a la mejora del servicio.

Con su componente de comunicación, a través de las Cartas de Servicios las organizaciones informan a los pacientes/clientes sobre los servicios que gestionan y de los compromisos de calidad que se han marcado en su prestación.

AENOR ha elaborado una propuesta metodológica para elaborar Cartas de Servicio. Los pasos a seguir son los siguientes;

Cartas de Servicios: Desarrollo y Seguimiento. Metodología propuesta

- Constitución de un equipo de trabajo, multidisciplinar siempre que sea posible.
- Definición de datos generales y legales del servicio.
- Detección de las expectativas de los pacientes/clientes e identificación de factores clave de calidad (con respecto a los ámbitos de actuación establecidos)
- Identificación procesos internos y diagnóstico de nivel de prestación y selección de indicadores de calidad.
- Establecimiento de compromisos de calidad para cada servicio del ámbito que recoja la Carta de Servicios.
- Redacción de la Carta de Servicios, utilizando un lenguaje comprensible, evitando declaraciones genéricas o ambiguas y cuantificando los compromisos establecidos.
- Seguimiento y control periódicos del cumplimietno de los compromisos de calidad y de la calidad esperada/producida del servicio.

Las Cartas de Servicios al servicio de la Sanidad. AENOR

En el establecimiento de los compromisos de calidad, éstos se deben incluir en los siguientes ámbitos de actuación;

- Servicio: características propias de los servicios que se prestan, en cuanto a descripción y alcance de los mismos, accesibilidad, personalización, fiabilidad y confidencialidad.
- Información ofrecida y capacidad de respuesta: provisión sistemática de información sobre los servicios, rapidez, puntualidad, oportunidad...
- Tiempo y plazos: aspectos relativos a la duración de los trámites y a las esperas.
- Atención al paciente/cliente: elementos del servicio introducidos para asegurar la mejor adecuación posible entre el servicio de referencia y los requisitos de cada paciente/cliente.
- Instalaciones y equipamiento; características de las instalaciones destinadas a la prestación de los servicios.

De este modo los compromisos de calidad con el paciente/cliente no se limitan exclusivamente a una reducción de los plazos de atención. Las organizaciones sanitarias pueden, en función de las expectativas de los pacientes/clientes, realizar mejoras en la prestación de su servicio y por ende incluir compromisos de calidad en otros ámbitos de actuación.
Los compromisos de calidad deben definirse de manera clara, cuantificable y en aspectos relevantes para el paciente/cliente.

Establecimiento de Compromisos de calidad

Cuadro de mando para el Servicio de Atención al Ciudadano			
Factor clave	Compromiso	Indicador	Proyecto de Mejora/Acción correctiva
Atención al usuario: resolución de reclamaciones	Resolución instantánea del 70% de las reclamaciones presentadas y tramitadas	% de reclamaciones presentadas y tramitadas resueltas inmediatamente	Sólo en caso necesario

La definición de los compromisos de Calidad pasa por la definición previa de factores clave de calidad para cuya definición el peticionario debe elegir una serie de ámbitos de actuación.

Las Cartas de Servicios al servicio de la Sanidad AENOR

El sistema de gestión de la calidad del servicio debe incluir procedimientos de auto evaluación, reclamaciones, satisfacción de pacientes/clientes, comunicación y de control de los procesos asociados a los compromisos de calidad.
AENOR certifica las cartas de servicios y durante el proceso de certificación comprueba el cumplimiento de los compromisos asumidos por la organización y verifica la gestión de la Carta de Servicios y del control de procesos asociados. El proceso de certificación incluye tanto la auditoria documental de la Carta de Servicios y su control como el seguimiento y la verificación in situ de la prestación del servicio mediante la realización de inspecciones de cliente misterioso.

Certificación de Conformidad. Gestión de la Calidad del Servicio

El sistema de gestión de la calidad del servicio deberá incluir

HERRAMIENTAS PARA MEDIR LA CALIDAD
- Medición directa de la prestación.
- Control del cliente misterioso.
- Encuestas de calidad de servicio a pacientes/clientes.

Las Cartas de Servicios al servicio de la Sanidad AENOR

Los pacientes/clientes tienen derecho tanto a conocer los servicios a los que tienen derecho como a recibirlos con una calidad mínima exigible y las Cartas de Servicios son una herramienta especialmente útil para enfocar la gestión de los servicios a lo que es realmente esperado por los pacientes/clientesy para ir implantando de manera gradual la cultura de la calidad y del compromiso en las organizaciones sanitarias.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: ¿SE ESTÁN CUMPLIENDO LAS EXPECTATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Fernando A. Alonso López. *Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información de semFYC. CS. Dobra. Torrelavega-Cantabria*

En los Congresos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial celebrados en 1994 y 1995 (XII y XIII) presentamos sendas ponencias tituladas "Sistemas de Evaluación para la Estrategia de Mejora Continua en la A.P. de la Comunidad Autónoma Vasca" y "Evaluación de la Estrategia de Mejora Continua en A.P. de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud", respectivamente. Recordando sucintamente dichas ponencias, se trataba del primer intento documentado en nuestro país de diseñar una Estrategia de Mejora para A.P. en base a indicadores obtenidos y evaluados a través de un sistema informático si bien, en aquellos momentos, off-line.
Por aquellas fechas, habían además comenzado los primeros pasos para la implantación de un Sistema de Historia Clínica Informatizada en la AP del servicio vasco de salud-Osakidetza, y nuestra esperanza era unir paulatinamente los dos instrumentos informativos y profundizar en la estrategia de informatización, de forma que pudiese conseguirse la creación de una verdadera Historia de Salud Electrónica, en aquellos momentos apenas esbozada, en la que los indicadores epidemiológicos, de gestión, de seguimiento, evaluación y mejora de procesos se obtuviesen de forma prácticamente automatizada.
Más de 10 años han transcurrido y, en todo el país, se han invertido cientos de millones de euros en desarrollos de Historia de Salud Electrónica aplicados, en este caso, al entorno de la Atención Primaria. Con esa inversión y ese plazo, entendemos como profesionales, que deberíamos estar felicitándonos porque o bien disponemos ya de indicadores que muestran el intervalo existente entre los resultados esperados y los obtenidos en un entorno sanitario de calidad o bien, en su defecto, disponemos de montañas de indicadores que muestran la eficiencia del proceso y las necesarias acciones de mejora.
Sin embargo es constatable que esto no es así. De forma pública -cuando se publican- a lo mas que hemos llegado es a manifestaciones autocomplacientes de responsables políticos que nos informan, una vez mas, de datos estructurales, como las decenas de millones de euros que se van a invertir, o del número de puestos informatizados que pretenden o han cubierto con la instalación de máquinas y software diverso.
De otra parte, en los últimos meses (también años) son frecuentes las apariciones en prensa, en webs especializadas o blogs personales, de denuncias sobre problemas variados sufridos por usuarios o profesionales en el uso de los programas de Historia de Salud Electrónica y que van desde la "simple caída" de sistemas dejando durante horas/días a miles/millones de personas sin cita, hasta la pérdida de datos en la información almacenada en los historiales.

Desde hace años, el Grupo de Trabajo de Sistemas de Información de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria ha venido emitiendo, en diferentes reuniones e informes, recomendaciones que, desde el punto de vista profesional pueden llevar a superar este despropósito. De una parte, la atomización del software clínico de gestión de HSE consideramos que no es deseable. Es curioso como, por poner un ejemplo, en el National Health Service británico solo tres programas de software gestionan mas del 95% de las consultas instaladas mientras, en nuestro país, cada Comunidad Autónoma ha descubierto su capacidad para desarrollar un software "específico" para sus peculiaridades que, según sus responsables siempre será maravilloso, en algunos casos pionero en el mundo, y resolverá todos los problemas. Y esta afirmación se produce inexorablemente antes de existir físicamente, antes de ser pilotado exhaustivamente y antes que los profesionales hayan determinado si se adapta a sus necesidades y el tiempo haya demostrado la prueba de sus afirmaciones.

Es curioso como al leer las plicas de los concursos públicos convocados, unas se parecen como gotas de agua a otras y en mas de un caso, el proveedor de los servicios contratados es el mismo (o se encuentra involucrado en el conglomerado empresarial) y se cobra por el diseño "novedoso" para cada una de las Comunidades. Y es curioso constatar también como el propio diseño de los concursos se plantea como una provisión de software, hardware y comunicaciones (supuestamente diseños integrales), lo que en la práctica, reduce el número de posibles licitantes al apoyo, explícito o subrogado, de una multinacional que pueda afrontar la provisión.

Y dentro de todo ello lo que en realidad se echa en falta, salvo muy honrosas y contadas excepciones, es tanto la ausencia de una participación real a priorística del profesional que va utilizar/padecer los sistemas como una indefinición inicial del modelo de datos final y de las necesidades científico-técnicas que precisa el propio sistema.

Para no limitarnos exclusivamente a los inputs con los que cuenta la propia Sociedad de Medicina Familiar, y de cara a este Congreso, decidimos realizar una encuesta dirigida a colectivos cuya participación en el uso y desarrollo informático de nuestro país es patente. Por esta razón difundimos la misma entre las listas de distribución registradas en REDIRIS de MEDFAM y AP-INFO, que en conjunto suman unas 500 personas diferentes registradas de las que aproximadamente 450 son de nuestro país, durante la segunda quincena de Junio y primera de Julio del presente año.

Si bien se analizarán en profundidad durante la disertación del Congreso, su análisis preliminar nos muestra que se respondieron 145 encuestas completas. En relación con el modelo de datos en que se sustenta la HSE, solo en el 47% de los casos es obligatoria la utilización del episodio de atención y un porcentaje similar –49%- utiliza clasificaciones de atención primaria para su codificación. La localización física de los datos almacenados mostraba como en el 67% de los casos el software utilizaba bases centralizadas y en el 33% bases distribuidas (localizadas físicamente en el CS o remotas pero exclusivas del CS).

En el apartado administrativo nos interesamos por un elemento sustancial para la gestión de la consulta: la agenda clínica. El 62% de los encuestados manifestaban no poder adaptar la misma a su tipo de práctica e incluso esta se generaba sin intervención del Centro en un 14% de los casos por técnicos informáticos. Los modelos de agenda solo permitían patrones semanales diferentes en el 28% de los casos y, además, en el 46% de los casos las citas eran exclusivamente homogéneas, no permitiendo adaptar estas a las necesidades/objetivos de la consulta del paciente.

En los apartados de análisis de la información e investigación, el 97% de los encuestados no pueden responder a preguntas tales como: ¿cuántos pacientes toman un medicamento X y sus resultados promedios de un valor son YY?, siendo imposible además, aunque los identifiquen a través de otros métodos, crear un recordatorio de citas para esos pacientes al 92% de los respondentes. No pueden crear una base de datos anonimizada en respuesta a una hipótesis para investigación ni llevársela para estudio en el 95% de los casos.

La HSE no se utiliza para nada en los contratos de gestión en el 40% de los casos y, además, cuando se utiliza, solo lo hace sobre el 100% de la información en el 14% de los casos, manifestando los profesionales que la medición por efectividad de la actividad no se realiza en el 74%. Manifiestan la imposibilidad de crear un cuadro de mandos de gestión clínica en el 92% de los casos, y el apoyo del sistema informático de HSE en la toma de decisiones clínicas no existe en el 96% de los casos. En relación a la participación del paciente, el 98% manifiestan que este no puede participar de ningún modo en la gestión de sus registros, y en cuanto a la valoración de la confidencialidad el 23% de los encuestados opinan que ha mejorado con relación a la situación anterior (historia en papel), el 24% manifiestan que ésta no se ha modificado y el 53% opinan que la HSE ha empeorado la confidencialidad.

A la pregunta final de si la HSE cumple las expectativas de sus usuarios, contestan un 3% que mucho, un 15% en buena parte, un 26% aceptablemente, no demasiado el 24%, realmente poco el 21% y nada el 11%. No vamos a entrar en la valoración programa a programa pues, entre otras cosas, el número de respuestas para alguno de ellos no nos permiten una estimación válida, pero tomando todos en conjunto por tipos de diseño, podemos afirmar que aquellos usuarios cuyas expectativas no se cumplieron demasiado, realmente poco o nada, utilizaban de forma mayoritaria sistemas centralizados, codificaciones diferentes a la CIAP, las agendas eran estándar, no podían responder a preguntas de investigación o seguimiento clínico, ni utilizar el sistema como apoyo a la toma de decisiones; mientras aquellos que vieron cumplidas sus expectativas mucho, en buena parte o aceptablemente poseían mayotitariamente desarrollos distribuidos, soportaban episodios de atención, utilizaban CIAP como clasificación, sus agendas eran configurables y permitían la interrogación de bases de datos para propósitos de investigación y recordatorios automatizados para pacientes.

Como conclusiones, la adopción de Sistemas Informáticos y Tecnologías de la Información en A.P., con haber supuesto una milmillonaria inversión a la que no estamos acostumbrados -lo cual además genera preocupación porque su implantación fallida puede dejar estancado el sector durante décadas-, muestra un balance negativo entre esa inversión y la patente falta de indicadores de proceso o resultados. Los profesionales sienten, en gran medida, sus expectativas incumplidas, y los desarrollos ignoran sistemáticamente a los pacientes que son meros sujetos pasivos del proceso de informatización.

Profundizar en la participación del paciente en los sistemas, facilitar al profesional herramientas que le permitan flexibilizar su gestión, como agendas abiertas y sistemas de interrogación de bases de datos que le permitan la investigación clínica, lo cual implica autonomía en la decisión de los sistemas a adoptar, descentralización de bases de datos e implicación de estos en los diseños y el modelo de datos, son parte de las opciones que unos gestores sensibles a las necesidades de pacientes y profesionales deberían haberse ya planteado.

DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LOS RESULTADOS EN SALUD: PAPEL DE LA INFORMÁTICA

Antoni Collado i Cucò. *Adjunto a la Gerencia de Planificación Estratégica. Grup SAGESSA.*

En las últimas décadas, y especialmente a partir de finales de los 90, se ha apostado en el ámbito médico por la mal llamada "Medicina Basada en la Evidencia". La base real de esta "medicina" es la constatación, mediante estudios científicos metodológicamente correctos, de la eficacia, efectividad y, ocasionalmente, eficiencia de las intervenciones que los profesionales realizamos sobre nuestros clientes para prevenir, diagnosticar, curar o paliar sus enfermedades. Los resultados de dichos estudios son publicados en revistas científicas o comunicados en foros como el presente para su difusión, si bien dada la gran variedad de publicaciones y reuniones científicas existente, su diversidad de formatos, idiomas y ubicación geográfica y su amplio abanico temático, sólo una pequeña parte llega a un reducido número de profesionales. El problema se agrava cuando consideramos que, en nuestro país, aún hoy en día, la fuente de información médica más potente –y persuasiva- corresponde a la industria farmacéutica.

Aparentemente,los actuales sistemas de información deberían facilitar la accesibilidad a los avances en el conocimiento científico a todos los profesionales, pero esta situación dista mucho de ser la actual, bien por falta de medios tecnológicos, bien por falta de tiempo o por carencias en los conocimientos y habilidades necesarios para su correcta explotación. Este fenómeno comporta un importante desfase entre los avances científicos y su repercusión real sobre la población.

Para paliar este problema se ha extendido en los últimos años el uso (¿uso?) de Guías de Práctica Clínica que, en teoría, son un compendio

de recomendaciones basadas en las pruebas que se concluyen de los estudios científicos. De esta manera se pretende poner al alcance de todos los profesionales el fruto de las investigaciones más recientes con una lectura ya elaborada por personas expertas en este campo. Dichas guías son, por consiguiente, una colección, ordenada y evaluada, de estudios científicos que han "demostrado" algo en una materia concreta. Su aplicación, por lo tanto, debería dar como resultado las mismas mejoras que proclamas los estudios en los cuales están basadas. Esta última afirmación, si embargo, está todavía por demostrar y la razón de esta laguna hay que ir a buscarla, probablemente, a diversas causas:

- Por un lado, la dificultad para la implementación de las guías entre un colectivo profesional que las asocia a los clásicos "protocolos" de consenso, y que, en muchos casos, ni siquiera llega a conocerlas (incluso, puede ignorar su existencia!!)
- Por otro lado, la tradicional desconfianza de los profesionales de la salud a todo aquello que llega "de arriba" y que acaba convirtiendo la eficiencia en un problema puramente economicista.
- Finalmente, el escaso seguimiento del uso de las guías y de su aplicación que impide la obtención de indicadores fiables sobre su efectividad.

El objetivo de esta ponencia es presentar nuestra experiencia de integración, a través de Guías de Práctica Clínica y un soporte informático adecuado, de la evidencia científica a la práctica clínica.

El Grup SAGESSA inició el año 1996 una estrategia de elaboración de Guías de Práctica Clínica que abarcan problemas de salud crónicos y agudos que representanlas 21 patologías más prevalentes y que suponen el 75% de la patología atendida en atención primaria Estas Guías eran elaboradas por grupos de expertos seleccionados entre los diferentes centros del grupo, con representación de los diferentes niveles asistenciales involucrados en algún aspecto del diagnóstico, prevención, seguimiento o tratamiento de la patología abordada. En base a un documento inicial basado en las Guías ya existentes, se elaboraba uno nuevo de consenso adaptado a las necesidades y particularidades de nuestros centros.

Desde el primer momento se desechó la opción derepartir copias impresas entre los profesionales como forma de dar a conocer la Guía. En todos los casos se seguía el mismo procedimiento:

1. Publicación en la Intranet corporativa
2. Presentación a los líderes de los centros
3. Presentación a los profesionales.

A partir de éste punto, sin embargo, el problema vuelve a ser el mismo: la guía queda almacenada en un "cajón" informático al cual se accede tras unos cuantos "clicks" con el ratón y unos segundos -¡eternidades!- de espera. Y de todos es conocido que la probabilidad de que un profesional sanitario estándar consulte una página web mientras realiza su actividad asistencial es inversamente proporcional al número de "clicks" que deba realizar.

Nuestra pretensión no era, ni mucho menos, que las guías fueran sistemáticamente consultadas en cada acto, sino que ofrecieran al profesional la posibilidad de consulta rápida y lo "guiaran" (sin obligarlo) de forma fácil en el seguimiento de sus recomendaciones.

De entre todos los niveles asistenciales gestionados por el Grup SAGESSA, la Atención Primaria ofrecía una oportunidad única: un alto nivel de informatización de los centros y un colectivo profesional "predispuesto" a aceptar cambios en su comportamiento en la consulta. Efectivamente, la Historia Clínica de atención primaria se halla informatizada en todos los centros mediante el aplicativo OMI-AP, programa que ofrece un amplio surtido de posibilidades de "personificación". Entre sus diferentes herramientas merece la pena destacar la posibilidad de elaborar plantillas de recogida de datos y "programar", de forma personificada (en base a datos demográficos y de patología) ,diferentes actividades. Estas utilidades fueron aprovechadas para elaborar plantillas que, simplificando la tarea del profesional (expresiones predeterminadas, secuencias de acciones, recordatorios de datos y fechas...) permiten recoger la información clave para el diagnóstico de las patologías y registrar, sin apenas escritura por parte del profesional, las actividades realizadas. Estas mismas plantilla sirven también, en muchos casos, para introducir información útil para el profesional en forma de ayudas. Su diseño se realizó de forma centralizada y fue posteriormente validado por los profesionales "expertos" que habían participado en la elaboración de la guía en representación de la atención primaria. De esta manera se pretende conseguir la máxima implicación posible de los profesionales que son, al mismo tiempo, autores y usuarios de las guías.

Cada vez que una Guía era "transformada" en plantillas informatizadas, éstas eran instaladas en la Historia Clínica de todos los centros y presentadas al conjunto de los profesionales mediante sesión conjunta de todo el equipo.

Dichas plantillas, si embargo, no son "de obligado cumplimiento" ni un paso necesario para poder solicitar pruebas o prescribir: se trata de una "ayuda" al profesional y no de una imposición. Consecuencia: su uso es heterogéneo e incompleto, por lo que sus recomendaciones no son siempre tenidas en cuenta. Parece, pues, que no habíamos resuelto el eterno problema de guías y protocolos.

Pero la informatización de las guías ofrecía una ventaja clara sobre su edición en papel: podemos monitorizar su uso. La existencia de un mismo modelo y el trabajo en red corporativa facilitan enormemente la obtención de resultados individuales de forma centralizada así como su posterior agregación. Efectivamente, desde el inicio de su implantación se procedió a cuantificar las entradas en las diferentes plantillas de las guías informatizadas observando una clara diferencia en la utilización de las guías de procesos crónicos respecto a las de procesos agudos. Mediante consultas con los profesionales, y con un importante nivel de consenso, se identificó el problema en el propio sistema informático: la estructura de la historia clínica "obliga" a la existencia de un diagnóstico sobre el que aplicar la plantilla, pero en los procesos agudos el proceso de recogida de datos y actividades diagnósticas es previo al diagnóstico. Dicho de otra manera: para usar las plantillas que nos ayudan al diagnóstico debíamos haber realizado ya dicho diagnóstico. Este problema se sumaba a los anteriormente mencionadosy se complementaba con los problemas de "velocidad" del sistema informático: ventajas y desventajas del trabajo en red.

A pesar de ello, y convencidos de la utilidad de las plantillas, se propuso una experiencia de motivación de su uso en una patología determinada: la otitis media aguda. Para ello se eligió un profesional "responsable" de la Guía en un centro determinado el cual tenia como misión el recordatorio y refuerzo permanente de la utilidad de la guía y sus recomendaciones. El resultado, al cabo de un año, fue un mayor uso pero también un mayor cumplimento de las recomendaciones terapéuticas (un aumento de >40% en la prescripción del fármaco de primera elección, con el consiguiente ahorro en los gastos de farmacia; ver gráfico1) y una mayor justificación de las derivaciones al nivel especializado, todo ello sin aumento de las recurrencias (gráfico 2) ni de las complicaciones.

Si bien la guía había demostrado su utilidad en un proceso agudo, lo había hecho a expensas de una dedicación suplementaria y focalizada en una patología concreta que no podía mantenerse en el tiempo ni extenderse a la totalidad de las patologías. El paso siguiente fue comprobar hasta qué punto permanecían las "buenas costumbres" instaladas entre nuestros profesionales, para lo cual se realizó una comparación entre el centro anterior y otro centro que partía de las mismas cifras y en el cual no se realizó ninguna acción específica para la "promoción" de la Guía. Los resultados no dejaban lugar a dudas: las mejoras obtenidas en el primer centro después del primer año no se observaban en el centro "control", pero desaparecían un año después de dejar de aplicar las medidas comentadas, volviendo a igualarse con el segundo centro, con lo que, al cabo de dos años, las diferentes estrategias de implantación habían dado el mismo resultado (gráficos 3 y 4).

Esta situación nos plantea una nueva duda: ¿los esfuerzos que pedimos a nuestros profesionales para usar las herramientas informáticas, tienen una utilidad real en la mejora de sus resultados?

Desde el año 2004 venimos realizando comparaciones entre los profesionales que utilizan con frecuencia las plantillas y aquellos que no lo hacen y observando sus resultados en forma de indicadores de proceso y de resultado. Los resultados vuelven a poner de manifiesto la utilidad de la herramienta cuando se usa. Así, se observan diferencias entre un 20% y un 30% en el registro de actividades diagnósticas en los profesionales que usan las plantillas con frecuencia, pero, lo que es más importante, sus pacientes presentan cifras de control de su patología mejores que los tratados por profesionales poco amantes de las guías (Tabla 1).

Esta experiencia, además, nos volvía a confirmar el poco uso que se hacia de las plantillas de procesos agudos, si bien, en aquellos casos en que se usaba, mejoraba notoriamente el registro de datos diagnósticos.

A partir de estos resultados la gerencia adoptó, como estímulo, la incentivación económica a la utilización de esta herramienta mediante su inclusión en la parte variable de las retribuciones anuales. Los resultados, al cabo de un año (Tabla 2), mostraron sobretodo un espectacular aumento en el número de enfermos diagnosticados y un incremento claro en el uso de las plantillas, aunque no se vio acompañado de unamejora equivalente de los indicadores de proceso ni de resultado. Incluso se iniciaba una cierta contradicción: aumenta el uso de las Guías, empeoran o se mantienen los indicadores de proceso, mejoran o se mantienen algunos indicadores de resultados pero mejora considerablemente el porcentaje de enfermos crónicos en situación de control, que pasan de ser un 31% a un 64%.

Conscientes de que dicha mejora puede obedecer a otras causas y coincidir en el tiempo con el incremento en el uso de las plantillas informáticas, hemos iniciado un estudio a más largo plazo para conocer el efecto real del uso continuado de las Guías sobre los enfermos con patologías crónicas.

Unos primeros resultados realizados en un colectivo de hipertensos ponen de manifiesto una clara relación del uso de las guías con el cumplimiento terapéutico y sugiere una mejora del nivel de control y una menor frecuencia en la aparición de complicaciones (Tabla3). Si bien estos últimos resultados hay que tomarlos con la cautela que su provisionalidad aconseja, no son discordantes con los observados previamente. Efectivamente, hemos monitorizado los ingresos por patología evitable (en forma de ACSCs) en los últimos años y nuestros centros presentan una tasa de ingresos significativamente inferior a los de la Región Sanitaria a la que pertenecen por patologías como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiacao el accidente vascular cerebral (Tabla 4), todas ellas patologías que pueden presentarse como complicación de una hipertensión no controlada.

En resumen, con los datos presentados, pensamos que la aplicación de la tecnología mediante la informatización de los protocolos en forma de plantillas favorece la aplicación del conocimiento médico basado en pruebas y mejora los resultados de salud de nuestras intervenciones. Pero para que ello sea posible es imprescindible la aceptación de los profesionales del uso de las tecnologías, y dicha aceptación ha de ser promovida y/o incentivada para vencer la inercia inicial al cambio.

Por otra parte, parece evidente la utilidad de la informatización en la obtención de indicadores que nos permiten monitorizar nuestras actividades y sus resultados, asegurando así la evaluación continuada de nuestro trabajo y la posibilidad de investigar las causas de nuestros fracasos y sus posibles soluciones. Todo ello, obviamente, con la debida inversión en infraestructuras (hardware, redes,...), formación, mantenimiento y actualización del software y personal especializado en la obtención e interpretación de indicadores.

ANEXO: gráficos y tablas

Gráfico 1. Mejora de la prescripción tras un año de intervención mediante recordatorios y seguimiento de las recomendaciones de la Guía de la Otitis Media Aguda.

Gráfico 2. Comparación en porcentajes de la aparición de recurrencias antes y después del cambio de prescripción.

Gráfico 3. comparación de resultados con 2 estrategias de aplicación de la Guía de Otitis Media Aguda: mejora de la prescripción tras 1 año de aplicación.

Gráfico 4: comparación de resultados con 2 estrategias de aplicación de la Guía de Otitis Media Aguda: evolución de la prescripción tras 1 año de no aplicación.

Tabla 1: Comparación de resultados en patología crónica entre los profesionales que usan de forma frecuente o escasa las guías de práctica clínica.

	Uso escaso	Uso frecuente	Total
PACIENTES	40,60%	59,40%	8849
PROCEDIMIENTOS*	32,04%	47,94%	39,99%
MEJORA VALORES**			5,85%
CONTROLADOS***	25,23%	37,20%	31,22%
CON RCV CALCULADO	21,17%	83,28%	52,23%

* Hace referencia al uso de las técnicas diagnósticas recomendadas en la Guía
** Hace referencia a los valores indicativos del control de la patología (LDL, HbA1C,.....)
*** Hace referencia al porcentaje de enfermos en situación de control según definición del CatSalut.

Tabla 2: Comparación de resultados en patología crónica entre los profesionales que usan de forma frecuente o escasa las guías de práctica clínica antes y después de la incentivación de su uso.

	Sin incentivación			Con incentivación		
	Uso escaso	Uso frecuente	Total	Uso escaso	Uso frecuente	Total
Pacientes	40,60%	59,40%	8849	38,31%	61,69%	14606
Procedimientos*	32,04%	47,94%	39,99%	34,15%	57,25%	45,70%
Mejora valores**			5,85%			3,42%
Controlados***	25,23%	37,20%	31,22%	62,09%	66,88%	64,48%
Con RCV calculado	21,17%	83,28%	52,23%	28,35%	46,54%	37,45%

* Hace referencia al uso de las técnicas diagnósticas recomendadas en la Guía
** Hace referencia a los valores indicativos del control de la patología (LDL, HbA1C,.....)
*** Hace referencia al porcentaje de enfermos en situación de control según definición del CatSalut.

Tabla 3: Relación entre uso de la Guía y control de la HTA (estudio de cohortes retrospectivas).

Ítem	RR	IQ 95%
Cumplimiento terapéutico	1,35	1,21-1,52
Cumplimiento dieta	1,37	1,02-1,86
Control TA	1,19	1,11-1,27
Incidencia IAM	1,03	1,01-1,06
Incidencia AVC	1,04	1,01-1,07
Mortalidad CV	1,03	1,01-1,05
Mortalidad Total	1,13	1,07-1,18

Tabla 4: Comparación de ingresos evitables (por ACSCs) entre nuestros centros y el global de la Región Sanitaria.

	Cardiopatia isquémica		AVC		Insuficiencia cardiaca	
	Tasa	signif.ª	Tasa	signif.ª	Tasa	signif.ª
Total ABS SAGESSA	28,8	*	3,45	**	8,9	***
Región Tarragona	34,9		7,38		17,3	

a: significación respecto al conjunto de la Región de Tarragona:
*p<0,05 // **p<0,01 // ***p<0,001

COMUNICANDO CON LOS CIUDADANOS, UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR SU PERCEPCIÓN

Elisa Borrego García. *Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Comunidad de Madrid.*

La información que reciben los pacientes, tanto sobre su proceso patológico, como sobre las medidas que deben seguir cuando son dados de alta para preservar y mejorar su estado de salud es uno de los factores que más influyen enla calidad percibida,según queda reflejado en distintos estudios realizados a nivel nacional e internacional.
Afecta también, y de forma directa, a la mejora de la calidad, pues si un paciente sabe qué le ocurre, podrá participar activamente en su curación, evitar los factores de riesgo y tomar las pertinentes medidas para prevenir la reaparición del cuadro patológico, siendo este hecho, es constatable desde el análisis de distintos aspectos del proceso dela asistencia sanitaria.
Por tanto, la información que recibe el paciente se convierte en uno de los atributos fundamentales dentro de la comunicación médico-enfermo, aunque no debemos asumir que el papel de la comunicación debe ser exclusivamente del médico o del enfermero, esa responsabilidad no puede centrarse únicamente en los profesionales sanitarios, sino que las distintas administraciones sanitarias deben tomar parte activa en la misma, articulando herramientas que ayuden a mejorar esta comunicación con los usuarios y adoptándolas como líneas estratégicas para mejorar su percepción.
Además, uno de los problemas que con frecuencia nos podemos encontrar en la práctica médica, visto tanto cómo usuario como profesional sanitario, son las variaciones que se observan en la información y en la comunicación con los pacientes.
Todos tenemos la experiencia de ver como la información que se suministra sobre una determinada patología puede ser distinta según el profesional o el centro donde se le da, e incluso variar el procedimiento y la forma de suministrarla. Esto supone que los pacientes puedan recibir informaciones contradictorias, distorsionadas o incluso no llegar a recibir ningún tipo de información sobre su proceso mórbido.
De ahí la necesidad de trabajar en mejorar la comunicación y la información que recibe el usuario y que sin duda, al final, redunda en una mejora de la calidad asistencial y de la percepción que tienen sobre el servicio que reciben.
En este sentido, la normalización de las recomendaciones para pacientes sobre determinadas patologías realizadas en un lenguaje próximo al usuario y abarcando tanto el contenido como el procedimiento de administración de las mismas, deberíaser una prioridad de todos los sistemas sanitarios.
La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid en la líneade mejora dela calidad sanitaria madrileña, viene trabajando en la realización de guías de recomendaciones para pacientes sobre los procesos patológicos más frecuentes o con mayor impacto en la sociedad. Esta línea de acción busca dos objetivos claros: continuar mejorando la calidad asistencial e incrementar la calidad percibida por los usuarios de nuestros centros sanitarios aumentando la información y fomentando la comunicación con los mismos.
En resumen, la mejora de la información que se les da a los pacientes, representa uno de los factores más importantes tanto desde la percepción del paciente como desde la mejora de la calidad asistencial. Por tanto, la elaboración, implantación y difusión de estasrecomendaciones, ponen al servicio de nuestros profesionales y de nuestros ciudadanos, nuevas herramientas para mejorar la comunicación, la información y la calidad sanitaria.

FOMENTANDO LA PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LAS DECISIONES RELACIONADAS CON LA SALUD: LÍNEA DIRECTA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Purificación Gálvez Daza. *Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*

Convencidos de que la Sociedad Andaluza del siglo XXI está cada vez más y mejor informada y que entre sus expectativas destacan, además de recibir una atención sanitaria de calidad, el poder decidir libremente y con conocimiento sobre su salud y la de su entorno social más inmediato, y que para ello todos los ciudadanos deben tener acceso a una información veraz, fiable y relevante sobre su salud y opciones para mejorarla, así como ser capaces de evaluar diversas alternativas de acción de acuerdo a sus valores, creencias, preferencias y circunstancias, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, en el marco de su proyecto estratégico, y como vértice del mismo, se ha propuesto como objetivo facilitar información de calidad, científica, en lenguaje no técnico, para ayudar e implicar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones relacionadas con su salud. El propósito final de las diferentes acciones que se plantean es mejorar la calidad de vida de los individuos y de la comunidad.

- Para ello la AETSA se compromete a incorporar la perspectiva del ciudadano:
- Garantizando una información de calidad basada en la evidencia científica sobre la seguridad, efectividad y eficacia de las Tecnologías Sanitarias, potenciando la autonomía de pacientes y ciudadanos.
- Integrando sus preferencias y valores a las actividades de la Agencia.

En el proceso seguido por el personal y la dirección de la Agencia para el establecimiento de las líneas estratégicas de desarrollo, se han identificado en este ámbito como áreas de interés preferente:
- Información y comunicación al ciudadano
- Colaboración con las Organizaciones ciudadanas

Por otra parte, la incorporación de la perspectiva del ciudadano en la actividad de la Agencia pretende dar respuesta a los mandatos establecidos por la Consejería de Salud en el III PLAN ANDALUZ DE SALUD, que en su artículo 23 establece expresamente que se ha de "garantizar que el ciudadano pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la

utilización de los servicios sanitarios". Asimismo, el II PLAN DE CALIDAD parte de considerar que "se abre un nuevo escenario en el que se impulsa la creación de un nuevo marco de relaciones con los ciudadanos, (...) en el que se promueve activamente la participación de los usuarios a través de múltiples canales", incorporando como proceso estratégico el "ASUMIR LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CIUDADANO", a través del que "se plantea el desarrollo de nuevos derechos, de nuevos mecanismos que aumenten sus capacidades de participación y de decisión, y el impulso de proyectos que faciliten la interacción del ciudadano con el sistema de manera que éste sea más personalizado, transparente e interactivo".

La línea de atención directa al ciudadano

Antecedentes y Justificación

En el trabajo habitual de los profesionales de la Agencia en las labores de evaluación de tecnologías sanitarias se ha puesto de manifiesto de forma habitual la existencia de una demanda de información sobre las mismas por parte de los ciudadanos, y que, en respuesta a esa demanda, habían surgido numerosos sitios Web que ofrecían información en materia de salud a los ciudadanos. Preocupados por las consecuencias de un inadecuado manejo de la información por parte tanto de quienes la ofrecen como por quienes la reciben, la Agencia se planteó dos líneas de acción que se plasmaron en dos proyectos en buena medida complementarios y que vieron la luz en 2005.

Así, en primer lugar, la Agencia planteó un análisis de los sitios Web de acceso público que ofrecen información sobre salud a los ciudadanos. El proyecto se desarrolló conjuntamente con la Escuela Andaluza de Salud Pública, y estudió una serie de parámetros que valoraban la calidad de la información ofrecida, su nivel de actualización, su facilidad de uso y acceso, entre otros. Con los resultados, se graduaron los sitios analizados y se recomendaron los de más calidad, publicándose en la página Web de la Agencia.

Por otro lado, se vio la conveniencia de abrir la Agencia a los ciudadanos, estableciendo un sistema por el que los mismos pudiesen efectuar consultas relacionadas sobre tecnologías sanitarias, bien emergentes, nuevas o en uso. Los resultados de las reuniones mantenidas con las asociaciones de consumidores respaldaron esta idea, considerándose que a través de esta línea, el ciudadano podría solicitar información sobre la seguridad, eficacia y efectividad de las tecnologías sanitarias. Debía tratarse de un servicio transparente, sostenible en el tiempo, que proporcionase información de calidad basada en la Evidencia Científica.

La Agencia configuró un grupo de trabajo para dar forma a esta iniciativa, compuesto por personal de la Agencia, con un carácter multidisciplinar. Sus conclusiones fueron que la Agencia podía y debía establecer un servicio de atención directa a los ciudadanos en materia de información sobre nuevas tecnologías. Existía una demanda potencial de tal servicio y la Agencia contaba con una serie de fortalezas que se pueden concretar en las siguientes como las más significativas:

- El prestigio de la Agencia a nivel regional, nacional e internacional como referente en materia de evaluación de tecnologías sanitarias
- La existencia de personal preparado y motivado
- El apoyo explícito de instancias superiores de la Consejería
- La existencia de un mandamiento de centrar la actividad en el ciudadano, recogido en el III Plan Andaluz de Salud, el II Plan de Calidad y los compromisos del programa de gobierno para la presente legislatura
- La existencia de un amplio repositorio de información, resultante de la actividad científica de la Agencia
- Las sinergias con otros entes del Sistema Sanitario Público, como el dispositivo de relaciones con los ciudadanos SALUD RESPONDE y el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME)
- Existencia de un sitio Web propio de la Agencia con un diseño apropiado y con una accesibilidad garantizada

Se realizó una búsqueda de experiencias similares, no encontrándose ninguna a nivel nacional, configurándose por tanto, como un servicio totalmente novedoso en nuestro Sistema Nacional de Salud. A nivel internacional destaca la experiencia desarrollada en el Nacional Health Service británico, si bien no permite una interacción directa ciudadanos-administración, pero que ha mostrado unos resultados muy satisfactorios. Este servicio proporciona principalmente:

- Información resumida a partir de la gran cantidad de estudios de investigación existentes, para informar sobre los mejores tratamientos
- Información sobre medicamentos y sus efectos secundarios
- Ayuda para decidir sobre procedimientos quirúrgicos o diagnósticas.

A continuación se muestra el acceso Web a este servicio del NHS:

En definitiva, la Línea de Información y Comunicación al Ciudadano se plantea con el objetivo de facilitar información de calidad científica, en lenguaje no técnico, para ayudar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones relacionadas con su salud.

La puesta en marcha de esta línea supone la asunción de un reto para la Agencia, no exento de riesgos, por cuanto conlleva un cambio radical del planteamiento en que se ha basado hasta la actualidad su funcionamiento. Asumir el compromiso de responder de una forma adecuada y satisfactoria a los ciudadanos implica dedicar una importante cantidad de los recursos disponibles a ello, de forma que en ningún caso los ciudadanos puedan sentirse defraudados en su trato con la Agencia, en tanto que Administración Pública. Abrirse a la relación directa a los ciudadanos exige garantizar una rapidez en la respuesta, con unos elevados niveles de calidad y el sometimiento a una evaluación continua. Pero su puesta en marcha implica asimismo una magnífica oportunidad de servicio a los ciudadanos que, en una cuestión tan importante como su salud pueden sentirse, demasiado a menudo, confusos y desorientados, ayudándoles a compensar, con un trato directo, sencillo y cercano, los posibles desequilibrios de información que pueden producirse en la relación médico-paciente.

Despliegue

Para el diseño del nuevo servicio se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar de carácter interno. Sus conclusiones fueron que la puesta en marcha de la línea era algo deseable, que aportaba valor a la actividad desarrollada por la Agencia y al Sistema Sanitario Público andaluz, avanzando en el camino marcado por la autoridad sanitaria en el sentido de colocar al ciudadano en el eje de todas nuestras actuaciones.

La iniciativa fue presentada a la Secretaría General de Calidad y Modernización que apoyó sin reservas la iniciativa, al igual que el Gabinete de la Consejera.

A continuación, un nuevo grupo de trabajo preparó un documento de base para la discusión de las características de la Línea, de los servicios que se podían ofrecer y los que no, de la forma de acceso, del formato de las respuestas y del protocolo y circuito interno. Entre los aspectos principales que se establecieron destacan los siguientes:

- El nuevo servicio debería complementar a los ya existentes, y no entrar en conflicto con los mismos ni interferir en su funcionamiento. Así, en ningún caso podría utilizarse como medio de obtener una segunda opinión médica.

- Debían contemplarse diversos modos de contactar con la Agencia: vía Web, e-mail, teléfono. La habilitación de la Web a estos efectos permitiría ofrecer un servicio ininterrumpido las 24 horas del día, 7 días a la semana.
- Para el contacto telefónico, sería conveniente utilizar los recursos del dispositivo SALUD RESPONDE de la Consejería de Salud (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias), lo que proporcionaría una vía de acceso conocida por los ciudadanos y eficiente, a la vez que aporta valor al mismo.
- Para garantizar una respuesta óptima a las demandas de información sobre medicamentos, se estimó apropiado utilizar los recursos del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME) de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Debía estarse a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal
- Debía realizarse un seguimiento y valoración continua del funcionamiento de la Línea, realzando una encuesta de satisfacción de carácter periódico.
- Las respuestas elaboradas en base a la evidencia científica disponible, pasarían a constituir un repositorio de información que, en un futuro, permitiera su presentación estructurada a los ciudadanos como guía de información en tecnologías sanitarias.
- Las respuestas debían estar redactadas en un lenguaje asequible, sin descuidar en ningún momento el rigor científico.
- tiempo medio de respuesta no debía superar los 15 días.

Una vez establecidas las premisas anteriores, se procedió a diseñar el circuito y protocolo a seguir en la Línea, que se representa en el siguiente esquema:

Se presentó el proyecto a los responsables de SALUD RESPONDE, que lo acogieron muy favorablemente. Se acordó el modo de funcionamiento y se les proporcionó información sobre los temas abarcados por la Agencia a efectos de entrenamiento de su propio personal. Se estableció asimismo un sistema de retroalimentación, de forma sus operadores pudiesen efectuar un seguimiento de las llamadas atendidas por ellos, y les sirviese para comprobar lo adecuado de las derivaciones efectuadas a AETSA.
Igualmente, se solicitó la colaboración al Centro Andaluz de Documentación e Información sobre Medicamentos (CADIME) a efectos de soporte en la elaboración de respuestas complejas relativas a medicamentos y productos milagro.
Se procedió a la programación precisa para preparar el aplicativo Web necesario para el funcionamiento de la Línea. Desde un banner situado en la portada del sitio Web de la Agencia, se accedía a un nueva página donde se proporcionaba información sobre la Línea, un formulario de solicitud on-line, un buzón de sugerencias y una serie de preguntas y respuestas más frecuentes sobre tecnologías sanitarias. De esta forma, se podía contactar con AETSA ha través de diversas vías:

- Línea telefónica directa, SALUD RESPONDE (disponible 24h, 7 días a la semana).
- Formulario de solicitud, descargable desde la página WEB de AETSA. El ciudadano lo remite posteriormente por correo electrónico o correo postal.

En la página WEB de la Agencia ocupa un lugar preferente el acceso a este servicio:

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, se tuvo el cuidado debido en garantizar la privacidad de las consultas efectuadas por los ciudadanos, de forma que AETSA no mantuviese ningún fichero o archivo mediante el cual pudiera conocerse el problema de salud de un ciudadano determinado que hubiera decidido ponerse en contacto con la Agencia. Así:

- Los cuestionarios cumplimentados a través de la página Web no podían quedar registrados en base de datos ninguna.
- Los datos personales y los referidos a las preguntas planteadas debían ser registrados en bases de datos distintas, sin que existiesen campos comunes que permitiesen relacionarlos
- Los correos electrónicos remitidos por SALUD RESPONDE, el aplicativo WEB o los usuarios debían ser eliminados una vez tramitados.

Los datos de identificación debían ser mantenidos en el fichero de nombre USUARIOS DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO con el único fin de realizar una encuesta de satisfacción, uso y funcionamiento del servicio, según los términos de la Orden de 21 de diciembre de 2005, de creación de este fichero automatizado (BOJA 6, de 11 de enero de 2006). La información recogida en este fichero es: nombre, sexo, edad, profesión, dirección completa, teléfono y correo electrónico. Ninguna información sobre el problema consultado, ni código ni referencia a ésta, es mantenida en este archivo.
Se menciona de forma expresa en la Web que cualquier usuario de la Línea de Atención al Ciudadano tiene derecho de acceso, cancelación, rectificación de sus datos personales y oposición a que sean incluidos en cualquier registro. puede ejercer estos derechos haciendo explícita su voluntad a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
Me gustaría destacar que el equipo de profesionales encargado de dar sostén a la línea se conformó con un responsable con formación sani-

taria y con amplia experiencia, especialmente en la realización de revisiones sistemáticas y de herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas y con dos técnicos de nueva adscripción, licenciados en medicina. Cuando la respuesta a elaborar así lo requiriese, no obstante, se previó la colaboración de otros técnicos evaluadores, en especial si habían trabajado anteriormente en el tema en cuestión o éste entraba dentro de su área de especialización en medicina.
Así mismo decir que el correcto desempeño de las labores de atención al ciudadano requiere el desarrollo de las competencias del personal adscrito a la Línea. Por ello, se estableció un sistema de trabajo colaborativo que reforzase la compartición de la información y la discusión sobre el abordaje de las consultas realizadas. Asimismo, la experiencia e información acumulada debía ser expuesta al resto del personal de la Agencia mediante la realización de sesiones específicas y/o seminarios periódicos.
Una vez estuvo listo el dispositivo, se estimó conveniente realizar una campaña de difusión de la Línea. Se convocó a los medios de comunicación a una rueda de prensa, ofrecida por la Consejera de Salud, que tuvo una amplia repercusión en prensa, radio y televisión. Posteriormente, han aparecido diversas noticias y entrevistas tanto en diarios nacionales y como en diarios especializados en temas sanitarios.

Resultados
La Línea de Atención al Ciudadano comenzó a funcionar el 4 de mayo de 2005. Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios, y se resumen en el presente apartado.
Desde el día 4 de mayo hasta el día 5 de julio de 2006 se han recibido 174 solicitudes de información, habiendo sido todas ellas objeto de respuesta. Doce de las solicitudes recibidas se referían a cuestiones que están fuera del ámbito de actuación de esta línea, al solicitar una segunda opinión médica, información sobre trámites administrativos, etc.
La vía de contacto más utilizada por los ciudadanos fue la línea telefónica de Salud Responde, elegida por un 78% de los peticionarios. Un 22% de los mismos se dirigió a la Agencia de forma directa, remitiendo el formulario de solicitud vía WEB, habiéndose incrementado el uso de esta vía respecto al año 2005.
En la mayor parte de las solicitudes el tipo de información interesada se ha centrado sobre técnicas quirúrgicas (34%), seguida de cuestiones sobre fármacos (22%) y de información relacionada con productos milagro (17%):
La pregunta más frecuente fue acerca de tratamientos adelgazantes (11%), y en segundo lugar, acerca del tratamiento de la hernia discal (9%).
Según el género, un 57% de las preguntas fueron remitidas por mujeres y un 43% por hombres:
Para obtener información sobre la ocupación de los ciudadanos que han utilizado el servicio, se ha empleado una clasificación de las normalmente utilizadas por el Instituto Nacional de Estadística. Así, las categorías más frecuentes entre los ciudadanos solicitantes han sido:
- Ama de casa: 24%.
- Jubilados: 19%.
- Empleados de tipo administrativo: 16%.

Ha de tenerse en cuenta que nos referimos a los datos de la persona que utiliza el servicio, sea en nombre propio o de un tercero.
Por áreas geográficas, el 99% de las preguntas fueron realizadas por ciudadanos de Andalucía, siendo la distribución según provincias la siguiente:

- Almería:	8%
- Cádiz:	10%
- Córdoba:	6%
- Granada:	10%
- Huelva:	7%
- Jaén:	11%
- Málaga:	14%
- Sevilla:	29%
- Resto de España:	2%
- Resto del Mundo	1%
- No consta	1%

Según especialidades médicas, se observa que las áreas sobre las que se solicita más información son las relacionadas con la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología (21%), seguida de las especialidades de Endocrinología y Nutrición (17%) y dermatología (6%).
El tiempo medio de respuesta fue de 10,8 días en 2005, habiéndose reducido durante 2006 a 4,9 días. En el período total, el tiempo medio de respuesta fue de 9,8 días.
Los resultados obtenidos nos han permitido valorar y priorizar alternativas para la labor científica de la Agencia. Así, al observar los temas más frecuentes, se decidió realizar diversos informes de evaluación sobre la ozonoterapia en lesiones traumatológicas y sobre terapias no convencionales y productos milagro, de forma que se contase con una evidencia científica suficiente para una respuesta adecuada a las cuestiones formuladas. Asimismo, se estimó conveniente especializar a un profesional de la Agencia en temas relacionados con las terapias no convencionales y productos milagro.
Igualmente señalar que los resultados muestran que es preciso avanzar en el desarrollo de la Línea, realizando un esfuerzo aclaratorio de su finalidad, informando a los ciudadanos que la misma no consiste en proporcionar segundas opiniones médicas, sino informar sobre la eficacia, efectividad y seguridad de las tecnologías sanitarias, impulsando asimismo la elaboración de un repositorio de información sobre los temas que más interesan a los ciudadanos.

Evaluación
En una iniciativa como la que se describe, y sin olvidar objetivos relacionados con el funcionamiento eficiente de la Línea, abordados en el apartado anterior, el acento debe colocarse en la CALIDAD del servicio ofrecido a los ciudadanos.
Con la finalidad de evaluar el funcionamiento de la Línea de Atención al Ciudadano desde la perspectiva de estos e identificar oportunidades de mejora que permitan avanzar en la línea de mejora continua de lacalidad del servicio ofrecido, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía realizó una encuesta de satisfacción a los cien primeros usuarios del mismo.
Para ello se diseñó un protocolo de entrevista y un cuestionario que fue pilotado mediante la realización de una entrevista telefónica a 10 ciudadanos, y ninguno de ellos manifestó dudas acerca de la comprensión de lo que se le preguntaba. No se pidieron aclaraciones suplementarias sobre ninguna de las preguntas, por lo que se consideró que el pilotaje avalaba la utilización del cuestionario.
Una vez pilotado el cuestionario, el resto de las encuestas las realizó el dispositivo "Salud Responde", siguiendo el protocolo establecido.

Resultados de la Evaluación
En un primer análisis sobre los datos (n=100) se constató que el23% de los ciudadanos no realizaron la encuesta. Los motivos principales fueron: no poder ser localizados (no responder a la llamada o estar de vacaciones) y en 1 caso negarse a contestar.
En primer lugar, cabe destacarse la excelente valoración global delServicio de Atención al Ciudadano en términos de satisfacción, que en la encuesta ha obtenido una puntuación media global de 8. La escala en la que se proponía dicha puntuación contemplaba el "0" como valor mas negativo y "10" como el valor óptimo. Además, el 81% de los encuestados se encuentran en el rango comprendido entre los valores 8 y 10.
En relación a los resultados obtenidos del cuestionariocabe destacar que contactar con el Servicio ha sido fácil o muy fácil para el 99% de los encuestados.
El tiempo de respuesta percibido por el ciudadano ha sido el esperado o antes del esperado en el 86% de las respuesta emitidas. Para el 95% de los encuestados las respuestas que han recibido estaban redactadas en un lenguaje que resultaba fácil o muy fácil de entender.
Teniendo en cuenta que entre los objetivos de este servicio está el facilitar la participación en la toma de decisiones relacionadas con la salud de los ciudadanos, es de suma importancia que el 42% de los encuestados manifiesten que han compartido la información proporcionada con su médico u otros profesionales.
Otros datos de interés son los porcentajes resultantes de las preguntas sobre el grado de conocimiento sobre tema y la influencia de la respuesta en la toma de decisiones. En el primer caso, el porcentaje recogía un 58% de aumento en el conocimiento, mientras que en el segundo solo un 39% de los casos la respuesta ha influido en la decisión.
La ultima pregunta del cuestionario era abierta, para que los entrevistados pudieran expresar cualquier observación o sugerencia que consideraran importante. Como ocurre cuando se realizan preguntas abiertas es más difícil agruparlas que las de carácter cuantitativo. En

cualquier caso aquellas que recogían sugerencias u observaciones que identifiquen oportunidades de mejora fueron incorporadas a la dinámica del Servicio.

Valoración

Los resultados obtenidos en la evaluación efectuada muestran una notable aceptación de la misma por parte de los usuario de la Línea, si bien se ponía de manifiesto que:

- Era preciso avanzar en la difusión adecuada de la oferta de servicios que se proporciona a través de esta Línea, realizando un esfuerzo aclaratorio de su finalidad, informando a los ciudadanos que la misma no consiste en proporcionar segundas opiniones médicas, sino informar sobre la eficacia, efectividad y seguridad de las tecnologías sanitarias.
- Era necesario elaborar un repositorio de información estructurada, basada en la evidencia científica priorizando aquellos temas que más interesan a los ciudadanos, por ejemplo traumatología, endocrinología y nutrición, etc. a través de la elaboración de fichas de evidencia científica sobre patología prevalente por ejemplo artrosis de rodilla, cadera, hernia de disco lumbar, etc.; yel desarrollo de herramientas de ayuda a la toma de decisiones.
- Era conveniente avanzar en estrategias que faciliten que la información que se proporciona sea utilizada como apoyo en la relación terapéutica (medico-paciente, enfermero-paciente, etc.), potenciando de esta manerala toma de decisiones compartidas.
- Era de sumo interés, por el volumen de solicitudes de información recibidas sobre losdenominados productos milagro (22% del total), y por la puntuación media de satisfacción dada por los ciudadanos para este grupo (que está 2 puntos por debajo de la media global) orientar las respuestas emitidas, de una forma más contundente advirtiendo a la población de los riesgos que se pueden derivar de su consumo, dado que no existe evidencia científica que apoye su uso en términos de eficacia, efectividad y seguridad.

Por ello, se ha adecuado la página Web para proporcionar a los ciudadanos información sobre qué se entiende por tecnología sanitaria, mediante un sistema de preguntas y respuestas frecuentes en un lenguaje no técnico.

Parte de la actividad de la Agencia se ha dirigido para establecer una base de evidencia científica sobre los temas más consultados, mediante la realización de informes de evaluación o revisiones sistemáticas de la literatura. Esta información pasa a conformar un repositorio accesible a todos los investigadores de la Agencia, y que es actualizado de forma periódica.

Igualmente estamos comenzando a trabajar en el desarrollo de Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones Compartidas, de forma que la información generada en el marco de la Línea de Atención al Ciudadano se integre en la relación diaria médico-paciente y facilite la toma de decisiones compartidas a la vez que contribuya a potenciar la autonomía de pos ciudadanos.

IMPACTO ASISTENCIAL DE UN PROGRAMA DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Beatriz Valentín-López, José M Muñoz-Ramón, Paloma Aparicio-Grande, Ana Navas-Acién, Jesús Díez-Sebastián, Juan García-Caballero

Introducción

A pesar de un mayor conocimiento de la fisiología del dolor, del descubrimiento de nuevos principios activos y de la introducción de nuevas técnicas analgésicas, la atención del dolor agudo postoperatorio continua siendo inadecuada y no ha cambiado demasiado con el tiempo[1].

Su atención inapropiada conlleva importantes repercusiones clínicas y económicas: incremento de la morbilidad perioperatoria[2], riesgo de desarrollar dolor crónico en el futuro[3], aumento de la estancia hospitalaria, deficiente calidad de vida e insatisfacción del paciente y profesional con la prestación de los servicios asistenciales[4].

El desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica[5-7] basados en la mejor evidencia científica constituyen el primer paso para sentar recomendaciones, establecer nuevos métodos de valoración, y potenciar el empleo de técnicas analgésicas más potentes y efectivas.

Pero un abordaje apropiado del dolor agudo requiere también una mayor formación y concienciación de los profesionales, que acabe con actitudes de infravaloración, y el establecimiento de programas y unidades de dolor agudo como instrumentos centrales en la mejora de la atención del dolor, estrategias ampliamente difundidas para institucionalizar el tratamiento del mismo[6-8].

El desarrollo de programas de mejora continua de la calidad, así como la elaboración de estándares de buena práctica clínica en la atención del dolor han supuesto un empuje en la instauración de políticas institucionales comprometidas en la lucha contra el dolor[9-11].

La puesta en marcha de programas de mejora de la calidad pretende estandarizar la atención del dolor postoperatorio con un seguimiento y valoración sistemática del mismo, la protocolización de las pautas analgésicas más efectivas y seguras, una adecuada formación continuada de los profesionales asistenciales implicados, una comunicación e información de los planes de cuidados al paciente buscando su participación activa, y el establecimiento de indicadores y estándares que evalúen periódicamente los procesos y resultados de la atención[10,11].

Distintos estudios han valorado la efectividad de la implantación de programas de mejora de la atención del dolor postoperatorio liderados o no por servicios de dolor agudo. Los resultados más relevantes comprenden una reducción de la intensidad del dolor postoperatorio, una mayor adecuación de los tratamientos analgésicos, un menor número de efectos adversos, un incremento de la información suministrada al paciente sobre el tratamiento del dolor, y una mayor satisfacción tanto del profesional como del paciente[8,12-15].

La relevancia de la atención del dolor agudo postoperatorio inadecuadamente tratado, así como el conocimiento de estrategias de mejora descritas en la literatura, determinaron el desarrollo y puesta en marcha de un programa de mejora de la atención del dolor agudo.

Nuestra hipótesis de partida es que la implantación de un programa de analgesia postoperatoria en nuestro centro mejorará la atención del dolor agudo en los pacientes intervenidos. Y para ello llevamos a cabo un estudio con 2 principales objetivos:

- Evaluar y cuantificar el impacto del programa de atención del dolor postoperatorio en el control del dolor postquirúrgico.
- Determinar que factores del programa se encuentran asociados con el alivio del dolor y la respuesta terapéutica.

Metodología

Estudio transversal que compara los resultados de una encuesta sobre la calidad de la atención del dolor postoperatorio en 3 momentos: antes de la implantación del programa de calidad, y después de 6 y 30 meses de su puesta en marcha.

El Hospital Universitario La Paz, hospital terciario de 1.300 camas de la Comunidad de Madrid, siguiendo las etapas propuestas por otros autores[12,16,17], ha desarrollado y puesto en marcha un programa integral de analgesia postoperatoria. El programa está constituido por una evaluación inicial de la atención del dolor postoperatorio; el establecimiento de nuevos métodos de valoración y técnicas analgésicas, indicadores y estándares de evaluación, y documentos de información al paciente integrados en una vía clínica; junto con la creación de una unidad de dolor agudo (UDA) que suministra apoyo y coordinación a la atención del dolor postoperatorio.

A mediados del año 2001 se constituyó un grupo de trabajo formado por los servicios de Anestesiología, Medicina Preventiva, Cirugía y la Unidad de Calidad que lideró las siguientes etapas:

1. Evaluación de la atención del dolor postoperatorio en los servicios quirúrgicos.

La primera etapa del programa de calidad fue evaluar la situación de partida de la atención y tratamiento del dolor agudo postoperatorio mediante la realización de una encuesta en los servicios de Cirugía General y Vascular en Junio del 200118. La selección de estos servicios fue debida tanto por el gran volumen de pacientes que atienden, como por su disponibilidad para emprender acciones de mejora e introducir cambios en atención del dolor agudo.

La encuesta fue adaptada a partir de un cuestionario desarrollado por la *American Pain Society*, la Postoperative Management Quality Assessment Survey19, con algunas modificaciones realizadas a raíz de un estudio preliminar para valorar la comprensibilidad de la misma.

La encuesta anónima, consta de 14 preguntas que recogen las características de dolor postoperatorio en las primeras 24 horas, la información recibida sobre el tratamiento del dolor, la petición de medicación analgésica y el tiempo de espera de la misma, el grado de satisfacción con la información y atención recibidas, y por último, sugerencias de mejora en el tratamiento del dolor (Anexo 1).
Los datos sociodemográficos, las características de la intervención, el procedimiento quirúrgico y la analgesia utilizada se recogieron mediante la revisión del parte quirúrgico y las órdenes de tratamiento de la historia clínica del paciente al término de la entrevista, completándose si era necesario con datos procedentes del sistema de información del hospital.
La encuesta se llevó a cabo mediante entrevista a las 24 horas del postoperatorio a todos los pacientes intervenidos de cirugía en los servicios de Cirugía General y Vascular. Un equipo de 3 personas no involucradas en la actividad asistencial de estos pacientes, procedió a realizar las entrevistas, escogiendo el horario adecuado para no interferir con la visita médica, ni molestar al paciente en horas de comida o sueño.
Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente, conscientes y orientados en el momento de realizar la entrevista, y que fueran a estar ingresados en el hospital al menos durante 24 horas. La selección de los pacientes se realizó de forma consecutiva hasta completar un mes de actividad quirúrgica resultando un total de 158 pacientes.
Los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación, considerada de cuidados críticos, se excluyeron del estudio por encontrarse en una situación de estupor o inconsciencia que no permite realizar la entrevista al día siguiente de la intervención.

2. Desarrollo y puesta en marcha de la vía clínica de atención del dolor postoperatorio:
El programa de calidad de analgesia postoperatoria se puso en marcha a principios del año 2002 con la implantación de una vía clínica de dolor postoperatorio, instrumento central del programa para estandarizar los tratamientos, cuidados y actuaciones asistenciales, disminuir la variabilidad no justificada, aumentar la coordinación entre los servicios de Cirugía y Anestesiología, y mejorar la atención postoperatoria.
La vía clínica introduce escalas y registros de evaluación del dolor, protocoliza nuevas pautas y técnicas analgésicas (infusión de opiáceos, analgesia controlada por el paciente, analgesia epidural...), suministra información de los planes de cuidado al paciente y establece indicadores y estándares de evaluación[20].
Un aspecto clave en la atención del dolor agudo es la formación continuada del personal sanitario que aumente la concienciación de los profesionales sobre la importancia del control del dolor, y facilite un cambio de actitudes y comportamientos. La implantación de la vía clínica se llevó a cabo mediante un programa de formación teórico-práctico sobre los nuevos métodos de valoración y seguimiento del dolor, y el empleo de técnicas analgésicas mayores y analgesia epidural[21].
La puesta en marcha de este programa de calidad conduce a la creación de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) como responsable para dar apoyo y coordinar la atención del dolor postoperatorio; suministrar docencia; y realizar un seguimiento y evaluación de la efectividad de las medidas implantadas a lo largo del tiempo[22,23].

3. Re-evaluación de la atención del dolor postoperatorio tras la implantación del programa:
La mejora de la calidad asistencial se fundamenta en la investigación de resultados mediante la evaluación de la efectividad de las intervenciones sanitarias implantadas. Para analizar el impacto que supuso el programa, a los 6 y 30 meses de su puesta en marcha se realizaron otras 2 encuestas de evaluación de la atención del dolor postoperatorio. Se pretende verificar el cambio producido con el programa no sólo a corto plazo, sino también evaluar si las mejoras iniciales se mantienen a lo largo del tiempo.
La metodología empleada en las encuestas realizadas tras la puesta en marcha del programa fue la misma que la descrita en el primer estudio llevado a cabo para conocer la situación de partida. Los pacientes fueron seleccionados consecutivamente en un mes de actividad en los mismos servicios de Cirugía General y Vascular. Se eligieron las mismas fechas del año para la realización de las encuestas con el fin de evitar posibles sesgos en relación con el número de ingresos, el tipo de intervenciones, y la relación cirugía de urgencia/programada.

Una de las principales variables resultado fue la intensidad del dolor que presenta el paciente tras la intervención. A los pacientes se les pregunta por la intensidad del dolor actual en el momento de la entrevista; por el dolor máximo en las últimas 24 horas; y por el dolor mínimo tras recibir analgesia. Para medir el dolor se ha utilizado la escala numérica (EN) de 0 a 10, siendo 0 ningún dolor y 10 el máximo dolor imaginable.
Además, para establecer una medida relevante de reducción del dolor, se creó la variable alivio del dolor, disminución del dolor que ha experimentado el paciente calculada como la diferencia entre el dolor máximo y el dolor actual del paciente medido en la escala numérica. Preferimos utilizar el dolor actual al dolor mínimo por ser una medida con menos sesgo de memoria, aún a costa de ser más exigentes y ser más difícil encontrar resultados relevantes.
La segunda variable resultado fue la respuesta terapéutica medida como el cambio en la categoría del dolor actual respecto del dolor máximo experimentado por el paciente tras el tratamiento. Para ello se categorizó la intensidad del dolor máximo y actual en 5 grados de dolor empleando la siguiente equivalencia: 0 (ausencia de dolor); 1-3 (dolor leve); 4-6 (dolor moderado); 7-9 (dolor intenso) y 10 (dolor insoportable). Así, se considera respuesta completa al tratamiento cuando el paciente había reducido el grado de dolor a la ausencia del mismo o presentaba dolor leve (considerado como dolor controlado); la respuesta parcial cuando la reducción del dolor era al menos de una categoría, y la no-respuesta cuando el paciente permanecía en la misma categoría de dolor.
Otras variables del estudio incluyeron variables del paciente (sexo, edad, grado de educación, índice anestésico ASA y comorbilidades); variables del procedimiento (tipo de intervención, servicio quirúrgico, anestesia y tiempo transcurrido desde la intervención hasta la entrevista); variables del programa (grupo de estudio, atención por la UDA, analgesia, prescripción, tratamiento de rescate y vía de administración); y variables del programa percibidas por el paciente (información recibida, petición de medicación y satisfacción con la atención).
Se efectuó una comparación cruda de los resultados antes y después de la implantación del programa analizando las diferencias de las variables cuantitativas y cualitativas mediante el test de la ANOVA y la Chi-Cuadrado según procediera. Se asumió un nivel de confianza del 95%, considerando estadísticamente significativo un valor bilateral de p inferior a 0,05.
Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple donde la variable dependiente es el alivio del dolor, variable que presentaba una asimetría hacía la derecha por lo que se le aplicó una transformación logarítmica para aproximarla a la normalidad. Para analizar el efecto que tienen las variables del programa en el alivio del dolor a través del ratio y su intervalo de confianza (IC) al 95% se introdujeron por pasos las variables independientes agrupadas en características del paciente, del procedimiento, del programa y percibidas por el paciente. Se evaluaron también los términos de interacción más relevantes, pero al no ser estadísticamente significativos no fueron incluidos en el modelo final.
También se creó un modelo logístico multinomial para determinar qué factores del programa se encuentran asociados a la respuesta terapéutica. La valoración del cambio de la respuesta terapéutica asociado a las variables del programa se analizó mediante un ajuste del modelo con las variables independientes anteriormente descritas. La variable dependiente presenta 3 categorías: respuesta completa, respuesta parcial y no-respuesta, calculándose un Odds Ratio (OR) para la respuesta completa y otro para la respuesta parcial ambas comparadas con la categoría de referencia de no-respuesta. También en este análisis se evaluaron los términos de interacción más importantes, y al no ser estadísticamente significativos no fueron incluidos en el modelo definitivo.
Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico Stata versión 9 SE.

Resultados
Fueron entrevistados 506 pacientes (158 antes de la implantación del programa, 166 después de 6 meses y 182 a los 30 meses). Un 57% (289) hombres y un 43% (217) mujeres, con una edad media de 56,5 años (DE: 18,7 años). Un 85% (431) de los pacientes entrevistados fueron intervenidos por el Servicio de Cirugía General (con tres secciones A, B y C), y un 15% (75) por Cirugía Vascular.

Las características de los pacientes y del procedimiento aparecen estratificadas según los 3 grupos de estudio en la Tabla 1. El incremento significativo del riesgo anestésico (ASA) puede deberse al incremento de cirugía mayor ambulatoria (que interviene sobre todo pacientes con ASA I y ha aumentado a partir del año 2003), y a un discreto cambio de la patología quirúrgica, no condicionada ni por la edad ni por el sexo.
El aumento del número de comorbilidades refleja, como el ASA, que los pacientes intervenidos son más complejos en el grupo atendido después de poner en marcha el programa. En principio esto no supone que los grupos no sean comparables, sino un sesgo que iría en contra de nuestra hipótesis. Si el control del dolor estuviera asociado a alguna de las variables anteriores sería más difícil poder demostrar que el programa mejora la atención del dolor pues los pacientes atendidos en él son más complejos que en el grupo control de antes del programa.
En relación con las características del procedimiento, aunque parece que se haya producido un cambio en la distribución del tipo de procedimientos quirúrgicos, al clasificar la intensidad del dolor de los pacientes a priori en función del tipo de cirugía[24] no se observa diferencia alguna entre los 3 grupos, con un 55% de pacientes intervenidos de cirugías que provocan dolor intenso y un 45% intervenidos de cirugías que provocan dolor moderado.
En cambio las diferencias encontradas en los procedimientos de urgencia y en el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la entrevista sí pueden condicionar el dolor postoperatorio y por tanto la atención del mismo, por lo que será necesario controlar por estas variables en el análisis multivariante.
En la Tabla 2 se muestran las características intrínsecas del programa y las que el paciente percibe. El análisis bivariante muestra que la puesta en marcha del programa ha modificado de forma significativa las pautas analgésicas postoperatorias, consiguiendo un incremento relativo de la respuesta terapéutica completa (ausencia de dolor o dolor leve) del 44%.
La satisfacción del paciente con el personal médico y de enfermería es muy alta, y aunque el grado de satisfacción se ha incrementado ligeramente a lo largo del tiempo, no se ha podido demostrar diferencias significativas en los 3 grupos de estudio tras la implantación del programa.
En el Gráfico 1 se puede observar que tras la implantación del programa el alivio del dolor se ha incrementado de forma significativa, con una reducción del mismo de 0,6 a 1,2 puntos en la EN según las diferentes variables del programa.
El análisis multivariante revela que la implantación del programa se asocia a un mayor alivio de dolor después de ajustar por las características del paciente, del procedimiento y del programa. Los niveles de reducción del dolor en los pacientes atendidos son entre un 27-40% mayores a los 6 y a los 30 meses respectivamente tras la puesta en marcha del programa en comparación con el grupo control de antes (Tabla 3).
La analgesia con técnicas mayores se encuentra asociada a un mayor control del dolor, con reducción del mismo de un 41% en los pacientes con pauta de opiáceos, y un 81% en el caso de la analgesia epidural tomando como referencia el tratamiento con AINES, aunque esta última cifra es hay que valorarla con cautela dado el escaso número de pacientes con esta técnica analgésica.
El resto de variables del programa; tipo de prescripción, tratamiento de rescate y vía de administración, presentaron efecto en la disminución del dolor en el análisis crudo pero el impacto desapareció al ajustar por las variables específicas del programa e incluso en el caso de la atención por la UDA el efecto se invirtió.
La Tabla 4 muestra como tras el análisis ajustado, el programa, la analgesia con opiáceos y la analgesia de rescate continúan estando asociadas al cambio de respuesta terapéutica. Así, después de 2 años y medio, el programa tiene una probabilidad de conseguir una respuesta al tratamiento completa con dolor controlado (ausencia de dolor o dolor leve) 3,3 veces mayor frente al grupo control de antes. Y el tratamiento con opiáceos se encuentra asociado con la obtención de una respuesta completa 4,2 veces mayor frente a los AINES como único tratamiento. La pauta de analgesia de rescate también está relacionada con producir una respuesta completa 2,2 veces mayor frente a no tenerla pautada.
El análisis ajustado consigue que desaparezca el impacto de las variables atención por la UDA, tipo de prescripción y vía de administración en la respuesta terapéutica.

Discusión

La mejora de la atención del dolor postoperatorio no depende de un único factor como las técnicas analgésicas empleadas, la implantación de guías de práctica clínica, o la formación del personal asistencial implicado en la atención de estos pacientes, sino que debe de estar basada en una combinación de distintas estrategias de mejora continua con una mejor organización de los recursos sanitarios existentes y la participación del profesional, la institución y el paciente[10].
La puesta en marcha del programa ha modificado de forma importante las prácticas analgésicas de atención del dolor agudo postoperatorio con un incremento de la utilización de técnicas analgésicas mayores, cambios en las pautas de prescripción, mayor empleo de la analgesia de rescate y provisión de la medicación en los tiempos oportunos.
La analgesia con opiáceos (infusión iv y PCA iv) es uno de los factores clave del programa que explica parte de la mejora de los resultados, asociándose con una reducción significativa del dolor postoperatorio y una mayor respuesta terapéutica. Estos resultados obtenidos se deben a la introducción en nuestro centro de técnicas analgésicas más potentes que anteriormente no se empleaban puesto que los AINES eran la analgesia postoperatoria más utilizada[18].
Pero el cambio introducido en las pautas analgésicas no es el único factor determinante de la mejora de la atención del dolor agudo en los pacientes intervenidos. El análisis multivariante muestra, que después de ajustar por diversos factores de confusión (características del paciente, procedimiento, y programa), la implantación del programa de calidad, en sí mismo, continúa estando asociado a un mayor alivio del dolor y una mayor respuesta terapéutica. Es decir, que el programa, más allá de los cambios introducidos en las prácticas analgésicas, disminuye el dolor postoperatorio y consigue una mejora de la respuesta terapéutica en los pacientes intervenidos.
La protocolización y estandarización de la atención del dolor mediante una vía clínica, la introducción de escalas de medición y seguimiento del dolor, la formación y concienciación de los profesionales y la sistemática evaluación de resultados mediante indicadores y estándares son algunos de los componentes del programa, no estudiados de forma individualizada, que presumiblemente han mejorado la calidad de la atención del dolor postoperatorio.
La implantación del programa condujo a la creación de una UDA como estructura encargada de la atención del dolor agudo en el periodo postoperatorio a demanda del servicio quirúrgico. En nuestro estudio los pacientes atendidos por esta Unidad representan alrededor de una tercera parte de los pacientes entrevistados, y esperaríamos encontrar una relación entre ser atendido por la UDA y el alivio del dolor o la respuesta terapéutica. Pero el efecto que presenta ser atendido por la UDA en al análisis crudo no sólo desaparece, sino que paradójicamente se invierte cuando se controla por el resto de variables del programa. Esto puede ser explicado por el menor tamaño muestral de los pacientes atendidos por la UDA y también porque los pacientes no atendidos por la Unidad pertenecen tanto al grupo de antes como al de después de poner en marcha el programa, con mayor peso de estos últimos. Así que, la mejora en la atención del dolor se produce no sólo en los pacientes atendidos por la UDA, sino también en el resto de pacientes debido a la difusión y extensión de las pautas y protocolos de analgesia en los diferentes servicios quirúrgicos tras la puesta en marcha del programa.
A pesar de las mejoras obtenidas con el programa en la reducción del dolor y la respuesta terapéutica, la satisfacción de los pacientes con la atención recibida de enfermería y del personal médico, ya de entrada muy alta, se ha incrementado ligeramente pero sin poderse demostrar relación significativa con la implantación del programa. La falta de conocimiento científico-técnico del paciente para evaluar la calidad asistencial, al no ser capaz de valorar los logros clínicos que se deben alcanzar en relación con la atención y tratamiento del dolor que recibe, es una de las explicaciones dadas en diferentes estudios[19,25,26].
La realización de un estudio antes-después fue la mejor opción posible de diseño frente a la realización de un ensayo clínico controlado, que aunque ofrece una de las evidencias metodológicas más robustas, presentaría el problema ético de no estar ofreciendo a los pacientes la mejor atención posible con el programa de calidad. Siendo necesario en un futuro próximo la realización de un estudio longitudinal de la actividad del programa de atención del dolor postoperatorio para determinar su efectividad y coste.

Las encuestas realizadas en el ámbito hospitalario presentan una serie de sesgos relacionados con la validez de la información suministrada por el paciente en una situación de vulnerabilidad y dependencia hacia el personal sanitario, con miedo a las consecuencias negativas en la atención asistencial si expresa su insatisfacción. Se eligió realizar la encuesta mediante entrevista en el hospital para conseguir una amplia cobertura de la muestra a estudiar. Para minimizar los sesgos, el personal encuestador fue el mínimo imprescindible, sin ninguna vinculación asistencial con estos pacientes y con una serie de criterios a seguir para la realización de las encuestas[19].

La omisión en la muestra de los pacientes de la Unidad de Reanimación por encontrarse inconscientes no nos permite conocer el impacto que el programa ha tenido en estos pacientes más críticos. Pero la situación del paciente no permite la realización de la encuesta, y la entrevista al paciente no debe demorarse más allá de 36-48 horas por el sesgo de memoria. Sin embargo, creemos que son pacientes que se encuentran mucho más controlados, no sólo en relación con el dolor postoperatorio, sino ante cualquier complicación que pudiera aparecer.

Los principales resultados de nuestro estudio se basan en la valoración del dolor mediante escalas que realiza el paciente. La utilización de escalas como la EN es uno de los mejores medios con los que contamos para poder cuantificar la intensidad de una experiencia tan subjetiva como el dolor. Además, al ser un instrumento ampliamente utilizado, nos permitirá realizar comparaciones de nuestros resultados con otras evaluaciones y estudios, siempre y cuando las características del hospital y la casuística atendida sean similares[11].

Conclusiones

- La implantación de un programa de analgesia postoperatoria en nuestro centro ha mejorado de forma significativa la calidad de la atención del dolor agudo de los pacientes intervenidos, con un incremento en el alivio del dolor y una mayor respuesta terapéutica.
- El programa de atención del dolor agudo ha introducido cambios significativos en las prácticas analgésicas con:
  - Incremento de utilización de técnicas analgésicas mayores
  - Aumento de la prescripción analgésica pautada
  - Mayor utilización de la analgesia de rescate
  - Provisión de la medicación en los tiempos pertinentes
- La analgesia con opiáceos se encuentra asociada al alivio del dolor postoperatorio y a la respuesta terapéutica, explicando parte de la mejora del programa.
- El programa, al margen de los diversos factores individuales del mismo, se encuentra asociado a una mejora en el alivio del dolor y en la respuesta terapéutica a lo largo del tiempo.
- La mejora de la atención del dolor postoperatorio con el programa se produce no sólo en los pacientes atendidos por la UDA, sino también en el resto de pacientes por la difusión de las practicas analgésicas en los servicios quirúrgicos.

Bibliografía

1. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003; 97: 534-540.
2. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7:465-476.
3. Durá Navarro R, De Andrés Ibáñez J. Bibliografía de evidencias clínicas sobre la prevención de los síndromes de dolor crónico postquirúrgicos. Rev Esp Anestesiol Reanim 2004; 51: 205-212.
4. Rawal N. Analgesia technique and post-operative morbidity. Eur J Anaesthesiol 1995; 12: 47-52.
5. Acute Pain Management Guideline Panel (1992). Acute pain management: operative or medical procedures and trauma clinical practice guideline. US Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, 1992.
6. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology 2004; 100: 1573-1581.
7. National Health and Medical Research Council of Australia. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Second Edition 2005. (Citado 7 Agosto 2006). Disponible en http://www.nhmrc.gov.au/publications/subjects/clinical.htm.
8. Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. Pain 1999; 80: 23-29.
9. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality Improvement Guidelines for the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. JAMA 1995; 274: 1874-1880.
10. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, et al. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. Arch Intern Med 2005; 165: 1574-1580.
11. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, Mc Neil JA, Paice JA, Laferriere D et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. Pain Manage Nurs 2002; 3:116–130.
12. Gould TH, Crosby DL, Harmer M, Lloyd SM, Lunn JN, Rees GAD, et al. Policy for controlling pain after surgery: effect of sequential changes in management. BMJ 1992; 305: 1187-1193.
13. Harmer M, Davies KA. The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. Anaesthesia 1998: 53: 424-430.
14. Salomäki TE., Hokajärvi TM., Ranta P, Alahuhta S. Improving the quality of postoperative pain relief. European Journal of Pain 2000; 4: 367-372.
15. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler M. An Intervention Study to Enhance Postoperative Pain Management. Anesth Analg 2003; 96: 179-185.
16. Guidance on the Provision of Anaesthetic Services for Acute Pain Management. En Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services. The Royal College of Anaesthetists. London 2004. (Citado 7 Agosto 2006). Disponible en http://www.rcoa.ac.uk/index.asp?PageID=477.
17. Acute Pain Services. En Raising the standards: A compendium of audit recipes. The Royal College of Anaesthetists. London, 2000. (Citado 7 Agosto 2006). Disponible en http://www.rcoa.ac.uk/index.asp?PageID=61.
18. Valentín López B, García Caballero J, Muñoz y Ramón JM[a], Aparicio Grande P, Díez Sebastián J, Criado Jiménez A. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. Rev Esp Anestesiol Reanim 2006: 53, 315-325.
19. Miaskowski C, Nichols R, Brody R, Synold T. Assessment of Patient Satisfaction Utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on Acute and Cancer-Related Pain. J Pain Symptom Manage 1994; 9: 5-11.
20. Valentín-López B, García-Caballero J, Muñoz-Ramón JM, Royo-Peiró, Aparicio-Grande, y Criado-Jimenez A. Desarrollo de una vía clínica de dolor postoperatorio. Rev Calidad Asistencial 2002; 17(8): 600-608.
21. Muñoz-Ramón JM, Criado A, Valentín B, García-Caballero J. Diseño de un plan de formación para la puesta en marcha de una Unidad de Dolor Agudo. Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 37-40.
22. Muñoz-Ramón JM, Valentín B, Criado A. Planificación y Gestión en el dolor agudo postoperatorio. Unidad de dolor agudo. En Torres LM: Tratamiento del Dolor Postoperatorio. Barcelona: Ediciones Ergón, 2003.
23. Muñoz JM, Valentín B, Criado A. ¿Protocolos o unidades de dolor agudo? Planificación y gestión. Costes del dolor postoperatorio. En Aliaga L: Dolor Agudo y Postoperatorio. Barcelona: Caduceo Multimedia, 2005.
24. Muñoz-Ramón JM, Reguera Espelet A, Aparicio Grande P, Carr DB. Manual de Dolor Agudo Postoperatorio. Hospital Universitario La Paz. Servicio de Anestesiologia y Reanimación. Unidad del Dolor Agudo. Instituto Upsa del Dolor. Madrid: Ed You & Us, 2002. (Citado 7 Agosto 2006). Disponible en http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/hospital/uda/manuales/doloragu.pdf
25. Ward SE and Gordon D. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: A longitudinal view of one setting's experience. J Pain Symptom Manage 1996; 11: 242-251.
26. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC y Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 197-202.

Tabla 1: Características de los pacientes según grupo de estudio.

	Antes del programa N=158	Después de 6 meses del programa N=166	Después de 30 meses del programa N=182	Valor p
Características de los pacientes				
Género				
Hombres (289)	90 (57,0%)	87 (52,4%)	112 (61,5%)	0,228
Mujeres (217)	68 (43,0%)	79 (47,6%)	70 (38,5%)	
Edad, años (506) Media (DE)	55.3 (20,2)	57,2 (18,1)	56,7 (17,9)	0,619
Educación completada				
Básica/EGB (295)	98 (64,9%)	87 (56,9%)	110 (62,9%)	0,254
Bachiller/Universitaria (184)	53 (35,1%)	66 (43,1%)	65 (37,1%)	
Desconocida (27)	7 (4,4%)	13 (7,8%)	7 (3,8%)	
ASA				
I (126)	58 (36,7%)	33 (19,9%)	35 (19,2%)	**<0,001**
II (188)	51 (32,3%)	73 (44,0%)	64 (35,2%)	
III-IV (192)	49 (31,0%)	60 (36,1%)	83 (45,6%)	
Nº de Comorbilidades (506) Media (DE)	1,7 (1,7)	2,1 (1,7)	2,6 (1,9)	**<0,001**
Características del procedimiento				
Servicio				
Cirugía Vascular (75)	18 (11,4%)	31 (18,7%)	26 (14,3%)	0,177
Cirugía General (431)	140 (88,6%)	135 (81,3%)	156 (85,7%)	
Intervención de urgencia (129)	56 (35,4%)	38 (22,9%)	35 (19,2%)	**0,002**
Tipo de Anestesia				
General (344)	104 (65,8%)	120 (72,3%)	120 (65,9%)	
Regional (150)	50 (31,6%)	40 (24,1%)	60 (33,0%)	0,229
Local (12)	4 (2,5%)	6 (3,6%)	2 (1,1%)	
Tipo de cirugía según región				
C. Cabeza y Cuello (11)	2 (1,3%)	4 (2,4%)	5 (2,8%)	
C. Torácica no cardiaca (33)	15 (9,5%)	10 (6,1%)	8 (4,4%)	
C. Abdominal (218)	68 (43,0%)	76 (46,1%)	74 (40,9%)	**0,049**
C. Pared Abdominal (115)	32 (20,3%)	33 (20,0%)	50 (27,6%)	
C. Perianal (52)	24 (15,2%)	10 (6,1%)	18 (9,9%)	
C. Vascular/Extremidades (75)	17 (10,8%)	32 (19,4%)	26 (14,4%)	
Tiempo desde la cirugía (horas) Media (DE)	22,7 (8,5)	25,6 (13,3)	22,5 (9,9)	**0,013**

Tabla 2: Características del programa según grupo de estudio.

	Antes del programa N=158	Después de 6 meses del programa N=166	Después de 30 meses del programa N=182	Valor p
Características del programa				
Atención por la UDA (110)	- (0%)	54 (32,5%)	56 (30,8%)	-
Tipo de Analgesia				
AINES (384)	148 (93,7%)	116 (69,9%)	120 (65,9%)	**<0,001**
Opiáceos o Epidural (122)	10 (6,3%)	50 (30,1%)	62 (34,1%)	
Prescripción analgésica				
A demanda (80)	41 (25,9%)	30 (18,1%)	9 (4,9%)	**<0,001**
Pautada (426)	117 (74,1%)	136 (81,9%)	173 (95,1%)	
Vía de Administración				
Oral (42)	19 (12,0%)	21 (12,7%)	2 (1,1%)	**<0,001**
Intravenosa (464)	139 (88,0%)	145 (87,3%)	180 (98,9%)	
Tratamiento de Rescate (107)	16 (10,1%)	33 (19,9%)	58 (31,9%)	**<0,001**
Respuesta terapéutica				
Respuesta Completa (224)	55 (34,8%)	78 (47,0%)	91 (50,0%)	**<0,001**
Respuesta Parcial (155)	43 (27,2%)	52 (31,3%)	60 (33,0%)	
No-respuesta (127)	60 (38,0%)	36 (21,7%)	31 (17,0%)	
Características del programa percibidas por el paciente				
Información recibida1 (179) *Comentar importancia del tto del dolor*	38 (24,1%)	50 (30,5%)	91 (50,6%)	**<0,001**
Información recibida2 (432) *Indicación de solicitar analgesia si dolor*	131 (83,4%)	141 (84,9%)	160 (87,9%)	0,488
Petición de analgesia (165)	57 (36,1%)	55 (33,1%)	53 (29,1%)	0,388
Demora administración analgesia				
< 15 minutos (138)	42 (73,7%)	45 (81,8%)	51 (96,2%)	**0,006**
> 15 minutos (21)	15 (26,3%)	10 (18,2%)	2 (3,8%)	
Satisfacción con personal médico				
Muy Insatisfecho-Insatisfecho (4)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	0,607
Algo Satisfecho (24)	10 (6,4%)	9 (5,6%)	5 (2,9%)	
Satisfecho-Muy Satisfecho (462)	146 (93,0%)	151 (93,8%)	165 (95,9%)	
Satisfacción con personal enfermería				
Muy Insatisfecho-Insatisfecho (8)	4 (2,5%)	2 (1,2%)	2 (1,1%)	0,443
Algo Satisfecho (34)	12 (7,6%)	14 (8,6%)	8 (4,5%)	
Satisfecho-Muy Satisfecho (453)	141 (89,8%)	146 (90,1%)	166 (94,3%)	

Gráfico 1: Alivio del dolor en la escala numérica según variables del programa

Tabla 3: Cambio del alivio de dolor (Ratios, IC 95%) según características del programa (N=506)

Alivio del dolor*	N	Análisis Crudo	Modelo 1[a]	Modelo 2[b]	Modelo 3[c]	Modelo 4[d]
Antes del programa	158	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Después de 6 meses	166	1,34 (1,18, 1,51)	1,34 (1,18, 1,52)	1,30 (1,14, 1,47)	1,29 (1,13, 1,48)	1,27 (1,12, 1,45)
Después de 30 meses	182	1,44 (1,28, 1,63)	1,46 (1,29, 1,66)	1,46 (1,29, 1,66)	1,40 (1,22, 1,60)	1,40 (1,22, 1,60)
Analgesia AINES	384	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Analgesia Opiáceos	115	1,35 (1,20, 1,53)	1,37 (1,22, 1,55)	1,32 (1,16, 1,50)	1,45 (1,18, 1,78)	1,41 (1,15, 1,73)
Analgesia Epidural	7	1,70 (1,11, 2,60)	1,72 (1,12, 2,64)	1,70 (1,11, 2,62)	1,94 (1,21, 3,10)	1,81 (1,14, 2,89)
No atención por UDA	396	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Atención por UDA	110	1,29 (1,15, 1,46)	1,30 (1,15, 1,48)	1,24 (1,08, 1,42)	0,77 (0,62, 0,97)	0,82 (0,65, 1,03)
Prescripción a demanda	80	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Prescripción pautada	426	1,12 (0,98, 1,29)	1,13 (0,98, 1,30)	1,15 (1,00, 1,33)	0,98 (0,84, 1,14)	1,00 (0,86, 1,15)
No tratamiento rescate	399	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Tratamiento rescate	107	1,19 (1,05, 1,35)	1,18 (1,04, 1,34)	1,20 (1,05, 1,36)	1,12 (0,99, 1,28)	1,12 (0,98, 1,27)
Administración oral	42	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Administración IV	464	1,11 (0,92, 1,34)	1,11 (0,92, 1,34)	1,19 (0,98, 1,43)	1,05 (0,87, 1,28)	0,99 (0,82, 1,21)

*** Alivio del dolor: Puntuación en la escala numérica de reducción de dolor calculado como la diferencia entre el dolor máximo y el dolor actual del paciente.**

[a] Modelo ajustado por las características del paciente: **edad, sexo, educación, asa y nº comorbilidades.**

[b] Modelo anterior ajustado además por las características del procedimiento: **servicio, urgencia, tipo de anestesia y tiempo desde la cirugía.**

[c] Modelo anterior ajustado además por las características del programa: **grupo de estudio, atención por UDA, tipo de analgesia, tipo de prescripción, tratamiento de rescate y vía de administración.**

[d] Modelo anterior ajustado además por las características percibidas por el paciente: **información recibida y solicitud de analgesia.**

Tabla 4: Cambio de la respuesta terapéutica asociado a las características del programa

Respuesta terapéutica*		Análisis crudo		Análisis ajustado**	
		Respuesta parcial OR (IC 95%)	Respuesta completa OR (IC 95%)	Respuesta parcial OR (IC 95%)	Respuesta completa OR (IC 95%)
Antes del programa	158	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Después de 6 meses	166	2,01 (1,13, 3,59)	2,36 (1,38, 4,05)	1,74 (0,87, 3,46)	1,94 (1,04, 3,60)
Después de 30 meses	182	2,70 (1,51, 4,84)	3,20 (1,85, 5,54)	2,96 (1,42, 6,20)	3,28 (1,68, 6,39)
Analgesia AINES	384	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Analgesia Opiáceos	115	2,97 (1,51, 5,87)	3,49 (1,83, 6,64)	3,51 (1,00, 12,37)	4,20 (1,29, 13,63)
Analgesia Epidural	7	1,98 (0,18, 22,17)	2,88 (0,32, 26,10)	2,69 (0,15, 47,14)	3,30 (0,25, 43,85)
No atención por UDA	396	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Atención por UDA	110	2,26 (1,17, 4,35)	2,67 (1,44, 4,94)	0,57 (0,14, 2,21)	0,66 (0,19, 2,32)
Prescripción a demanda	80	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Prescripción pautada	426	1,74 (0,92, 3,29)	1,44 (0,82, 2,53)	1,78 (0,81, 3,91)	0,97 (0,48, 1,93)
No tratamiento rescate	399	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Tratamiento rescate	107	1,82 (0,96, 3,44)	2,16 (1,19, 3,90)	2,10 (0,97, 4,52)	2,18 (1,07, 4,45)
Administración oral	42	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)	1,00 (Referencia)
Administración IV	464	1,14 (0,50, 2,59)	1,27 (0,59, 2,75)	0,75 (0,27, 2,10)	0,77 (0,30, 1,95)

*** Respuesta terapéutica: Respuesta al tratamiento analgésico medido como el cambio en la categoría del dolor actual respecto del dolor máximo del paciente.**

No-respuesta = Categoría de referencia (misma categoría de dolor)

Respuesta Parcial = Reducción al menos de 1 categoría del dolor actual respecto del dolor máximo

Respuesta Completa = Reducción del dolor a ausencia del mismo o a intensidad leve

** Modelo ajustado por las características del paciente, del procedimiento, del programa y las percibidas por el paciente.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. – MADRID Fecha encuesta
CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE Hora

Estamos interesados en saber cómo se ha tratado su dolor postoperatorio durante su ingreso en el hospital. Por favor conteste a las siguientes preguntas. Sus comentarios pueden sernos muy útiles. Esta encuesta es confidencial, sus datos de identificación serán destruidos al final del estudio.

1. **¿Tras la intervención sabe usted si ha recibido algún tratamiento para el dolor?** ❑ Sí ❑ No ❑ No sabe

2. **¿Sabe si le ha atendido su dolor la Unidad de Dolor Agudo?**
❑ Sí ❑ No ❑ No sabe

3. **¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?** Especificar _____ horas

Las siguientes preguntas se refieren al dolor que usted ha experimentado **en las últimas 24 horas**. Si contestó "no" a la pregunta número 1, el cuestionario ya está concluido.

4. **¿Ha sentido dolor en las últimas 24 horas?** ❑ Sí ❑ No

5. **En esta escala indique ¿cuánta molestia o dolor tiene EN ESTE MOMENTO?**

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

6. **En esta escala, indique por favor cuál ha sido el MÁXIMO dolor que ha tenido en las últimas 24 horas**

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

7. **En este escala, ¿cuál ha sido el MÍNIMO nivel de dolor que ha experimentado tras recibir la medicación para el dolor?**

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

8. **Indique su nivel de satisfacción con la manera en que las enfermeras trataron su dolor:**
❑ Muy insatisfecho ❑ Insatisfecho ❑ Algo satisfecho
❑ Satisfecho ❑ Muy satisfecho

9. **Indique su nivel de satisfacción con la manera en que los médicos trataron su dolor**
❑ Muy insatisfecho ❑ Insatisfecho ❑ Algo satisfecho
❑ Satisfecho ❑ Muy satisfecho

10. **¿Hubo algún momento en que la medicación que recibió para el dolor no fue suficiente y tuvo que solicitar otra dosis u otra medicación?** ❑ Sí ❑ No

11. **Cuando pidió un medicamento para el dolor ¿cuál fue el tiempo máximo que tuvo que esperar?**
❑ 15 min. o menos ❑ 15-30 min. ❑ 30-60 minutos
❑ > 1hora ❑ No se lo administraron

12. **Antes de la intervención, ¿los médicos y/o enfermeras le comunicaron la importancia del tratamiento del dolor?**
❑ Sí ❑ No

13. **Le indicaron que avisara al personal médico o de enfermería cuando tuviera dolor?**
❑ Sí ❑ No

14. **Nivel de estudios completados**
❑ Ninguno ❑ Primaria/EGB
❑ Bachillerato/Formación profesional ❑ Universitarios

15. **¿Tiene alguna sugerencia de mejora en el tratamiento del dolor que ha tenido?**
_____
_____
_____

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA

PARA COMPLETAR POR EL ENTREVISTADOR (Datos de la historia):

1. **Paciente:** _____
Nº HC: _____

2. **Edad:** _____**Servicio:** _____**Habitación:** _____
Antecedentes personales _____
_____
_____
_____

3. **Sexo:** ❑ Hombre ❑ Mujer

4. **Tiempo transcurrido desde la intervención:**
Día intervención: _____ **Hora intervención:** _____

5. **Procedimiento quirúrgico realizado:** _____ **Asa:**_____
Cirugía de Urgencias: ❑ Sí ❑ No

6. **Tipo de anestesia intraoperatoria (Especificar la anestesia)**
General: _____
Fentanilo (Fentanest)
Remifentanilo (Ultiva)
Ambos
Loco-regional
Anestésicos locales: _____
Anestésicos locales & mórficos

7. **Tipo de analgesia postoperatoria 24-72h (Especificar el analgésico, la dosis y la pauta)**
Fármaco
Mórficos
AINES
AmbosNinguno
Pauta
A demanda
Pautada
Rescate

8. **Atendido por la Unidad de Dolor Agudo:** ❑ Sí ❑ No

CORRESPONDENCIA ENTRE EFICIENCIA ECONÓMICA Y OBJETIVOS CUALITATIVOS DE PRESCRIPCIÓN. COMPARACIÓN ENTRE 5 ZBS Y 2 AÑOS DE PRESCRIPCIÓN.

Vernet-Moya P; Tomàs-Cedó RM; Rius-Rafecas MA; Colomés-Figurera Ll.
Grupo Sagessa. Dirección: AV. President Companys s/n; Reus; C.P. 43201. E-mail: pvernet@grupsagessa.com

Introducción

El gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico es uno de los principales problemas en países como España, donde la mayoría de medicamentos recetados son financiados públicamente. El informe de Salud del 8 de junio de 2005 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)_ recoge que el gasto en medicamentos creció un 32 por ciento entre el 1998 y el 2003. Según este informe, entre los 30 países que conforman la OCDE, España es el séptimo que más porción de su gasto en salud dedica a gasto en medicamentos. Por ello, no sorprende que el Gobierno impulse medidas para contener este gasto. Por ejemplo,en marzo del 2005 se rebajó un 4'2 por ciento el precio de casi 4000 fármacos[2]; ello contuvo el gasto durante el mes de marzo, pero en abril volvió a subir un 6'3 por ciento respecto al mismo periodo del año anterior.

El modelo catalán

El modelo sanitario en Cataluña se concretó en 1990 con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)[3], que creaba el Servei Català de la Salut (CatSalut) y consolidaba un sistema sanitario mixto, con la extensión del modelo a todas las líneas de productos sanitarios. El sistema incluye en una red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública[4].

El CatSalut es la entidad que garantiza la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Para ello realiza contratos de compra de servicios con sus proveedores. Con objetivo de controlar la calidad de la prescripción farmacéutica ambulatoria (PFA), en la parte variable de dichos contratos, desde el 1995 en el caso de la Atención Primaria (AP) y desde el 2003 para la Atención Especializada (AE), se incluyen objetivos cualitativos respecto a la PFA (ejemplo: indicadores de fármacos con precio de referencia); objetivos que están sujetos a un riesgo económico. En el caso del sector concertado, la AP tiene una penalización del 5% sobre el presupuesto de la Zona Básica de Salud (ZBS), y la AE una cantidad definida por el CatSalut. Además, con el objetivo de controlar el volumen del gasto farmacéutico para la AP, desde el año 1999 también se fija un Gasto Máximo Autorizado (GMA). Conjuntamente con el GMA se acuerda un % de riesgo (entre 40 y 70%), que se aplicará a la desviación respecto al GMA del ejercicio. Si el gasto en prescripción supera el GMA, el porcentaje acordado de dicha desviación será la cuantía que el proveedor abonará al CatSalut, y si el gasto en prescripción no alcanza el GMA el porcentaje acordado de la desviación será la cuantía que el proveedor recibirá del CatSalut.

Para fijar el GMA, el CatSalut toma como unidad de referencia el *coste medio por usuario*, y tiene en cuenta la población asignada a la ZBS, así como los movimientos migratorios, entre otros factores.

La AP del Grupo Sagessa

El Grupo Sagessa (Grupo de Asistencia Sanitaria y Social) es una entidad de titularidad pública dedicada a la promoción y provisión de los servicios asistenciales en sus diferentes niveles. El grupo opera en el ámbito geográfico de las comarcas del sur de Cataluña y forma parte del sector concertado; y por lo tanto, nuestros centros están sujetos a los objetivos del CatSalut fijados en el contrato de compra de servicios., Nuestra AP esta compuesta por 5 ZBS situadas en: Cambrils, la Selva del Camp, Reus (Reus5), Riudoms y Vandellós. Todas ella están sujetas a objetivos relativos a PFA, pero observamos comportamientos diferentes en su cumplimento.

Para analizar estas diferencias entre las ZBS estudiaremos la variabilidad y los factores que afectan en el precio por receta (PR), indicador que históricamente se ha monitorizado al Grup Sagessa desde 1991, porque es estable frente a la población flotante (a diferencia del coste por usuario). Además, es uno de los indicadores que monitoriza el CatSalut para todos los proveedores de AP, y que publica en su Web bajo el nombre de *"Informes de Benchmarking"*.

De otro lado, se estudiará si el cumplimento de los objetivos del CatSalut ejerce una influencia positiva en la disminución del gasto farmacéutico. Esto comportaría dos efectos: 1) controlar la tendencia alcista del gasto, y 2) si se consiguen los objetivos cualitativos CatSalut, la no penalización de las ZBS (recordar los objetivos cualitativos) e incluso pueden obtener una bonificación (recordar el objetivo GMA CatSalut).

Nuestro objetivo:

Para las 5 ZBS del Grup Sagessa y para 6 subgrupos terapéuticos (STer) mayoritarios, estudiar:

1. Los factores que influyen en el precio por receta (PR).
2. Correspondencia entre la eficiencia económica relativa y prescripción cualitativa.
3. Ahorro potencial si las 5 ZBS se comportaran como aquella ZBS con PR global menor (*benchmark* cuantitativo).

Material y Método

Datos:

Los datos base nos lo facilitamensualmente el CatSalut a través de su aplicativo (http://portal.catsalut.net/).

- Prescripción años 2004 y 2005, se informa receta a receta, a nivel de pacientes, unidad productiva (UP), profesional y producto dispensado de las 5 ZBS de Grupo Sagessa.
- 24 Vademécums correspondientes (el vademécum es mensual).

Tratamiento de los datos:

- Elección de 6 subgrupos terapéuticos (STer) a estudiar que son o han sido monitorizados por el CatSalut como objetivos cualitativos, por dos motivos: a) poder analizar la relación entre el cumplimiento de los objetivos CatSalut y el gasto farmacéutico; b) estos 6 STer representan cerca del 27% del total del gasto farmacéutico de la AP del Grupo Sagessa en ambos años; por lo tanto, actuando sobre estos 6 STer se puede incidir de forma importante sobre el volumen del gasto farmacéutico total.

Los STer son: IBP, ESTATINAS, IECA ARA II, DIURÉTICOS, ISRS NA y AINES (ver descripción en el anexo).

- Se asigna a cada receta 3 nuevas variables, no presentes en los datos base: a) grupo de edad (definimos 8 tramos diferentes (0-14, 15-25, 25-34, 35-54, 55-64, 65-74, 75-84 y >85); b) STer del producto dispensado; y c) género del usuario.
- Análisis para cada ZBS de las distribuciones de la recetas según edad y género del usuario. Análisis de varianza en cada STer para estudiar qué factores (género, edad, ZBS) influyen en el PR. Contrastos de hipótesis a un riesgo alfa del 5%:
- En cada STer, se establece como *benchmark* aquella ZBS que tiene el PR global más bajo.
- Para cada STer, ajuste directo por pirámide del *benchmark* (es el mismo método con que se ajusta la mortalidad en epidemiología) para establecer la eficiencia relativa (PR ajustado/ PR *benchmark*) de las ZBS entre ellas y con el *benchmark*. Análisis de la correspondencia con los indicadores cualitativos (r de Spearman).
- Ajuste indirecto (por PR del *benchmark*) para establecer la desviación monetaria (gasto observado respecto el esperado), potencial disminución del gasto en medicamentos. Para calcular el ahorro potencial para cada STer, se aplica para cada estrato de edad y sexo la siguiente expresión: $S_{zbsi} = (n^{o}receta_{szbsi})*(PR_{zbsi} - PR_{bench})$

En cada estrato, S_{zbsi} es el ahorro potencial del ZBS_i , PR_{zbsi} es el PR del ZBS_ien el estrato, yPR_{bench}es el PR del *benchmark* en este mismo estrato de edad y género. En caso que el *benchmark* para alguno de los estratos no hubiera prescrito ninguna receta se supone que el ahorro potencial es nulo.

Resultados

Factores que influyen en PR

- En todos los subgrupos, la distribución por grupo de edad y género es diferente entre las 5 ZBS. Por lo tanto, a efectos de comparación entre ZBS, hay que ajustar por grupo de edad y género. Ello se observa en ambos años.
- En todos los subgrupos, tanto el grupo de edad, como el género, como la ZBS son estadísticamente significativos para explicar el PR, tanto en 2004 como en 2005.

Benchmark

El benchmark en ambos años de estudio y en todos los STer es la ZBS5.

Ajuste directo: eficiencia relativa

- Eficiencia relativa: a pesar del ajuste por pirámide estándar del benchmark, para todos los STer las ZBS son menos eficientes que el benchmark (PR ajustado/ PR benchmark >1). La ineficiencia oscila en 2004 entre 12% y 37% y en 2005 entre 4% y 44%, según ZBS y STer.
- Correspondencia de la eficiencia con la calidad de prescripción. Buena correspondencia entre resultados indicadores CatSalut y la eficiencia relativa (ver ejemplos en figuras 1, 2 y 3):

a) Correlaciones r Spearman significativas ($p<0.05$) en 4 grupos en el 2004, y 5 en el 2005.

b) Comparando los resultados de los objetivos cualitativos 2005 vs 2004:

- el benchmark obtiene resultados similares
- el resto de ZBS mejoran sus resultados en casi todos los indicadores (excepto ZBS4).

Esto implica: a) la reducción de ineficiencia relativa respecto el *benchmark*; y b) la consecución del objetivo del GMA en 2005 de todas las ZBS; mientras en 2004 sólo el *benchmark* lo superaba.

(Figura 1)

(Figura 2

(Figura 3)

Ajuste indirecto: ahorro potencial

El ahorro estimado es de 450.840? para el 2004, y de 426.682? para el 2005 (ver figura 4). Esta disminución del ahorro potencial se explica por:

- la mejora en 2005 de los objetivos cualitativos de los subgrupos analizados,
- la mejora de todas las ZBS en la prescripción degenéricos, incrementando hasta 5 puntos en algunos casos.

(Figura 4

Conclusiones

- El PR varia según género, grupo de edad y ABS.
- El *benchmark* en todos los subgrupos y para dos años consecutivos es el mismo: la ZBS5.
- Después de un ajuste directo, todas las ZBS son más ineficientes que el *benchmark*, a pesar de que el *benchmark* no presenta el menor PR en cada estrato demográfico.
- En cada subgrupo de fármacos, se observa una buena correspondencia entre resultado del indicador cualitativo CatSalut y el nivel de eficiencia económica. A mejor resultado, mayor eficiencia (excepto en un subgrupo de fármacos, caso a estudiar).
- El ahorro potencial es de 450.840? en 2004 para el conjunto de las 4 ZBS y sólo para 6 subgrupos analizados, con un promedio anual de 112.710€ por ZBS.
- En 2005 en general las ZBS mejoran y se acercan al *benchmark* en los objetivos cualitativos de los grupos de fármacos analizados. También en 2005 todas las ZBS incrementan considerablemente el % de genéricos prescritos y cumplen el objetivo del GMA (cuando en 2004 sólo el *benchmark* lo cumplía). En relación a ello la eficiencia económica mejora y el ahorro potencial disminuye un 5'4%.
- Junto al ahorro para el sistema sanitario hay que considerar el experimentado por los proveedores a causa de: a) la disminución de la penalización pormejora en los objetivos cualitativos, y b) la bonificación derivada de la consecución del objetivo del GMA.
- El presente estudio muestra que queda aún espacio de mejora y ahorro si se siguiera reduciendo la variabilidad y las ZBS confluyeran en su comportamiento prescriptor con la ZBS *benchmark* de la misma organización.

Bibliografía

1 Drug spending in OECD countries up by nearly a third since 1998, according to new OECD data (8 junio 2005). Disponible en: http://www.oecd.org/document/25/0,2340,en_2649_37407_34967193_1_1_1_37407,00.html [fecha de acceso 30 de julio de 2005].

2 Els fàrmacs seran un 6,2% més barats. El Periódico de Catalunya 31-12-2004.

3 Ley 14/1986, de 25 de abril, por la cual se formula la Ley general de sanidad (BOE núm. 102, de 29.04.1986).

4 CatSalut [página principal en Internet]. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, CatSalut - Servei Català de la Salut; © 2002 [actualizado en fecha no conocida, citado 21 jul 2005].
Disponible en:http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix.htm

Anexo

Estos subgrupos y sus respectivos objetivos cualitativos son:

- Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP). Indicador: % DDD's Omeprazo I/ Total DDD's IBP.
- Estatinas. Indicador: % DDD's (Simvastatina +Lovastatina) / TotalDDD's Estatinas.
- Inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina más los antagonistas de receptor de la Angiotensina-II (IECA ARAII). Indicador: % DDD's (Enalapril +Captopril +Lisinopril) / Total DDD's (IECA+ARA II).
- IECA ARAII más diuréticos (DIURÉTICOS). Indicador: % DDD's (Enalapril+Hidroc, Captopril+Hidroc.) / Total DDD's(IECA+Hidroc; ARAII+Hidroc.).
- Antidepresivos Inhibidores de la la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (ISRS NA). Indicador: % DDD (fluoxetina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina) / DDD's (ISRS NA).
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Indicador: % DDD's (Rofecoxib, Celecoxib.) / DDD's AINES.

IMPACTO ASISTENCIAL DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA APENDICITIS INFANTIL.

Verónica Pérez-Blanco*, Victoria Ureña, Leopoldo Martínez***, Juan García-Caballero*, Araceli Reoyo**, Jesús Díez-Sebastián*.**

**Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Unidad de Calidad. Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ***Departamentode CirugíaPediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Introducción

La apendicitis es la patología quirúrgica más frecuente en la infancia y una de las principales causas de hospitalización. La apendicectomía supone el 1% de todas las intervenciones quirúrgicas[1-5].

Las vías clínicas (VC) son instrumentos para planificar la secuencia de procedimientos que forman un proceso asistencial. La utilización de VC como herramienta de gestión clínica tiene como principal objetivo la reducción de la variabilidad no justificada en la práctica clínica6-8. Su utilización está generalizada en países como EEUU, Canadá o Australia, donde es frecuente encontrar literatura relacionada con la evaluación de los resultados de estas herramientas9-10. Sin embargo, en nuestra lengua existen pocos trabajos que expongan resultados de su impacto real en la práctica clínica diaria[11-13].

La VC para la apendicitis infantil fue implantada en el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital La Paz en Junio de 2003. Los documentos de la vía y los resultados principales del estudio de validación previo a su implantación definitiva en el centro fueron publicados en esta revista en Mayo de 2005[14].

El objetivo principal del estudio que presentamos fue evaluar el impacto asistencial derivado de la implementación de la vía. Se analizaron posibles diferencias entre el grupo de pacientes que siguieron la VC durante los primeros dos años, y una cohorte histórica, midiendo y comparando estancia media, resultados clínicos y consumo de analgésicos.

Como objetivos secundarios nos planteamos determinar la satisfacción de los pacientes y/o familiares del grupo VC y la implantación de una escala visual de medición del dolor adaptada a la edad del niño.

Metodología:

El estudio se realizó en el Hospital Infantil La Paz, que tiene unos 12.000 ingresos al año y en el que se realizan unas 4.700 intervenciones quirúrgicas al año.

Se realizó un estudio cuasiexperimental con controles históricos:

- Grupo de estudio: muestreo aleatorio de los pacientes en edad pediátrica sometidos a cirugía de apendicitis aguda incluidos en la VC durante el periodo comprendido entre Junio de 2003 y Mayo de 2005.
- Grupo control: hallado mediante muestreo aleatorio de historias clínicas con diagnóstico principal de apendicitis aguda. Se escogieron pacientes ingresados durante los dos años antes de la implantación de la VC excluyéndose los de dos meses previos a la implantación de la VC por la posible influencia en los resultados por parte de los profesionales que participaban en la elaboración de la misma.

Además, se realizó un estudio prospectivo de la satisfacción del paciente mediante encuesta. Las encuestas fueron contestadas por escrito por los propios pacientes (si tienen edad escolar) o familiaresde forma anónima y voluntaria. Se entregaron en las habitaciones, donde se posibilitó que los pacientes las completasen el día previo al alta. El cuestionario completo contenía en total 29 preguntas. Además existía un apartado para comentarios y sugerencias.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: pacientes menores de 14 años (inclusive) ingresados para cirugía de apendicitis aguda e intervenidos en el Departamento de Cirugía Pediátrica y con seguimiento postintervención en el Hospital Infantil La Paz. Se excluyeron pacientes inmunocomprometidos y menores de 1 año.

La estimación del tamaño muestral se realizó prefijando una potencia del 80% y un nivel de significación del 95%, a partir de los datos estimados en la literatura (Guitiérrez et al)[15] sobre las diferencias de estancia media.

La recogida de datos se realizó mediante revisión de historia clínica.

Resultados:

En el estudio se incluyeron 125 pacientes de edades comprendidas entre 1 y 13 años con media ± D.E (desviación estándar) de 8,37 ± 3,39 años y mediana de 9 años, 71 varones y 54 mujeres. Los pacientes no incluidos en la vía clínica (grupo control) fueron un total de 67 (53,6 %) y los 58 restantes (46,4 %) pertenecían al grupo de estudio (incluidos en la vía clínica).

La distribución de las variables independientes de los pacientes seleccionados según tipo de apendicitis y según el grupo control y de estudio, se muestra en las tablas 1 y 2. Asimismo, se ofrece la significación estadística (valor *p*) tras haber realizado los test correspondientes para hallar las diferencias entre ambos grupos.

Tabla 1: Distribución de las principales variables independientes de los pacientes con apendicitis flemonosa o no complicada.

	Grupo control N=23	Vía Clínica N=25	*p*
Edad (años)	8,43	9,92	N.S
Sexo			
varón	15 (65,2%)	19 (76%)	N.S
mujer	8 (34,8%)	6 (24%)	N.S
Tº quirúrgico total (minutos)	70,43	73,60	N.S
Tº incisión/cierre (minutos)	39,13	40,20	N.S
Horas en reanimación	12,96	10,24	N.S
Tipo de cirugía			
Laparotomía			
Laparoscopia	22 (95,7%)	19 (76%)	N.S
	1(4,3%)	6 (24%)	N.S

N.S= no significativo.

Tabla 2: Distribución de las variables independientes de los pacientes con apendicitis complicadas.

	Grupo control N=39	Vía Clínica N=32	*p*
Edad (años)	8,15	7,78	N.S
Sexo			
varón	21(53,8%)	13(40,6%)	N.S
mujer	18(46,2%)	19(59,4%)	N.S
Tº quirúrgico total (minutos)	72,69	79,38	N.S
Tº incisión/cierre (minutos)	42,95	42,19	N.S
Horas en reanimación	24,31	16,25	N.S
Tipo de cirugía			
Laparotomía			
Laparoscopia	39(100%)	30 (93,8%)	N.S
	0	2 (6,2%)	N.S

N.S= no significativo.

Como se puede observar en ambas tablas, tanto en casos complicados como en no complicados, ambos grupos son comparables, ya que no se demostraron diferencias estadísticamente significativas para las principales variables independientes.
Los principales resultados clínicos y de estancia se exponen en las tablas 3, 4 y 5.

Tabla 3: comparación de la estancia media hospitalaria entre ambos grupos.

	Grupo control Media ± D.E	Vía Clínica Media ± D.E	*p*
Estancia media en apendicitis flemonosas (días)	4,22 ± 2,19	3,24 ± 0,73	0,041
Estancia media en apendicitis complicadas (días)	8,21 ± 4,50	7,72 ± 3,59	N.S
Estancia media sin estratificar por tipo de patología (días)	6,46 ± 4,22	5,71 ± 3,50	N.S

D.E= desviación estándar, N.S= no significativo.

Tabla 4: comparación de las principales variables cualitativas clínicas.

	Grupo control	Vía Clínica	*p*
Adecuación profilaxis	45/67 (67,2%)	55/58 (94,8%)	0,001
Medición dolor*	4/67 (6%)	50/58 (86,2%)	0,001

*Consta en registro de enfermería y/o en escala impresa en la hoja de tratamiento.

Tabla 5: comparación de las principales variables numéricas de resultado.

	Grupo control Media, D.E	Vía Clínica Media, D.E	*p*
Días con sonda nasogástrica	2,34 ± 6,01	0,97 ± 1,24	N.S
Día inicio tolerancia oral	2,95 ± 1,72	2,45 ± 1,52	N.S
Día cambio de antibioterapia intravenosa a vía oral	-	4,22 ± 1,60	-
Nº días con vía periférica	5,69 ± 3,88	4,63 ± 3,60	N.S
Dosis media de metamizol administrada por paciente	11,58 ± 7,68	5,49 ± 3,86	0,001

D.E= desviación estándar, N.S= no significativo.

También se compararon entre ambos grupos los resultados de los principales indicadores diseñados para la evaluación (tabla 6).

Tabla 6: Indicadores, estándares y resultados según grupo de estudio.

Indicador	Estándar	Grupo control	Vía Clínica	p
Cobertura VC	90%	-	58/65 (89,2%)	-
Cumplimiento 3 días estancia ap.flemonosas	90%	11/23 (47,8%)	20/25 (80%)	0,03
Cumplimiento 6 días estancia ap.complicadas		15/39 (38,5%)	16/32 (50%)	N.S
Recibieron profilaxis antimicrobiana perioperatoria		67/67 (100%)	58/58 (100%)	N.S
Adecuación profilaxis antimicrobiana perioperatoria	100%	45/67 (67,2%)	55/58 (94,8%)	<0,001
Cumplimiento antibioterapia establecida en VC (complicadas)	80%	-	29/32 (90,6%)	-
Cumplimiento terapia secuencial (complicadas)	80%	1/39 (2,5%)	22/32 (68,7%)	<0,001

N.S= no significativo.

La implementación de la VC no ha supuesto ninguna alteración en la seguridad de los pacientes ni aumento de la morbilidad, tal como demuestran los resultados expuestos en la tabla 7.

Tabla 7: distribución de frecuencias de las complicaciones halladas.

	Grupo control N=67 (%)	Vía Clínica N=58 (%)	p
Reintervenciones por complicación postquirúrgica	1 (1,5%)	4 (6,8%)	N.S
Infección herida quirúrgica		2 (2,9%)	5 (8,6%) N.S
Absceso intraabdominal	8 (11,9%)	9 (15,5%)	N.S
Ileo	5 (7,4%)	1 (1,7%)	N.S

N.S= no significativo.

Se tomó como indicador de calidad de la historia clínica el registro específico de existencia o no de alergias medicamentosas. En el grupo control, 50 de las 67 historias revisadas contenían este ítem (74,6%). En el grupo de VC, 38 de las 58 historias (65,5%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas.
Además, aprovechamos la implementación en el Departamento de la VC para la realización continua de encuestas de satisfacción. A partir de Junio de 2003, los profesionales de enfermería comienzan a entregar el cuestionario y a facilitar su cumplimentación.
La cobertura de la cuesta a lo largo del primer año fue del 44% y del 79% durante el segundo. Destacan la mejora observada en la atención del dolor, en la explicación de las recomendaciones al alta y en la adecuación de la información recibida. Estos tres aspectos se podrían relacionar con la implantación de mejoras que forman parte del proceso de implantación de una vía.
La satisfacción de los pacientes con el departamento, los profesionales y la atención recibida ha sido alta y muy alta, ya que en la escala de Likert (1= Muy insatisfecho a 5= Muy satisfecho) la mayoría de los ítems se sitúan entre el 4 y el 5.
La totalidad de los resultados de la encuesta quedan detallados en la comunicación tipo poster presentada en este congreso: "Monitorización de la satisfacción del paciente pediátrico hospitalizado por apendicectomía".

Discusión:
En nuestro estudio destaca como uno de los resultados más relevantes la diferencia de estancia media tanto en apendicitis flemonosas como en complicadas. Si bien en este último grupo las diferencias no son estadísticamente significativas, se puede deducir una mayor eficiencia, al reducirse en 0,5 días la estancia media en el grupo de vía clínica. Esto no se ha logrado a expensas de reducir la seguridad de los pacientes ya que, como se observa en los resultados, no ha aumentado la frecuencia de morbilidad ni de reingresos.
La reducción de estancias en apendicitis aguda tras la implantación de una VC, ha sido demostrada por otros estudios, como el de Gutierrez JM et al, en España (la diferencia de estancias fue también de un día a favor del grupo que siguió la vía clínica) y por Warner et al, en Norteamérica[15-16]. Existen en la literatura estudios en los que se demuestra la mejora de diversos resultados clínicos y en algunos de ellos, la reducción de la estancia media hospitalaria[17-22].
El tipo de antimicrobiano, tanto para la profilaxis perioperatoria como para el tratamiento de las apendicitis complicadas, así como el paso de vía intravenosa a vía oral, eran los puntos en los que se había observado mayor variabilidad por parte de los profesionales implicados. Según el estudio realizado, todos los pacientes recibieron la profilaxis antimicrobiana perioperatoria, alcanzándose el estándar establecido (100%). Además, tanto el tipo de antibióticos pautados en la vía como la terapia secuencial, se cumplieron en la mayoría de los casos.
También destacan las diferencias estadísticamente significativas entre la adecuación de la profilaxis entre el grupo VC vs el grupo control. En este último, los estándares de adecuación se cumplen en un 67,2% frente al 94,8% del grupo VC.
Otros datos importantes a la hora de valorar la calidad de la asistencia son la adecuación de la instrumentación o el inicio precoz de la terapia secuencial con el paso de la terapia antimicrobiana de vía intravenosa a vía oral. Como se expone en el apartado de resultados, la implanta-

ción de la VC ha podido facilitar la mejora de estos aspectos. Aunque las diferencias halladas no sean estadísticamente significativas, se observó una disminución en la media de días con sonda nasogástrica de 1,30 días y con vía periférica de 1 día, en el grupo de pacientes de la VC. Estas mejoras facilitan la comodidad del paciente y reducen la posibilidad de efectos adversos.

Otro dato significativo es la disminución de la media del número de dosis de metamizol administradas al paciente durante toda su estancia. De una media de 11,58 (DE 7.68) en el grupo control se pasó a una media de 5,49 dosis (DE 3.86) (p=0,001). Junto con este dato, conviene resaltar la alta satisfacción expresada paralelamente por los pacientes con la atención del dolor, tal como se expone en los resultados de las encuestas de satisfacción.

Otro de los resultados significativos de nuestro estudio es la efectividad de la VC para generalizar en el servicio la medición del dolor. Se acordó con el personal de enfermería que, en la hoja de tratamiento y cuidados, se añadiría una escala visual adaptada al niño. Aunque no se logró la generalización del registro gráfico directamente sobre esta escala, sí se registró en los comentarios de enfermería en la mayoría de los casos analizados del grupo VC (86,2% comparado con el 6% hallado en las historias de los pacientes del grupo control). La utilidad del uso de escalas visuales para la medición del dolor ha sido demostrada en numerosos estudios[23,24]. Aunque no se haya evaluado directamente la efectividad de esta medida, creemos que es una mejora destacable el haber implantado su uso en un servicio, aunque sea sólo en un proceso. La sistemática de medir el dolor o, por lo menos, tener en cuenta esta variable como una constante más a valorar dentro de las actividades de enfermería, es una práctica deseable y cada vez más difundida como una importante mejora en la calidad asistencial. En la encuesta de satisfacción realizada, uno de los ítems está destinado a medir la satisfacción con el tratamiento del dolor. Aunque no podemos comparar con la situación anterior a la instauración de esta mejora, podemos observar como, durante el segundo año de la implantación de la vía clínica, el 97% de los pacientes valoran esta actividad con las máximas puntuaciones dentro de la escala de Likert (grados 4 y 5 equivalentes a estar "bastante satisfecho" y "muy satisfecho").

Conclusiones:

1. La implantación de la vía clínica ha facilitado el consenso entre los profesionales, mejorado la coordinación entre ellos y ha logrado la implicación de un servicio clínico en un proceso de mejora continua de la calidad.
2. La estancia media ha disminuido en 1 día en el caso de apendicitis no complicadas (p = 0,041) y en 0,49 días en el caso de las complicadas, si bien en este último caso las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
3. La reducción de estancias hospitalarias no ha supuesto un mayor número de reingresos ni de complicaciones postquirúrgicas.
4. La estandarización del proceso ha facilitado el control de la variabilidad en la prescripción de antimicrobianos y ha mejorado la adecuación en la profilaxis perioperatoria.
5. La implantación de la VC se asocia a la disminución del número de dosis administradas del analgésico metamizol sin comprometer la adecuada atención del paciente y disminuyendo la probabilidad de efectos adversos derivados de una prescripción sistemática innecesaria.
6. La reducción del número de dosis de analgésico administradas en los pacientes del grupo VC ha sido simultánea a la generalización del uso de escalas visuales para la cuantificación del dolor.
7. La satisfacción de la mayoría de los pacientes con la organización del departamento ha sido alta y muy alta (Likert 4 y 5).

Bibliografía

1. Sauerland S, Lefering R, Neugebauer E. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
2. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
3. Bleuer JP, Toenz M, Aebi C, Peters N, Minder C, Schoep M et al. Antibiotic regimes and dosages for appendectomy. In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
4. Foulds KA, Beasley SW, Maoate K. Factors that influence length of stay after appendicectomy in children. Aust NZ J Surg 2000; 70:43-46.
5. Newman K, Ponsky T, Kittle K, Dyk L, Throop C, Gieseker K et al. Appendicitis 2000: Variability in practice, outcomes, and resource utilization at thirty pediatric hospitals. J Pediatr Surg 2003; 38:372-379.
6. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc) 1998;110:382-390.
7. García J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías Clínicas. Medicina Preventiva 1999; 5 (1):28-39.
8. Renholm M, Leino-Kilpi H, Suominen T. Critical pathways: a systematic review. JONA 2002; 33(4): 196-201.
9. Darer J, Pronovost P, Bass E. Use and evaluation of critical pathways in hospitals. Eff Clin Pract 2002;5:114-119.
10. Van Herck P, Vanhaecht K, Sermeus W. Effects of clinical pathways: do they work?. Journal of Integrated Care Pathways 2004; 8:95-105.
11. Ruiz-López P, Rodríguez-Cuéllar E, Alcalde J, Landa I, Jaurrieta E et al. Informe sobre el proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorectal II. Desarrollo de la vía clínica. Cir Esp 2003;74(4):206-20.
12. Hernández S, García J, Jiménez C, Escuin F, Mahillo B, Herruzo R et al. Resultados e impacto de una vía clínica para trasplante renal tras un año de desarrollo. Rev Calidad Asistencial 2003;18(1):9-19.
13. Nuñez C, Ríos E, Chamorro L, De Cabo M, Tabernero A, Martinez-Piñeiro L et al. Implantación una vía clínica para prostatectomía radical. Arch Esp Urol 1999; 52(10): 1051-9.
14. Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Martínez L, Reoyo A, Rodríguez E, Tovar JA. Diseño y validación de una vía clínica para la apendicitis aguda infantil. Revista de Calidad Asistencial 2005;20(3):119-25.
15. Gutiérrez JM, Lozano FJ, Díez R, Ardela E, García D, Domínguez FJ. Apendicitis aguda. Utilidad de una vía clínica basada en la evidencia. Cir Pediatr 2002; 15: 156-61.
16. Warner B, Kulick R, Stoops M, Mehta S, Stephan M, Kotagal U. An evidenced-based pathway for acute appendicitis decreases hospital duration and cost. J Pediatr Surg 33(9):1371-75.
17. Bergman DA. Evidence-based guidelines and critical pathways for quality improvement. Pediatrics 1999; 103(1): 225-31.
18. Kelly R, Wenger A, Horton C, Nuss D, Croitoru D, Pestian J. The effects of a pediatric unilateral inguinal hernia clinical pathway on quality and cost. J Pediatr Surg 2000; 35(7): 1045-48.
19. Valentín B, Alguacil A, Muñoz JM, Díez J, García J, Arias J et al. Impacto asistencial de la implantación de la vía clínica de septorrinoplastia. Rev Calidad Asistencial 2003;18(1):46-54.
20. Takegami K, Kawaguchi Y, Nakayama H, Kubota Y, Nagawa H. Impact of a clinical pathway and standardization of treatment for acute appendicitis. Surgery Today 2003;33(5):336-41.
21. Kelly CS, Andersen CL, Pestian JP, Wenger AD, Finch A, Strope G, Luckstead E. Improved outcomes for hospitalized asthmatic children using a clinical pathway. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 2000; 84(5):509-516.
22. Hauck L, Adler L, Mulla Z. Clinical pathway care improves outcomes among patients hospitalized for community-acquired pneumonia. Ann Epidemiol 2004; 14(9):669-75.
23. Gordon DB. Critical Pathways: A road to institutionalising pain management. J Pain Symptom Manage 1996;11:252-259
24. Muñoz-Ramón JM, Carr DB, Sukiennik A, Wurn WH. Tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Protocolos y procedimientos del New England Medical Center de Boston.Rev Soc Esp Dolor 2002;9:176-188

Agradecimientos: A todos los profesionales del Departamento de Cirugía Pediátrica y del Archivo del Hospital Materno-Infantil La Paz.

VALIDACIÓN DE DOS REGLAS DE DECISIÓN CLÍNICA PARA EL USO EFICIENTE DE RADIOGRAFÍAS EN LOS TRAUMATISMOS CERVICALES

Ventura I, Aginaga JR, Emparanza JI, Aguillo A, Ansa E, *Grupo EMUOC (Estudio multicéntrico Urgencias Osakidetza: Cervical) Hospital DONOSTIA (Donostia-San Sebastián) Gipuzkoa. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.*

Introducción

Existe documentación desde hace más de 20 años sobre la necesidad de aumentar la eficiencia en el uso de las radiografías en los servicios de urgencias. Ha sido sin embargo en los últimos años cuando se han desarrollado, validado e implementado reglas de decisión clínica para ayu-

dar a los clínicos en la toma de decisiones clínicas o terapéuticas, por ejemplo en el uso de radiografías en los pacientes con lesión traumática de tobillo o de rodilla y que ya han sido validadas e implementadas en nuestra Comunidad.

Una regla de decisión clínica se define como aquella herramienta que es derivada de estudios de investigación originales y que incorpora tres o más variables de la historia clínica, examen físico o de test simples. Las reglas de decisión clínica (reglas de predicción) han sido diseñadas para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones. Permiten disminuir la variabilidad en la valoración y en la atención de los pacientes, ante situaciones concretas. Definen cómo deben ser usados los datos clínicos y exploratorios para tomar decisiones. Pemiten a los médicos/enfermeras hacer frente a la incertidumbre inherente en la práctica clínica, incrementando la eficiencia.

En los servicios de urgencias hospitalarios se atienden con frecuencia pacientes con dolor cervical secundario a un traumatismo, generalmente tras sufrir un accidente de tráfico. A la mayoría de los pacientes se les realizan radiografías de la columna cervical. En los Estados Unidos de Norteamérica se realizan anualmente aproximadamente 800.000 radiografías de columna cervical por este motivo, teniendo en cuenta que la probabilidad de fractura es remota y que la mayoría de las radiografías realizadas son normales.

Los libros de texto de medicina de urgencia y de traumatología indican que las radiografías en las lesiones de columna cervical deben ser realizadas de manera rutinaria. Sin el apoyo de unas guías de práctica clínica validadas, los médicos de urgencias tienden a seguir el camino expedito de solicitar radiografías a la mayoría de los pacientes con dolor cervical secundario a un traumatismo. Esto se ve fomentado por la naturaleza de la medicina de urgencias: gran carga de trabajo, breve contacto médico-paciente, seguimiento casi inexistente y miedo a las repercusiones médico-legales. Además, las consecuencias de no diagnosticar una lesión cervical pueden conllevar secuelas neurológicas catastróficas para el paciente.

Los costes acumulados de procedimientos de bajo coste, pero realizados en gran número, tales como las radiografías de columna cervical, pueden ser considerables y a menudo contribuir más a aumentar los costes del sistema sanitario, que las nuevas pruebas de alta tecnología. Las reglas que conlleven una reducción en la proporción de pacientes a quienes se practica la radiografía, llevarán a un gran ahorro en los costes de la atención sanitaria.

Recientemente se han desarrollado dos reglas de decisión clínica para el uso eficiente de radiografías en los pacientes con dolor cervical secundario a un traumatismo. Su aplicación podría conllevar una disminución en el número de radiografías solicitadas, con el ahorro económico que ello supone para el sistema sanitario, además de la disminución de los tiempos de atención y disminución de las radiaciones ionizantes por las exposiciones. El objetivo de las mismas es la de conseguir una sensibilidad del 100% en la detección fracturas.

La regla desarrollada por Hoffman et al se basa en la aplicación de 5 criterios clínicos: la ausencia de dolor cervical en la línea media posterior de la columna cervical, la ausencia de déficit neurológico focal, un nivel de alerta normal, no evidencia de intoxicación y la ausencia de otra lesión dolorosa que pueda distraer al paciente del dolor de la lesión cervical. En el estudio de validación prospectivo llevado sobre 34.069 pacientes, de 21 hospitales de Estados Unidos de Norteamérica, la regla presentó una sensibilidad del 99.0% (intervalo de confianza -IC-del 95%: 98.0-99.6). El valor predictivo negativo fue de 99.8% (IC 95%: 99.6-100%), la especificidad del 12.9% y el valor predictivo positivo del 2.7%. El potencial de ahorro de radiografías que pudiera suponer la aplicación de estas reglas era del 12.6% de las radiografías realizadas.

La regla desarrollada por Stiell et al se basa en la aplicación de una serie de criterios que determinan qué paciente precisa de una exploración radiográfica en base a la sospecha de lesión cervical. La regla comprende 3 cuestiones principales: 1.¿hay algún factor de alto riesgo que conlleve a realizar obligatoriamente la radiografía?,2.¿hay algún factor de bajo riesgo que permita una evaluación segura de la amplitud de movimientos del cuello?,3.¿es el paciente capaz de rotar activamente el cuello 45º hacia la derecha y hacia la izquierda?.En el estudio de desarrollo de esta regla, sobre 8.924 pacientes de 10 hospitales de Canadá, éstas presentaron una sensibilidad del 100% (IC95%: 98-100%) y una especificidad del 42.5% (IC95%: 40-44%) para identificar las 151 fracturas clinicamente importantes que se observaron. El potencial de ahorro de radiografías que pudiera suponer la aplicación de estas reglas era del 58.2%.

Objetivo principal del estudio

Validar dos reglas de decisión clínica (RDC) que determinan qué pacientes con traumatismo agudo de columna cervical precisan de una exploración radiográfica.

Determinar la capacidad diagnóstica (sensibilidad y especificidad) de las RDC cuando se aplican prospectivamente en nuestra Comunidad.

Objetivos secundarios

1- Comparar la capacidad diagnóstica de las reglas de Hoffman y Stiell.
2- Determinar el potencial de las RDC para reducir el número de radiografías solicitadas.

Diseño

Observacional, con aplicación de las RDC y medición del resultado (presencia o no de fractura clínicamente relevante) de modo prospectivo. Evaluación de la validez: sensibilidad y especificidad.

Ámbito

Servicios de urgencias de 5 hospitales del País Vasco pertenecientes a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

Hospital Donostia (Gipuzkoa–Aranzazu)
- Hospital de Mendaro
- Hospital de Zumarraga
- Hospital del Alto Deba
- Hospital de San Eloy

Sujetos a estudio

Pacientes mayores de 14 años que acuden a los servicios de urgencias por dolor cervical secundario a un traumatismo no penetrante sufrido en las 48 horas previas.

Instrumentalización

Los médicos de urgencias serán entrenados en la aplicación de las RDC. Se les entregará una tarjeta plastificada con las definiciones. El médico de urgencias que atiende al paciente aplicará las RDC, anotará el resultado en hoja de recogida de datos (HRD) y ordenará la realización de la radiografía. Esta será interpretada por el médico de urgencias, anotando el diagnóstico en la HRD. Si no existe fractura, el paciente será remitido a su domicilio; en caso de fractura se realizará el tratamiento hospitalario siguiendo la práctica habitual. Los médicos serán encuestados al final del estudio sobre su grado de aceptación y utilidad de estas RDC.

Determinaciones

La capacidad de clasificar a los pacientes para la presencia de fractura será calculada con intervalo de confianza al 95%: sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo. Dada la naturaleza binaria de la predicción a realizar (presencia o no de fractura), no se construir la curva ROC.

Variables

Reglas de Stiell

1. ¿Hay algún factor de alto riesgo que conlleve obligatoriamente a realizar la radiografía:
- Edad >65 años
- Mecanismo peligroso*
- Parestesias en extremidades

2. ¿Hay algún factor de bajo riesgo que permita una evaluación segura de la amplitud de movimientos?:
- una colisión por alcance**
- posición de sedestación en urgencias
- capaz de caminar en cualquier momento tras el accidente
- dolor cervical de comienzo retardado
- ausencia de dolor en la línea media cervical

3. ¿Es capaz de rotar activamente del cuello 45º hacia la derecha y la izquierda?
- Mecanismos peligrosos:
  - Caida desde>1 metro/5 escalones
  - Carga axial o frontal a la cabeza ej. Zambullida

- Una colisión automovilística a alta velocidad (>100 km/h), vuelco del coche, salir despedido del coche
- Vehículos de recreo a motor
- Colisión en bicicleta, deportes de contacto

- Criterios de exclusión de una colisión por alcance
  - el accidente tras incorporación
  - ser golpeado por un autobús o un camión.
  - vuelco
  - ser golpeado por un vehículo a alta velocidad

2. Reglas de Hoffman
- Dolor cervical en la línea media posterior de la columna cervical,
- Ausencia de déficit neurológico focal,
- Nivel de alerta normal,
- Evidencia de intoxicación
- Presencia de otra lesión dolorosa que pueda distraer al paciente del dolor de la lesión cervical.

3. Otras variables del estudio
- Edad: variable cuantitativa, en años.
- Sexo: variable binaria.
- Trabajo habitual: variable categórica
- Actividad de ocio habitual: variable categórica
- Actividad que realizaba en el momento del traumatismo: variable categórica
- Hora de admisión en urgencias.
- Acceso al servicio de urgencias: espontáneo o derivado. Variable binaria
- Presencia de fracturaen la radiografía: variable binaria, si-no
- Resultado de la aplicación de las reglas de decisión clínica: variable binaria: positivo-negativo.

Resultados

Durante el periodo de 1 de Octubre de 2003 al 31 de Diciembre de 2005 se recogieron los resultados de la aplicación de dichas reglas a 838 pacientes, 436 hombres y 402 mujeres.

Aplicando las reglas de Stiell, la Sensibilidad: 100% (IC 95% 26.2-100) y la Especificidad: 34,2% (IC 95% 26-43) y el V.P.P: 3,85% (IC95% 0.8-10.8) y el V.P.N: 100% (IC 95% 90.97-100).

Aplicando las reglas de Hoffman, la Sensibilidad:100% (IC 95% 26.2-100) y la Especificidad: 49,1% (IC 95% 40-58) y el V.P.P: 4,9% (IC 95% 1.03-13.7) y el V.P.N: 100% (IC 95% 93.6-100).

Conclusiones

Se objetiva la validez de las reglas en la selección de pacientes y en la detección de fractura con una sensibilidad del 100%.

Con la aplicación de las Reglas evitaríamos la realización de Rx de columna cervical en: 33.3% de los pacientes (Reglas de Stiell) y 47.8% de los pacientes (Reglas de Hoffman).

COMUNICACIONES ORALES

C-001.- PROYECTO MEJORA CONTINUA. ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION Y AUTOEVALUACIÓN DE EFQM.
Lucas-Imbernón FJ, García-Fernández C, Gili Martínez-Meco P.

Objetivo general: Establecer un análisis de la situación inicial y de partida del proceso de MEJORA CONTINUA realizado en el Comp Hosp Univer de Albacete (CHUA) utilizando como herramientas de calidad el proceso de Acreditación según los Estándares de la JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI) para hospitales y con el Modelo de Autoevaluación del EFQM.
Metodología: Material. Se ha utilizado para este trabajo 3 herramientas: a. Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales de la JCI; b. Modelo de Autoevaluación del EFQM; c. Plan de Calidad del SESCAM 2005 (Servicio de Salud de Castilla La Mancha). Metodología. El proceso de evaluación inicial se realizó en tres etapas: a.Agenda de evaluación inicial del proceso de Acreditación según estándares JCI, Mayo del 2005, B.Proceso de Autoevaluación según el Modelo EFQM de todo el CHUA. Octubre2005-Marzo2006. C. Determinación Áreas de Mejora Marzo-Mayo2006.
Resultados: Estándares de Acreditación Internacional JCI. Puntuación por criterios: Accesibilidad y Continuidad de la Atención, 6.8; Derechos del Paciente y de su Familia 8,0; Evaluación del Paciente 8,0; Atención al Paciente 5,9; Educación del Paciente y de su Familia 6,1; Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente 8,5; Prevención y Control de la Infección 8,8; Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección 6,0; Gestión y Seguridad de las Instalaciones 4,9; Formación y Cualificación del Personal 5,5; Gestión de la Información 8,0; Media total 7,0.
Autoevaluación Modelo EFQM: Liderazgo 32/100 (3,2); Política y estrategia 29,68/80 (3,71); Personas 47,74/90 (5,30); Alianzas y recursos 44,59/90 (4,95); Procesos 41,86/140 (2,99); Resultados en los clientes 77,34/200 (3,86); Resultados en las personas 9,22/90 (1,02); Resultados en la Sociedad 11,07/60 (1,84); Resultados clave 89,40 (5,96); Resultado final 382,90/1000 (3,82).
Conclusiones: Las herramientas de mejora nos han determinado áreas de mejora muy importantes: Desarrollar un Plan Estratégico estableciendo la misión, la visión y los valores de la organización; Establecimiento de los principios éticos de la organización; Implicación de los profesionales en la cultura de la calidad; Implantación de un proceso de Seguridad Clínica y Riesgo del paciente; Manejo adecuado de los fármacos garantizando el uso homogéneo de la medicación en toda la organización de una forma segura, eficiente y uniforme; Producción y Promoción de la actividad docente, científica e investigadora; Asegurar la homogeneidad de la atención a los pacientes en toda la Organización.
Contacto: Francisco Javier Lucas Imbernón
javierlucas@ono.com; fjlucasi@sescam.jccm.es

C-002.- GRADO DE CONCORDANCIA EN LAS ÁREAS DE MEJORA TRAS LA AUTOEVALUACIÓN DE 5 UNIDADES CON EL MODELO DE EXCELENCIA DE LA EFQM.
Sánchez-Bernal R, Urretxu-Reboiro L, Estébanez-Carrillo M, De Miguel- Aguirre E, Audicana Uriarte A, Bacigalupe-Artacho L.

Objetivos: 1º. Conocer el grado de concordancia en las Áreas de Mejora entre distintas Unidades de Hospitalización y Centros de Salud Mental, tras realizar la Autoevaluación siguiendo el Modelo de la EFQM. 2º. Ahorrar tiempo y esfuerzo en la autoevaluación, simplificandola y haciendola entendible y útil en el segundo nivel de la Organización: Unidades de Hospitalización y Centros de Salud Mental (en adelante CSM).
Metodología: Se realizó la autoevaluación según el Modelo de la EFQM en los años 2005 y 2006 en 2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Psicogeriatría de 37 camas cada una, 2 CSM de Adultos y 1 CSM Infanto-Juvenil, tras formación previa en el Modelo, lectura y autoevaluación personal de cada criterio (7-14 horas), reunión de consenso del equipo evaluador acerca de puntos fuertes, áreas de mejora y puntuación de todos los criterios (7 horas), priorización de las áreas de mejora (7 horas) y elaboración de un Plan de Mejora.
Resultados: 1º. Que además del Jefe, el resto de las personas reciba formación específica en gestión de la Calidad Total (100%). 2º. Utilizar sistemas de reconocimiento en categorías distintas a los facultativos (100%). 3. Definir, desarrollar y difundir la misión, visión y valores (80%). 4º. Establecer los objetivos mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con Dirección (80%). 5º. Definir y diseñar los subprocesos (80%). 6. Disponer de resultados e información de cómo se está trabajando en otras Unidades y CSM similares (60%). 7º. Formar específicamente en patologías emergentes de los nuevos grupos de interés – ej: trastornos adaptativos en inmigración - (60%). 8º. Definir y estructurar la relación con los aliados. (60%). 9º. Mejorar los sistemas de información y filtrar la página Web con criterios clínicos y técnicos. 10º. Realizar encuestas específicas diferenciadas de las globales de la Organización (Padres, pacientes ≤ de 11 y ≥ de 16 años, crónicos ingresados más de 7 años) (60%).
11º: Analizar la demanda de consultas preferentes (60%).
El rango de puntuaciones ha oscilado entre 213 y 432, y la puntuación media ha sido de 295,74 puntos, con un grado de satisfacción de los profesionales participantes del 92%.
Conclusiones: Al ser el grado de concordancia en las 11 primeras áreas de mejora ≤ al 60%, la autoevaluación con el Modelo de la EFQM ha sido positiva para la Organización, y además los profesionales han podido comprobar la utilidad de la misma, al ser ellos mismos quienes han priorizado las áreas de mejora.
Contacto: Rafael Sánchez Bernal
rsanchez@sma.osakidetza.net

C-003.- ESTABLECIMIENTO DE UN PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE LÍDERES DEL SECTOR O DE LAS MEJORES PRÁCTICAS: RED DE BENCHMARKING.
Fariñas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez E, Herrera-Carral P, Valdor M, Piedra L.

Introducción: Nuestro Hospital obtuvo en junio de 2005 el Sello de Excelencia en el nivel de "Calidad Europea" (sello de bronce). Una de las acciones de mejora priorizadas en la autoevaluación realizada fue el establecimiento de un proceso para la comparación de resultados clave con otras organizaciones líderes del sector. En este contexto surge la idea de poner en marcha una Red de Benchmarking entre hospitales similares que sirva para comparar regularmente aspectos del desempeño de los centros integrados en la red.
Métodos: Se ha utilizado la metodología REDER del modelo EFQM. El despliegue de la acción de mejora se inició con la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, que procedió a preseleccionar, a través del Catálogo Nacional de Hospitales de 2004, aquellos hospitales con los que nos podríamos comparar (Hospitales Generales, entre 200 y 500 camas y de titularidad pública). De los preseleccionados se solicitó información de indicadores de resultados clave a los Servicios de Salud de las distintas CC.AA. En función de la información así obtenida se seleccionaron aquellos hospitales con los que establecer la Red de Benchmarking, a los que se les ha propuesto participar contactando con las Gerencias mediante carta y/o teléfono. Se incluyó al menos un hospital por CC.AA.
Resultados: se preseleccionaron 75 hospitales de 13 CC.AA. que cumplían los requisitos fijados. Todas las CC.AA. enviaron la información solicitada. Tras el contacto con los hospitales seleccionados respondieron 6, de los que 1 rechazó participar. Tras contacto telefónico con 2 de los que no contestaron, ambos han aceptado participar. Por lo tanto hasta el momento la futura Red de Bechmarking estaría constituida por 8 hospitales de otras tantas CC.AA. (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Galicia, Madrid y Murcia). El paso siguiente es la realización de una reunión con el objetivo de diseñar la sistemática a implantar para el proceso de intercambio de información y el futuro funcionamiento de la red. También se valorará la ampliación de la red a otros hospitales similares que puedan estar interesados en el proyecto.
Conclusiones: compartir información y aprender de los mejores es también una necesidad y carencia dentro de nuestro sistema sanitario, con lo que la creación de una Red de Benchmarking de Hospitales similares en cuanto a tamaño y funcionamiento a nivel estatal sería de gran utilidad para seguir avanzando en la mejora continua y hacia la calidad total dentro de nuestras organizaciones.
Contacto: Mª Concepción Fariñas Álvarez
mfarinas@hsll.scsalud.es

C-004.- IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN A TRAVÉS DE LA AUTOEVALUACIÓN POR EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM.

Oliver-Lechuga A, Escalante M, Santamaría M, Equipo de proceso (Toledano JC, Bolinaga A) Equipo-de-proceso (Arocena MJ, Erauskin MJ, Micieces MP,) Equipo-de-proceso(Barandiaran E, Urcelay A, Irurzun I)

Objetivos: Incorporar a los clínicos en la gestión de todos los procesos asistenciales y someter a los mismos a la autoevaluación
Métodos. La Dirección del Hospital, determina la formación del equipo de proceso, designando a sus componentes de manera que los estamentos que intervienen en la Hospitalización estén representados. Se designa un coordinador del grupo, con experiencia en gestión y se establece un primer contacto de todos los componentes para la explicación del trabajo que se va a desarrollar. El coordinador va formando en gestión por procesos a medida que se celebran las reuniones. Se establece un calendario sin periodicidad rígida. Los componentes del equipo son sustituidos cuando se celebran las reuniones cuya fecha es determinada a la finalización de las mismas. Se van definiendo los subprocesos y se establecen progresivamente las fases de implantación.
Resultados. El proceso de Hospitalización se ha clasificado en 4 subprocesos: Acogida; Hospitalización; Prealta; y Alta. Se reparte por hospitalización la Misión, Visión y Valores del proceso, los mapas según metodología IDEF en varios niveles con lo que cada estamento puede visualizar sus labores específicas y colaborar a la implantación del proceso. Se han monitorizado 10 indicadores y los resultados se difunden trimestralmente en planillas por hospitalización. Se establecen y se han firmado apoyos con los servicios clínicos centrales, con los administrativos y con los servicios de transportes para definir exactamente las altas. Se han introducido un total de 10 acciones de mejora en las que los clínicos se han visto totalmente involucrados en su confección. Las encuestas de satisfacción de los pacientes se encuentran en cifras de 72% de resultados Muy bien o Excelente, habiendo evolucionado desde cifras del 60% antes de la implantación del proceso.
Conclusiones: El modelo EFQM es muy válido para la Gestión de los procesos asistenciales.
La Gestión por procesos obliga a la Mejora Continua. La participación de los clínicos en procesos asistenciales es básica para un buen funcionamiento de los mismos. Los indicadores clínicos de resultado interesan a los clínicos y les hacen participar en la gestión por procesos. Calidad es Evaluación.
Contacto: Alfonso Oliver Lechuga
hzoliver@hzum.osakidetza.net

C-005.- PRIMER PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN APLICANDO EL MODELO EFQM, EN UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN.

Ortiz-Otero M.

La Dirección del Hospital de Fuenlabrada ha planteado como uno de sus principales objetivos estratégicos avanzar hacia un compromiso de calidad aspirando a la excelencia asistencial, por este motivo, se ha planteado como objetivo principal en su primer año de actividad, la realización de un proceso de Autoevaluación, según el modelo Europeo de Excelencia, que permita realizar un diagnóstico real del hospital, y poner en marcha un plan de mejora. Como objetivos específicos del proceso, hemos tratado de formar al personal del hospital en los conceptos de calidad total, el modelo EFQM y de su aplicación en el sector sanitario. Hemos realizado un diagnóstico de situación interno que nos ha permitido identificar áreas de mejora y definir un plan de mejora que englobe a nueve grandes áreas, a partir de los resultados del proceso de Autoevaluación, y que en el momento actual se están desarrollando.
La metodología utilizada en el proceso ha consistido en el establecimiento de un equipo participante distribuido en grupos de trabajo y un equipo evaluador, asignando responsabilidades para garantizar el cumplimiento de los objetivos preestablecidos. Elaborar un plan de trabajo estableciendo un cronograma de actividades y reuniones de consenso para poner en común y debatir las puntuaciones individuales de los criterios EFQM de Agentes y llegar a un consenso sobre las principales áreas de mejora en la gestión.
Hemos seleccionado, priorizado y agrupado áreas de mejora en ámbitos homogéneos y estructuración del Plan de Mejora que se está desarrollando actualmente.
Contacto: M. Mercedes Ortiz Otero
mortiz.hflr@salud.madrid.org

C-006.- EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL HOSPITAL: UTILIZACIÓN DE DIFERENTES HERRAMIENTAS.

Darpón J, Colina A, Regúlez P, Guerra N, Onadia M, Urruela M.

Introducción: En el año 1997 el hospital define su primer Plan Estratégico, (PE), en el que ya se recoge como uno de los objetivos estratégicos, (OE), "Implantar el Modelo de Excelencia EFQM". El modelo EFQM es un instrumento práctico que ayuda a las organizaciones de varias maneras, y una de ellas es servir de estructura del sistema de gestión de la organización. En el segundo PE se identifican siete Estrategias, (E), donde la E3 "Calidad en la Gestión" habla de la necesidad de aplicar herramientas organizativas orientadas a mejorar la competitividad: sistemas de gestión de la calidad -normas- y modelo EFQM.
Objetivos: 1) Identificar qué herramienta de gestión es la más eficaz para cada uno de los procesos identificados en el mapa del hospital. 2) Desplegar los OE de la organización a través de los procesos, independientemente de la herramienta de gestión utilizada.
Metodología: Se crea un grupo de trabajo formado por la Dirección y la Unidad de Calidad y en función del tipo de proceso se decide aplicar la herramienta de mejora -metodología de gestión de procesos en base a la norma ISO 9001:2000 o en base al Modelo-. De los procesos estratégicos en este momento se está trabajando el de Gestión y Desarrollo de Personas, conforme a la norma. Los procesos operativos se aglutinan en cuatro macroprocesos: hospitalización médica, quirúrgica, consultas externas y urgencias los cuales se han trabajado con metodología de gestión según el modelo EFQM. Para los procesos de apoyo la herramienta utilizada es la norma ISO 9001:2000. Todos los procesos tienen un plan de gestión anual, y los objetivos y metas se recogen en Cuadros de Mando, (CM). Para los procesos no tratados con ninguna metodología estandarizada también se elaboran CM.
Resultados: El sistema de gestión diseñado permite integrar todas las actividades que se realizan, así como sus resultados y tendencias. Todos los CM recogen objetivos de calidad científico-técnica, de percepción de clientes, personas y en algunos casos de sociedad. La mayor parte de las actividades se organizan y gestionan de manera sistemática por procesos.
Conclusiones: 1.- El sistema de gestión diseñado facilita pasar de una organización vertical a una horizontal. 2.- El acceso a los Cuadros de Mando se realiza desde la Web lo que permite la información a todas las personas. 3.- Nuestro sistema de gestión implica un compromiso con la mejora continua y nos permite avanzar en el camino de la excelencia.
Contacto: Mercedes Urruela Oliván
murruela@hbas.osakidetza.net

C-007.- EXPERIENCIA PILOTO DE AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM DE UNA UNIDAD DE DÍA Y CORTA ESTANCIA QUIRÚRGICA.

Fernández N, Germán AI, Sanpedro M, Martínez P, García V, Gutiérrez MJ.

Objetivo: Realización de un estudio piloto de autoevaluación con el Modelo EFQM de una Unidad de Hospitalización de Día y Corta Estancia Quirúrgica; a fin de validar la herramienta para uso de las unidades asistenciales .
Método: 1- Para la autoevaluación se utilizó la herramienta Perfil, del Club Excelencia en Gestión, según la metodología del esquema de Reconocimiento establecido por dicha organización. La autoevaluación por Perfil está basada en el método del cuestionario. En este caso se ha utilizado el cuestionario iniciación (50 preguntas) que abarcan los nueve criterios del Modelo EFQM de Excelencia. Se definió un equipo de 13 evaluadores de la unidad sobre un total de 22 personas y con los siguientes perfiles profesionales: enfermera, auxiliar de enfermería, celador y auxiliar administrativo; que con una formación previa tanto en el modelo EFQM como en el uso de la herramienta, evaluaron la unidad , otorgando puntuaciones para cada una de las preguntas.
2- Se estableció una encuesta de opinión cara a los profesionales de la unidad con el objeto de saber si consideraban útil la herramienta.
Resultados: a) La puntuación numérica obtenida en el ejercicio de autoevaluación: 321 puntos. b) Plan de excelencia bianual y específico de la unidad que agrupa 23 acciones de mejora consensuadas por el equipo, objetivos derivados del Plan de Excelencia del Hospital y objetivos singulares de la propia unidad. Priorización de las acciones de mejora que ha permitido establecer la temporalidad del Plan. c) Establecimiento del Mapa de procesos de la unidad alineado con el

Mapa del Hospital. d) Elaboración de la petición del Plan de Inversiones de la unidad, tanto en Personas (Incorporación de Personas y Plan de Formación) como en Recursos (Plan de Renovación Tecnológica, Plan de Confortabilidad, Plan de Tecnologías de la Información y Comunicación, y Plan de Adecuación de Infraestructuras), alineado con el Plan de Excelencia de la unidad. e) La validación de la herramienta a través de los resultados de la encuesta de opinión.
Conclusiones: 1. La experiencia ha sido altamente satisfactoria y útil para la gestión de una unidad asistencial 2. El Modelo EFQM es una herramienta que permite la optimización y priorización en la asignación de Personas y Recursos. 3. También resulta útil a la hora de encauzar el trabajo hacia la gestión por procesos.
Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

C-008.- AUTOEVALUACIÓN DE LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO CON EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA UTILIZANDO LA HERRAMIENTA PERFIL.
Sanz-Cortés J, Santos-Gómez A, Cañizares-Ruiz A, Resto del equipo directivo

Objetivo: Conocer por medio de la evaluación de la Gerencia del Área cuáles son nuestros puntos fuertes y detectar las áreas de mejora que nos permitan crecer como organización mejorando la calidad de la asistencia sanitaria.
Método: Autoevaluación siguiendo el modelo EFQM utilizando la herramienta PERFIL del Club de Gestión de la Calidad, según la metodología del Esquema de Reconocimiento establecido por dicha organización y coordinado por NOVASOFT.
Se definió un grupo de evaluadores de la Gerencia de Área que recibió formación en el modelo EFQM y en el uso de la herramienta, puntuando las 120 preguntas de los 9 criterios del modelo.
Las puntuaciones individuales se sometieron a consenso por medio de una reunión.
Resultados: El resultado fue de 290 puntos, se detectaron 27 áreas de mejora. De éstas, por medio de una matriz de priorización se decidió actuar sobre:
Profundizar en la definición, revisión e implantación de los canales de comunicación necesarios para la gestión de la organización.
Elaboración del mapa de procesos.
Documentación y despliegue completo de la misión, visión y valores y comunicación del organigrama a los empleados.
Conclusiones: La autoevaluación EFQM de la Gerencia de Área de Puertollano nos ha permitido aumentar la cultura de calidad de la organización a partir de los participantes en el proceso, conocer cuales son las áreas de mejora prioritarias de nuestra organización y por último disponer de una puntuación obtenida por medio de una metodología reproducible que nos permita compararnos con nosotros y con otras organizaciones de nuestro entorno.
Contacto: Juan Sanz Cortés
jsanzc@sescam.jccm.es

C-009.- CAMINO DE LA EXCELENCIA.
Agirrebeña-Larrañaga J, Castillo-Polo M, Letona-Aramburu J, González-Llinares R, Pérez-Boillos MJ, Ansotegui-Pérez JC.

Introducción: El modelo EFQM de Excelencia es un instrumento práctico que ayuda a las organizaciones como herramienta para realizar una Autoevaluación y medir en que lugar se encuentran en el camino hacia la excelencia, ayudándoles a identificar posibles carencias y a implantar soluciones.
Se expondrán los resultados cuantitativos de la V Autoevaluación realizada con el Modelo de Excelencia EFQM, adoptado como modelo de gestión corporativa.
Objetivo: 1-Implantación del modelo de gestión de la Calidad Total de la EFQM, alineado con el Plan Estratégico de Osakidetza. 2. Obtención de puntos fuertes y áreas de mejora. 3. La implantación de Planes de mejora integrados en el Plan de Gestión. 4. Completar formación de los equipos directivos.
Metodología: El método de Autoevaluación propuesto es el siguiente:
- Reflexionar en equipo sobre actividades y resultados de elementos gestionables de una organización/servicio.
- Enfrentarse al modelo de excelencia EFQM.
- Identificar puntos fuertes y áreas de mejora.
- Elaborar planes de mejora.
- Integrarlos en el Plan de Gestión.

Se proponen como herramientas de apoyo el modelo EFQM completo, el modelo adaptado y Evalexpress.
Resultados: La participación en la Autoevaluación del bienio 2004-2005 ha sido:
13/18 Hospitales que representan el 72%, 6/7 Comarcas: 86% y 4/6 otras organizaciones:67%.
Se observa un incremento en la media de puntuaciones totales de las organizaciones autoevaluadas. Se ha pasado de 372,2 en el bienio 1996-1997 a 426,7 actual.
Cinco organizaciones obtienen una puntuación global entre 300-400 puntos, 9 obtienen una puntuación de 400-500 puntos y 4 superan la barrera de 500 puntos.
Se han detectado 15 áreas de mejora por termino medio en cada organización.
La utilización de esta herramienta ha llevado a mejorar la calidad de gestión de nuestros centros, lo cual es reconocido por otras instituciones (1 Premio Europeo a la Excelencia), 3 Q de Oro y 8 Q de Plata concedidos por Euskalit.
El conocimiento del modelo EFQM alcanza a la totalidad de los equipos directivos.
Conclusiones: El conocimiento adquirido a través de autoevaluaciones y evaluaciones externas han derivado en un mejor conocimiento de nuestra propia organización y ayuda a las organizaciones a afianzar sus posiciones tanto internas como externas.
Aunque las puntuaciones obtenidas en este proceso revelan un buen nivel de nuestros centros, no constituye lo más importante de esta autoevaluación cuyo "producto" más útil ha sido la detección de áreas de mejora en cada centro.
Contacto: Javier Aguirrebeña Larrañaga
jaguirrebena@sscc.osakidetza.net

C-010.- DEMORA QUIRÚRGICA EN 1000 PACIENTES AFECTOS DE FRACTURA DE CADERA.
Galí J, Puig C, Vila A, Rosell G, Sáenz I, Carrasco G.

Introducción: Existe controversia sobre los efectos negativos ligados a la demora quirúrgica en los pacientes afectos de una fractura de cadera
Objetivo: Analizar la demora quirúrgica de los pacientes mayores de 64 años afectos de una fractura de cadera
Método: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se considera demora si el intervalo de tiempo entre ingreso e intervención quirúrgica es superior a 24 horas. Inclusión de los pacientes, mayores de 64 años, ingresados desde Junio de 1997 hasta Julio de 2003 en el Hospital de Barcelona, por presentar una fractura de cadera y tratados siguiendo una vía clínica. Exclusión por negativa al tratamiento propuesto. Seguimiento periódico de los pacientes con controles mínimos al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año postoperatorios. Registro de datos en una base de datos mediante el programa informático File Maker Pro. Análisis de datos mediante Excel 97 y File Maker.
Resultados: Se incluyeron en el estudio 1000 pacientes (75% mujeres), con una edad media de 82,2 +/- 7,4 años, estancia media de 7,4 +/- 3,7 días, mortalidad intrahospitalaria del 3,8% y mortalidad al año del 23,7%. Diez pacientes (1%) no fueron tratados quirúrgicamente. Se registró demora en 100 pacientes (10,1%) (62% mujeres), con una edad media de 80,8 +/- 6,8 años, estancia media de 9,8 +/- 4,1 días, mortalidad intrahospitalaria del 7% y mortalidad al año del 32%. En los pacientes en los que no se registró demora quirúrgica la mortalidad intrahospitalaria fue del 2,9% y la mortalidad al año del 22,2%. Las causas principales de la demora fueron: patología asociada 78% (44% por tratamiento con acenocumarol), tipo de fractura 6%, no disponibilidad de quirófano 6%, causas familiares 5%, no disponibilidad de material 2% y otras 3%. Comparando los pacientes que presentaron demora con los que no la presentaron se aprecia una comorbilidad con predominio de: enfermedades cardiacas (60% vs 20,1%), enfermedades respiratorias (16% vs 10,9%), neurológicas (28% vs 17,3%), y renales y urológicas (21% vs 8%). Comparativamente también las complicaciones intrahospitalarias fueron: infarto agudo de miocardio (2% vs 0,1%), neumonía (3% vs 0,9%), y retención urinaria (6% vs 2,6%).

Conclusiones: Los pacientes que presentaron demora quirúrgica presentaron una mayor estancia media y comorbilidad, registrándose una mayor mortalidad y un mayor número de complicaciones.
Contacto: Jordi Galí López
3592jgl@comb.es

C-011.- ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE UN PROBLEMA DE PRESIÓN ASISTENCIAL Y DE ACCESIBILIDAD, CON METODOLOGÍA CREA.
Sánchez-Martín CI, Arbonies-Ortiz JC, Telletxea-Nicolarena T, Macías-Sánchez MJ, Gago-Moreda M, Ávila-Rodríguez JM.

Introducción: El aumento de la utilización de los servicios por parte de los ciudadanos, que conlleva un aumento de presión asistencial en las consultas, además de una utilización de las mismas de manera no equitativa.
Esta saturación de consultas no satisface a los Profesionales Asistenciales, que ven sobrecargadas sus agendas, ni para las Áreas de Atención al Cliente que proporcionan servicios de cita al Cliente externo y de apoyo al interno, ni para los propios Clientes, que ven mermado el tiempo de consulta que se les ofrecen.
Por otra parte, cierto número de consultas no añaden valor y consumen un tiempo que podría dedicarse a otras actividades. Nos planteamos estudiar este problema y buscar alternativas para mejorarlo.
Objetivo: Analizar posibles causas de la excesiva presión asistencial.
Eliminar actividades que no añadan valor y consuman recursos.
Optimizar la actividad del Centro (asistencial y del AAC)
Motivar a los profesionales creando un Equipo de trabajo que estudiara el problema de sobrepresión
Metodología: Se utiliza metodología CREA, que superando modelos estables, propicia la búsqueda de alternativas diversas y que tras su valoración, se eligen las más idóneas.
La metodología utilizada sigue las directrices del acrónimo IDEAL, donde:
I) Identificar el problema
D) Definir el problema o parámetro
E) Explorar las distintas estrategias u opciones
A) Actuar o planificar la ejecución
L) Logros que se obtienen
Resultados:
• Aumento del tiempo de consulta para cada Usuario
• Reducción de contactos para trámites
• Elaboración de guías de educación Sanitaria y paneles informáticos para el fomento de auto-cuidado y la utilización responsable de servicios
• Coordinación con los Puntos de Atención Continuada
• Satisfacción del grupo de trabajo y de los otros profesionales del Centro
• Optimización de agendas y tiempo de citas para pacientes indemorables
• Puesta en marcha del proyecto de Intervención Comunitaria
Conclusiones: Buscar alternativas al problema de la presión asistencial por medio de la metodología CREA, además de aumentar la cohesión como equipo, ha permitido implantar medidas y obtener resultados, que es necesario seguir monitorizando para ver su evolución a largo plazo. Se ha pulsado la opinión de los profesionales sobre las alternativas generadas, destacando una acogida favorable. Se prevé medir la satisfacción de los usuarios, tras un periodo de implantación de un año. La Metodología CREA propicia la participación.
Contacto: Carmen Sánchez Martín
inmasanchez@apge.osakidetza.net

C-012.- MEJORA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE AGENDAS Y ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Peña-Rodríguez E, Aguirre-de la Peña E, Arias-Espada M, Fernández-Conde J, López-Orive MA, Esteban-Tudela M.

Objetivos: Evaluar la estructura organizativa de las agendas de los médicos de familia (MF) e indicadores de accesibilidad en un Centro de Salud (CS), con el fin de identificar posibles áreas de mejora, aplicar medidas correctoras y evaluar el impacto de las mismas.
Métodos: Ciclo de mejora de calidad iniciado en marzo de 2006 con la evaluación de la estructura de las 5 agendas de MF de un CS y de la presión asistencial (PA), pacientes atendidos sin cita/día, intervención posterior y reevaluación prevista para julio y septiembre de 2006.
Intervención
• Sesión formativa sobre gestión de agendas y consulta.
• Reuniones de trabajo presentando el proyecto de mejora y consensuando las intervenciones a seguir.
• Modificación de la estructura de tres agendas de MF: Se establece una oferta de citas y una diferenciación de las mismas acorde con la PA y con el tiempo necesario para cada actividad. El horario de citación abarca todo el tiempo de atención en el centro. Se bloquea media hora para apertura y cierre de consultas, media hora de descanso y una hora a la semana para reuniones. Los pacientes pasan a ser citados por minutos y no en bloques de cuarto de hora. Se reservan huecos para atender a pacientes sin cita..
• Implantación de agendas de cita previa informatizada en consulta de enfermería. Estructura de agendas coordinadas con las de médicos de familia.
• Ampliación del horario de citación, de tal forma que los pacientes puedan ser citados mientras existan huecos disponibles en las agendas diarias.
• Unificación de mensajes a la población.
• Entrega de información escrita a pacientes sobre funcionamiento de la cita previa.
Resultados: Análisis de la estructura agendas: Se ofrecen citas solo al 50% de la demanda
Presión asistencial media: 68,6 + 2,2
Número medio pacientes atendidos sin cita: 6,8 + 2,9
Conclusiones: De la evaluación realizada se desprende que la oferta de cita no se corresponde con la presión asistencial media, que existen en todas las agendas huecos sin citar, que se ven sin cita bastantes pacientes y que las citas a demanda para el día siguiente están casi completas. Esta gestión de las agendas genera problemas en la organización de la asistencia, repercute negativamente en la accesibilidad y en la calidad de la atención prestada, disminuyendo la satisfacción de pacientes y de profesionales.
Contacto: Enriqueta Peña
enriquetap@sescam.jccm.es

C-013.- ¿POR QUÉ LLEGAN TARDE LOS PACIENTES CITADOS? ESTUDIO ANUAL DE DEMORAS (2003-2005).
Cruz C, Flores G, González F, Revuelta C, Sánchez LM, Sampedro I.

Objetivo: realizar un análisis detallado de las causas de que un porcentaje alto de pacientes llegue cada año tarde a su cita en los sucesión estudios de demora realizados. En los últimos tres años fue la causa de retraso más frecuente, en 2003 fueron 102 de 170 (60%), en 2004 un 66% y un 42% en 2005.
Método: Estudio prospectivo durante tres semanas consecutivas con registro de hora de cita y hora de entrada del paciente en el Hospital de día. En aquellos casos con retraso se recoge la causa, codificada en: dependiente del Hospital de día por no tener puesto disponible; dependiente de Consulta, por estar el paciente o su historia clínica en consulta; dependiente del paciente que retrasa su llegada; de Farmacia por retraso entrega de medicación; y otras como paciente en Rx/quirófano, problema ambulancias, extravío de orden médica, de historia clínica o necesidad de fármaco a confirmar. En 2005 en caso de que el retraso se debiera a que el paciente simplemente llegaba tarde, se intentó conocer la causa mediante pregunta abierta.
Resultados: En 2005 el 81,9% (655) de los pacientes fue atendido a su hora de citación o antes. Se eleva al 88,7% si sumamos los que llegaron tarde por voluntad propia (67 pacientes más) La mayoría, un 37,3% no especifica causa, el 23,9% refiere problemas de aparcamiento o de tráfico, 17,9% cree que puede llegar cuando desee, 9% sabe que le atenderemos tarde, 6% le retrasaron en consulta, 3% se equivocó de hora, y otro 3% tenía problemas en su trabajo o con acompañante.
Conclusiones: Conocer las causas de retraso en la llegada del paciente nos permite profundizar en los estudios de demora, orientando como oportunidades de actuación la mejora en la accesibilidad al aparcamiento y cambios en la información que se proporciona al paciente sobre la importancia de la hora de cita programada.
Contacto: Isabel Sampedro García
hadsgi@humv.es

C-014.- ¿SE PUEDEN EVITAR LAS VISITAS FALLIDAS? MODELO DE PREDICCIÓN.

Rius-Rafecas MA, Vernet-Moya P, Tomás-Cedó R, Colomés-Figuera L.

Introducción. En Consultas Externas (CCEE) las listas de espera (LE) constituyen un problema. La reducción del % de visitas fallidas, también en aumento, contribuiría a la reducción de las LE y la mayor eficiencia de la programación de CCEE.
Objetivo: Estudiar el perfil del paciente que no acudirá a su cita de primera visita, a fin de aplicar sobre éste acciones de mejora, y con ello reducir las largas LE de las CCEE.
Métodos
- Base de datos de CCEE de un hospital universitario. Año 2005. Primeras visitas de CatSalut: 29.015
- Comparación entre visitas fallidas (VF) y no fallidas (VS): localidad, género, edad, demora y servicio.
- Regresión logística binaria. V. dependiente: VF/VS. V.independientes: a) edad (pediátricos, adultos, jubilados) , b) género, c) localidad (comarca propia SI/NO), d) servicio y e) demora petición – día visita (9 tramos).
- Significación del modelo y sus parámetros: test Hosmer-LemesHow (H-L), capacidad predictiva y área bajo curva COR
Resultados
Descriptivos:
- Porcentaje de VF: 13,8%.
- El grupo de VF respecto de las VS presenta más mujeres (56,8% vs. 55,1%, sig.BL) menor edad media (41,95 vs 46,73, sig.***) y mayor demora (89 vs 50 días, sig.***).
- Se agrupan servicios con porcentaje de VF similares en 3 grupos: a) Cirugía + Oftalmología, b) Ginecología + Neonatología + Medicina Interna + Pediatría (GNMP) y c) resto de servicios.
Modelo logístico:
- Capacidad predictiva del modelo: pronósticos correctos: 59.7%; área ROC 63.9%.
- Localidad y género no son retenidas por el modelo
- El grupo basal es: demora de 0-1mes, servicio GNMP y edad 15-64 años.
- Los pediátricos y ≥ 65 años tienen coeficientes negativos, es decir presentan menor probabilidad de ser VF, aunque sólo es significativo el coeficiente de ≥ 65 años.
- Cuanto mayor la demora, mayor coeficiente (probabilidad creciente de VF).
- El servicio con mayor probabilidad de VF es el basal: GNMP.
Conclusiones
- Las VF muestran una edad menor y una demora mayor que las VNF (sig.***).
- Se obtiene un modelo logístico con buena capacidad predictiva (60%)
- El género y la localidad no resultan significativos en el modelo.
- Los > 64 años tienen menor probabilidad de causar VF.
- A mayor demora, mayor probabilidad de ocasionar VF.
- Con el perfil anterior, se establece un paciente con alta probabilidad de no acudir a su 1ª visita, sobre el que aplicar actuaciones de mejora que se comentarán.

Contacto: Mª Angels Rius Rafecas
marius@grupsagessa.com

C-015.- ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA CON SISTEMA INFORMÁTICO.

Bartolomé-Benito E, Ruiz-Alonso S, Mediavilla-Hernández A, Céspedes D, Vaamonde R.

Objetivo: Conocer la concordancia entre dos métodos de medición del tiempo de espera para entrar a consulta de medicina en Atención Primaria.
Método: Hemos comparado los resultados obtenidos de la medición de tiempos de espera y atención a partir del soporte informático OMI-AP con los del método de referencia que se usa en estos momentos: el observador externo.
En el método tradicional, a partir de observador externo, el observador, acude a la puerta de la consulta, anotando la hora de entrada a consulta del usuario y, comprobando a su vez sobre la copia de la hoja de pacientes citados, la hora para la que tenía cita.
El nuevo instrumento de medida del que se dispone es OMI-AP, registra la hora de citación y, en el momento en que el médico se conecta a la historia del paciente, la hora de entrada en consulta, midiendo el tiempo de espera con la diferencia de ambas.
Por ser variables cuantitativas, el índice estadístico utilizado, ha sido el coeficiente de correlación intraclase asumiendo condición no paramétrica. Con objeto de visualizar de forma gráfica las diferencias individuales encontradas y salvar las dificultades metodológicas del Índice, se ha utilizado el método de Bland y Altman.
Para realizar el tratamiento estadístico, se ha utilizado el programa SPSS.
Resultados: Se han eliminado del análisis los casos con OMI_AP = 0 (3,94%) y perdidos (2,7%)
Nº de personas observadas: 266
- Tiempo de espera del observador: con una media de 13,91 minutos y una desviación estándar de 15. El 51,9% de los tiempos observados es igual o menor a 10 minutos, estando por debajo de los 20 minutos de espera el 74,4%.
- Tiempo de espera según OMI: media de 16,9 minutos y desviación estándar de 15,9. Menores o iguales a 10 minutos de espera, se encuentran el 41,7%, mientras que menores a 20 minutos tan solo están el 65,8 % de los pacientes.
Rho spirman: 0,77 (La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral)
Conclusiones: Los resultados obtenidos con ambos instrumentos son equivalentes. Existe concordancia estadísticamente significativa, entre la medida convencional, la del observador externo, con una nueva medida, la del OMI –AP para la medición de los tiempos de espera.
Sin embargo, la representación gráfica de las diferencias individuales, pone de manifiesto que precisa de una importante depuración de la información aportada por la herramienta informática de OMI, para la medición de tiempos de espera y atención.

Contacto: Elena Bartolomé Benito
ebartolome.gapm02@salud.madrid.org;
ebartolomeb@yahoo.es

C-016.- ACCIONES DE MEJORA SOBRE LAS DEMORAS INICIALES EN EL HOSPITAL DE SEMANA (HS): PRIMEROS RESULTADOS.

Misas ML, Fernández-Miera MF, Hoyo MT, Mier E, Alberdi C, Peredo D.

Objetivos: Tras el estudio realizado en 2005 para obtener indicadores fiables de las demoras iniciales del paciente en el HS, nuestro Grupo de Mejora de Calidad (GMC) se planteó varias acciones. Se muestran los resultados de las mismas al año de su implementación.
Métodos: Dos muestras de 160 y 177 pacientes atendidos de forma sucesiva en el HS en 2005 y 2006 respectivamente. Registro prospectivo de los tiempos de: Adelanto (AP) o Retraso (RP) del Paciente sobre la hora de citación (HC), Retraso en pasar al Área de Recepción (RR), Atención en el mismo (AR) y Retraso en el Envío al procedimiento (RE) Se determinan promedio, desviación estándar y distribución de frecuencias de cada variable en ambas muestras a fin de comparar resultados.
Resultados: En 2005 el GMC determinó un estándar de buena práctica de 30' máximos para el RR y de 120' máximos para el RE. Además estableció 2 indicadores: Índice de RR (IRR)=nº pac. con RR>30'/n e Índice de RE (IRE)=nº pac. con RE>120'/n, con el objetivo de reducir ambos de forma progresiva. Se orientaron las acciones de mejora, en el caso del RR, hacia el escalonamiento en la HC en el HS dada por el Servicio de Admisión y, en el caso del RE, hacia la mayor aproximación posible entre la hora programada para realizar el procedimiento y la HC para ingresar al paciente en el HS. Después de un año, el IRR ha pasado del 0,51 al 0,49 y el IRE del 0,58 al 0,55. En 2006 un mayor porcentaje de pacientes estuvieron en el HS a la HC (63% versus 53%) y el tiempo de adelanto y retraso respecto a la HC fue más reducido (62' y 55' versus 18' y 36') La proporción de pacientes admitidos en el Área de Recepción antes de 30' fue similar (44% versus 43%) así como el tiempo de RR (46' verus 40') El porcentaje de pacientes atendidos en el Área de Recepción durante menos de 30' fue el mismo (94%) y el tiempo medio de AR apenas varió (21' versus 20`) Análoga proporción de pacientes fue enviada al procedimiento antes de 2 horas tras la recepción (41% versus 39%) y el tiempo medio de RE mejoró discretamente (158' versus 176'), fundamentalmente en pacientes citados por la mañana (147' versus 202')
Conclusiones: Las acciones de mejora aplicadas durante el último año han supuesto un cambio positivo en las demoras iniciales del HS, aun-

que su magnitud es todavía insuficiente en relación a los estándares preestablecidos por nuestro GMC.

Contacto: Manuel Francisco Fernández Miera
hadfmm@humv.es

C-017.- IMPACTO DE LA DEMORA QUIRÚRGICA EN EL COSTE DE LA FRACTURA DE CADERA.

Sans M, Humet C, Carrasco G, Galí J, Puig C.

Introducción. Una demora superior a 24 horas entre el ingreso y la cirugía de la fractura de cadera se asocia a un incremento significativo de la mortalidad y peores resultados funcionales a los tres meses. La causa del retraso se relaciona con la peor situación clínica de los pacientes que requieren estabilización médica previa. Se desconoce el impacto en los costes que dicha demora implica para los sistemas sanitarios europeos.
Objetivo: Cuantificar el coste inherente a la demora quirúrgica superior a 24 horas por el proceso de la fractura de cadera.
Metodología: Diseño: prospectivo, controlado y comparativo. Se compararon los resultados de todos los pacientes intervenidos entre 2003 y 2005, después de 24 horas (grupo estudio; n=154) y antes (grupo control; n=409) Tamaño muestra: programa G-Stat 2.0 correspondiendo a más de 120 casos por grupo. Cálculo costes: se realizó mediante el programa ADB plus. Análisis estadístico: para las variables categóricas mediante el test de la chi2 de hipótesis o significación. Resultados en media aritmética±DE junto a los intervalos de confianza (IC95%). Nivel de significación estadística de p<0,05
Resultados: No se detectó diferencia en la mortalidad intrahospitalaria en los grupos (p>0,05) Las causas de demora fueron patología asociada (78,0 %;IC95%=62,3-85,1%) tipo de fractura (6,0%;IC95%=4,2-7,3%%) no disponibilidad de quirófano (6,0%; IC95%=4,0-7,9%) causas familiares (5,0%;IC95%=4,3-6,3%) no disponibilidad de material (2,0%; IC95%=1,8-3,1%) y otras (3%; IC95%=2,7-3,9%). El coste por proceso en los casos con demora superior a 24 horas fue de 4.434€ (IC95%=4.112-4.930€) mientras que cuando se intervino antes de las 24 horas descendió a 2.900€ (IC95%=2.730-3.112€) por caso. La diferencia fue de 1.534€ (IC95%=1.489-1.933€) un 34,6% superior (IC95%=30,3-42,2%). El coste aumentó por la estancia 4,7 días más (IC95%=3,9-5,0 d.) mayor consumo de medicamentos (59,5%;IC95%=54,3-62,3%) material sanitario (21,0%;IC95%=19,3-23,5%) exploraciones complementarias (52,5%;IC95%=48,5-55,3%) y pruebas de laboratorio (37,8%;IC95%=33,2-40,1%). Inferidos estos datos al conjunto del SNS el coste anual del retraso podría ser superior a 56 mill. euros por año.
Conclusiones: En las condiciones del estudio, el coste de la demora en el tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera supera el 30% del coste por proceso representando más de 56 millones de euros anuales. Este impacto económico justifica la necesidad de controlar las patologías crónicas, causa principal de este retraso.

Contacto: Marta Sans Blanco
sans@ole.com

C-018.- PERFIL Y MODELIZACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN DOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Balañá-Fort Ll, Tomás-Cedó RM, Rius-Rafecas MA, Vernet-Moya P, Colomés-Figuera Ll.

Introducción: Conocer el perfil del paciente hiperfrecuentador (HF) permite orientar medidas correctoras para: a) optimizar recursos, b) una atención más integral y individualizada, c) disminuir la masificación de los SU. Este estudio se centra en dos servicios de urgencias (SU).
Objetivos: Establecer un criterio que defina al HF en 2 de nuestros SU y analizar su perfil. Definir un modelo empírico que permita la identificación de HF. Establecer y comprobar las hipótesis y proponer acciones de mejora.
Métodos
- Datos año 2004 de 2 SU. Excluidos pediátricos. Pacientes: 13.222 (SU1) y 9.067 (SU2).
a) Análisis descriptivo. Visitas (V) por usuario, por centro. Establecer el criterio de HF según percentiles. Análisis comparativo HF versus no hiperfrecuentadores (NHF) de género, edad y patología (CIM-9-MC). b) Regresión logística binaria: V. dependiente HF si/no: V. independientes: edad (8 grupos), género, distancia al SU, patología crónica, patología de atención primaria (PAP). c) En base al perfil resultante, reuniones con los responsables de los SU. Establecimiento de causas y de acciones de mejora.
Resultados: El paciente HF se define como aquél con 4 o más visitas/año: 9% pacientes (28% V) en SU1 y 4% pacientes (15% V) en SU2. En ambos SU los HF se asocian a residir en la comarca de referencia, a patología crónica y a PAP. En el global de los SU, la patología más frecuente es la osteoarticular (traumática o no). Difieren en que en SU1 hay alto % de patología de atención primaria (catarros, GEA,...). La HF se asocia entre otras a neurosis/ansiedad, EPOC, abdominalgia, problemas sociales, retirada yesos/suturas,.. La NHF se asocia a pat. osteoarticular. Las patologías banales, más frecuentes en SU1, se asocian allí a HF. Se obtienen sendos modelos logísticos con buena capacidad predictiva. En ambos SU, pertenecer al grupo basal (residir en la comarca de referencia, 25-35 años, sufrir pat. crónica, haber sido atendido de PAP) se asocia a HF. Residir en zona alejada del SU y edad 45-65 disminuye la probabilidad de ser HF.
A partir de estos resultados se abren líneas de trabajo:
1) Estudiar la diferente actuación en la asistencia primaria de las zonas de influencia del SU
2) Revisión del manejo de pacientes traumáticos y su variabilidad
3) Seguimiento de casos con patología crónica asociada a HF
4) Validación de la capacidad predictiva del modelo en años venideros.
Se procederá a reuniones con los directores de los SU y se presentarán resultados en la comunicación.

Contacto: Balañà Fort Llorenç
llbalana@grupsagessa.com

C-019.- RESULTADOS INDICADORES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (AHRQ) EXTRAÍDOS DEL CMBD DE 11 HOSPITALES.

Alcázar F, Tejero JM, López R, Gutiérrez R, Marín MT, Rodríguez C.

El C.M.B.D. es una fuente de los procesos hospitalarios de gran valor. La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad con el objetivo de identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir.
En España no existe un acuerdo ámbito estatal sobre indicadores de calidad de la asistencia hospitalaria, cada Comunidad Autónoma está desarrollando sus propios sistemas de evaluación, basados en su mayor parte en el C.M.B.D.
Los Indicadores de Calidad de la AHRQ Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Sanitaria de EE. UU. son un conjunto de indicadores de calidad organizados en cuatro "módulos", cada uno de los cuáles están asociados a procesos de cuidados que transcurren en la atención ambulatoria al paciente o en la hospitalización:
- Indicadores de Calidad de la Prevención.
- Indicadores de Calidad de la Hospitalización.
- Indicadores de Seguridad del Paciente.
- Indicadores de Calidad Pediátrica.
Los Indicadores de Seguridad del Paciente (Patient Safety Indicators, PSIs) son una herramienta para ayudar a los directivos de los sistemas sanitarios a identificar sucesos adversos potenciales que ocurren durante la hospitalización. Los PSIs constituyen un conjunto de indicadores que proporcionan información sobre complicaciones potenciales y sucesos adversos en la prestación de cuidados, procedimientos y partos.
Objetivos:
- Conocer los resultados en los indicadores de seguridad de los pacientes extraídos del CMBD en los 11 hospitales.
- Estudiar la variabilidad de los resultados entre los hospitales.
- Valorar el CMBD como fuente de información sobre seguridad de los pacientes.
Utilizando la herramienta informática 3M HISCAL se obtendrá el resultado de los indicadores referidos a seguridad de los pacientes. Son 26 indicadores, entre los que destacamos: muertes en GDRs de baja mortalidad, mortalidad evitable, ulceras por decúbito, errores quirúrgicos y posquirúrgicos, efectos adversos al neonato en el proceso de parto, infección nosocomial, etc...
Una vez obtenido el resultado de cada uno de los indicadores, se valorará la variabilidad de los mismos entre los 11 hospitales.
Se comparará el porcentaje de efectos adversos en relación a los ingresos del mismo periodo obtenidos con esta fuente de información y el

porcentaje obtenido por estudios de incidencia de efectos adversos en enfermos ingresados en hospitales de ámbito nacional e internacional.
Contacto: Félix Alcázar Casanova
falcazar@jccm.es

C-020.- DESCONEXIONES DEL CIRCUITO RESPIRATORIO EN LA MÁQUINA DE ANESTESIA. ANÁLISIS DE SISTEMA.
Marzal JM, Bartolomé A, Santa-Úrsula JA, Arnal D, Puebla G, Gómez-Arnau JI.

Objetivos: El análisis de los incidentes críticos (IC) comunicados es una eficaz herramienta de mejora en la calidad asistencial de los pacientes. Presentamos los resultados de nuestro análisis de las desconexiones del circuito respiratorio de la máquina de anestesia.
Métodos: Se define como IC toda situación en la que se redujo de hecho, o pudo haberse reducido, el margen de seguridad del paciente. Hospital de 3er nivel, con 430 camas quirúrgicas, que atiende a una población de 250000 personas. En el año 1999 se implantó un sistema anónimo y voluntario de comunicación de IC, mediante un formulario informatizado específico. Posterior análisis de los IC por un grupo de 5 anestesistas y 1 residente del Servicio, siguiendo el sistema de análisis de sistema y la taxonomía de la JCAHO.
Resultados: Se han realizado un total de 39300 anestesias generales, notificándose en ellas 316 IC (0.8%). De ellos, 8 han sido relacionados con desconexiones del circuito respiratorio de la máquina de anestesia: 4 de ellas entre una de las ramas y el respirador, 2 entre el tubo endotraqueal y el tubo corrugado, 1 entre una de las ramas y la pieza en "Y" y 1 entre la línea de capnografía y el vaso de muestras.
Se identificaron los siguientes errores activos: 5 equivocaciones relacionadas con la aplicación de prácticas seguras, 2 distracciones por falta de atención y 1 distracción por olvido.
Fueron identificados los siguientes factores latentes del sistema: factores relacionados con el paciente (patología compleja-14.2%), factores relacionados con el individuo (falta de experiencia de algunos de los profesionales-14.2% y saturación mental-14.2%), factores relacionados con el equipo humano (ayuda inadecuada-42.8% y falta de supervisión-14.2%), factores relacionados con el lugar de trabajo (fallo en el diseño del equipamiento-14.2%, uso inadecuado del equipamiento-57.1% y diseño inadecuado de la estructura físico-ambiental-28.5%) y factores relacionados con la organización (error en la cultura de seguridad-57.1%).
De los resultados del análisis de estos IC, se han establecido las siguientes medidas correctoras: implantación de una lista de comprobación, creación de protocolos, sesiones informativas en el servicio, generación de alertas, compra de nuevo material y retirada de material.
Conclusiones.
- El análisis sistemático de IC ayuda a detectar factores latentes del sistema, potencialmente peligrosos para los pacientes.
- Del análisis de los IC se generan medidas correctoras de dichos factores latentes.
Contacto: José Mª Marzal Baró
jmmarzal@fhalcorcon.es

C-021.- SUCESOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS BÁSICOS DEL HOSPITAL Y SEGURIDAD DE PACIENTES.
Menéndez MD, Rancaño I, Carreño F, Martínez L, Alvárez A, Vázquez F.

Objetivos: Cuantificar y describir los niveles de errores en los Servicios Básicos, así como evaluar la fase pre, analítica y postanalítica del Laboratorio de Microbiología mediante una serie de indicadores a fin de garantizar y mejorar la seguridad de los pacientes.
Métodos: En el año 2005 se obtuvo información de los sucesos adversos en los Servicios Básicos mediante la utilización del formulario de notificación voluntario del Servicio Nacional Inglés de Salud. Además se utilizaron 5 indicadores de proceso (IP), 3 indicadores de resultados (IR) y 1 indicador centinela (IC) para las fases preanalítica (PRE): muestras rechazadas (IP1), hemocultivos (IR1) y urinocultivos contaminados (IR2), tiempo de envío de muestras al laboratorio en >3 horas (IP2), y errores en etiquetado y conservación de muestras (IP3); analítica (ANA): precisión de resultados (IR3); y postanalítica (POST): informe de resultados críticos de forma inmediata (IC1); y para las tres fases: tiempo de emisión de resultados según la cartera de servicios (IP4) y registros de no conformidades de aparatos (IP5). Los indicadores se obtuvieron de los volantes de petición (IP1, IP3), bases de datos (IR1, IR2), corte anual (IP2), libros de registro (IP4), resultados de los controles de calidad SEIMC (IR3), registros de no conformidades ISO9001: 2000 (IP5) y comunicaciones verbales y/o escritas (IC1).
Resultados: Los sucesos adversos fueron más frecuentes en Radiodiagnóstico (52,2%), seguido de Bioquímica (21,7%), Microbiología (19,6%) y Hematología (6,5%). En el Laboratorio de Microbiología hubo un 3,3% de sucesos adversos todos con código verde y relacionados al paciente (50%) y muestras (50%), del análisis causa- raíz los factores contribuyentes se relacionaron a habilidades (40%), diseño de tareas (30%), comunicación escrita (20%) y entrenamiento (10%). Los resultados de los indicadores fueron: IP1 (0,7%), IR1 (4,6%), IR2 (5,1 %), IP2 (3%), IP3 (1,9%), IR3 (100%), IC1 (100%), IP4 (100%), IP5 (9%). Como opciones de mejora se establecieron la compra de nevera y estufa de muestras, formación en extracción de hemocultivos y protocolización de comunicación verbal y/ o telefónica.
Conclusiones: La mayoría de sucesos adversos ocurren en las fases pre (77,8%) y postanalítica (22,2%) por lo que es necesario implementar medidas para la mejora del trabajo en el laboratorio a través del uso de indicadores que permitan un control de los mismos y una comparación entre laboratorios.
Contacto: Fernando Vázquez Valdés
fernando.vazquez@sespa.princast.es

C-022.- ELABORACIÓN DE UNA MEMORIA DE GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Menéndez-Fraga MD Váquez-Rodríguez M, Castaño-Sánchez N, Fernández-Tamargo E, Herranz-González V, Váquez-Valdés F.

Objetivos: Existen problemas taxonómicos y de estandarización de datos en relación a la seguridad de pacientes. Nuestro objetivo fue elaborar una memoria de Gestión del Riesgo Clínico para la implantación y desarrollo de áreas e indicadores de seguridad de pacientes como una opción de mejora.
Métodos: Se utilizó la guía de 22 indicadores (incluidos en 5 áreas) de la OECD Health Care Quality Indicators Project que establece como una de las áreas de prioridad el desarrollo de indicadores de calidad para la seguridad de los pacientes. Además se utilizó el formulario IR2 del Servicio de Salud Inglés para la declaración voluntaria de sucesos adversos, la declaración interna obligatoria del hospital (cuidados de enfermería, accidentes laborales y caídas de pacientes), el SAU (quejas y reclamaciones) y los indicadores de agencias reconocidas en seguridad de pacientes como: Safety Patient Agency, VHA NCPS toolkit (Veterans Health Administration National Center for Patient Safety) (para caídas de pacientes), Joint Commission y Proyecto EPINE (para el control de la infección nosocomial- CIN) y el ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) (para los errores de medicación). Se incluyó además el estudio de cribado de altas ente el 4 y 10 de junio del 2005 de efectos adversos mediante la metodología del cribado del Proyecto IDEA con el protocolo MRF2.
Resultados: Se identificaron al menos 36 indicadores en 6 dominios: sucesos quirúrgicos (5 áreas y 9 indicadores), sucesos adversos detectados (11 áreas y 19 indicadores), sucesos centinela (5 áreas y 11 indicadores), SAU (1 área y 3 indicadores), CIN (1 área y 10 indicadores) y formación (1 área y el indicador incluido en otros dominios). Se implantaron y midieron 15 grupos de oportunidades de mejora: 6 en relación a compra de equipos e informatización, 3 en actividades formativas y entrenamiento con la realización de varios talleres, 2 en extensión de la cultura de seguridad y liderazgo, 2 en disponibilidad de guías y protocolos, 1 en cuidados y 1 en comunicación de resultados. En el estudio de cribado se encontraron un 7% de sucesos adversos y 12,3% de incidentes.
Conclusiones: La elaboración de una memoria de Gestión del Riesgo Clínico permite cuantificar, estratificar y priorizar las opciones de mejora en función de las prácticas ya implementadas y de los recursos disponibles a fin de mejorar la seguridad de pacientes. Además el uso de indicadores reconocidos internacionalmente permite su uso como "benchmarking" así como una estandarización taxonómica de los datos. El estudio de cribado mostró un porcentaje de efectos similares a lo encontrado en otros países y complementa los métodos prospectivos en la búsqueda de sucesos adversos.
Contacto: Fernando Vázquez Valdés
fernando.vazquez@sespa.princast.es

C-023.- MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO RESULTADO DE LA GESTIÓN DE PROCESOS SEGÚN NORMA ISO.

Garitano B, Lamiquiz E, Polo I, Fernández I, Arrizabalaga JJ, Zaballa MC.

Introducción: Desde el año 2002, el Servicio de Cocina del Hospital trabaja bajo un sistema de calidad según Norma ISO 9001:2000.
A partir del análisis de No Conformidades realizado durante el año 2005 se detecta un riesgo potencial relacionado con el suministro de dietas a pacientes con Alergia Alimentaria (AA)
Dado que un error en el suministro de alimentos a pacientes con AA puede llegar a tener consecuencias graves, se decidió trabajar en la mejora del proceso con un equipo multidisciplinar.
Objetivo: Establecer un sistema que permita proporcionar al 100% de los pacientes con AA una dieta adecuada (0 errores).
Métodos: Constitución de un equipo multidisciplinar (Responsable de Hostelería; Gobernanta; Facultativo de Dietética y Nutrición; Dietista; Subdirectora de Enfermería; Director Médico; Enfermera Unidad de Calidad) para análisis en profundidad del proceso completo, detección de puntos críticos y propuesta e implantación de acciones de mejora.
Resultados: Se diseña e implanta un protocolo de suministro de dietas a pacientes con AA que consiste básicamente en: sistema de confirmación por dietética a Unidad de Hospitalización de llegada de solicitud de dieta de paciente con AA; Reorganización del emplatado; comprobación activa por el dietista de contenido de la dieta; reparto independiente para las dietas de pacientes con AA; recepción y verificación activa de contenidos de la dieta de pacientes con AA por el personal de Enfermería de la Unidad.
El grado de cumplimiento del protocolo se evalúa mediante auditoría interna. Tras la implantación del protocolo no se ha vuelto a registrar ninguna No Conformidad en referencia a la seguridad del paciente con AA.
Conclusiones: La gestión de procesos según Norma ISO (Gestión de interacciones con otros procesos, Análisis de No Conformidades, análisis de riesgos y establecimiento de acciones correctivas y preventivas) resulta eficaz para mejorar aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
Contacto: Begoña Garitano Tellería
bgaritano@htxa.osakidetza.net

C-024.- DESARROLLO DE UN PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS INTEGRADO EN EL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL DE MOLINA.

Marín-Sánchez A, López-Guerrero FA, Guirado-Sánchez F, Robles-Vicente M, Góngora-Hervás JM, Maiquez-Mojica V.

Objetivos: 1. Desarrollo del plan de gestión de riesgos del hospital de Molina. 2. Definir estrategias y áreas de actuación del plan de riesgos. 3. Establecer indicadores de seguridad del paciente. 4. Porcentaje de desarrollo del plan de riesgos. 5. Proponer un índice único de riesgo para la comparación de hospitales.
Métodos: Se realiza mediante una revisión bibliográfica sistemática, Panel de Expertos, y análisis de Ishikawa para detectar estrategias y áreas de actuación y definición de indicadores de riesgo. Desarrollo: Hemos desarrollado un Sistema de Gestión de Riesgos (SGR), en el que se definen 8 estrategias (1. Desarrollar una cultura de seguridad del paciente en la organización. 2. Formar a los profesionales en seguridad del paciente. 3. Disponer de un sistema de notificación de eventos adversos. 4. Realizar un análisis de las notificaciones de eventos adversos. 5. Establecer un conjunto de indicadores en seguridad del paciente. 6. Diseñar, implantar y desarrollar sistemas seguros que eviten riesgos y aumenten la seguridad. 7. Exigencia de evidencia científica a cualquier nueva práctica, protocolos y guías .8. Implantar sistemas informatizados) y 12 áreas de actuación (1. Prevenir los Efectos Adversos de la anestesia. 2. Prevenir eventos adversos del procedimiento quirúrgico. 3. Prevenir úlceras por presión en pacientes de riesgo. 4. Prevenir el Trombo-embolismo Pulmonar y Trombosis Venosa Profunda. 5. Prevenir la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas. 6. Prevenir los errores debidos a medicación. 7. Asegurar la implantación y correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades. 8. Implantar sistemas seguros en la administración de hemoderivados. 9. Prevenir incidentes causados por equipos de electromedicina y instalaciones sanitarias. 10. Prevenir incidentes causados por productos sanitarios. 11. Prevenir caídas en pacientes hospitalizados. 12. Prevenir incidentes por desequilibrios en la sueroterapia o de gases medicinales. Hemos establecido 21 indicadores de riesgo.
Resultados: En mayo del 2006, en el Hospital de Molina hemos llegado a implantar un 65% de las estrategias, su desarrollo llega al 70% en las áreas y se están midiendo el 70% de los indicadores, muchos de los indicadores de calidad son indicadores de seguridad del paciente.
Conclusiones: Es necesario desarrollar e implantar el resto de estrategias, desarrollar ciertas áreas, y medir nuevos indicadores. Se propone un indicador global de riesgo del paciente de nuestro hospital y que puede ser útil para benchmarking.
Contacto: Amancio Marín Sánchez
amarin@idcsa.net

C-025.- ESTRATEGIA CORPORATIVA EN OSAKIDETZA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. ÁMBITO DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

Elosegi M, Taboada J, Hernández JM, Portillo I, Bacaicoa A, Pérez-Boillo MJ.

Introducción: Según el estudio ENEAS la Infección Nosocomial (IN) representa el 25 % de los efectos adversos detectados en el ámbito hospitalario.
Las estrategias para minimizar el riesgo de In (planes de vigilancia, prevención y control-PVPCIN) requieren de la participación de numerosos procesos hospitalarios. La adecuada coordinación y la implicación de todos ellos será uno de los factores clave para asegurar su éxito.
Objetivos: Explicitar qué procesos hospitalarios deben estar implicados en la mejora de la seguridad del paciente en el ámbito de la infección nosocomial
Definir requisitos técnicos, legales y de contrato programa a cubrir por estos procesos
Mejorar la coordinación entre los procesos implicados
Mejorar el seguimiento de los requisitos definidos
Métodos: Elaboración de un manual corporativo de evaluación de los PVPCIN donde se explicitan: 1) los procesos hospitalarios que deben estar implicados en los planes de vigilancia, prevención y control y 2) los requisitos a cubrir por estos procesos en relación con la Infección nosocomial.
Evaluación externa periódica del seguimiento de estos requisitos en los hospitales de agudos, con el objetivo de identificar puntos fuertes y áreas de mejora en los que seguir trabajando.
Resultados:
Manual corporativo con 66 criterios agrupados en 6 áreas: estructura (16 criterios), proceso-vigilancia (19 criterios), Proceso-prevención (26 criterios), prevención-control (3 criterios), Proceso-formación (1 criterio) y revisión del PVPCIN (1 criterio).
Informe de evaluación externa remitido a los 11 hospitales de agudos de la red. El informe incluye los puntos fuertes y las áreas de mejora detectadas.
Los hospitales valoraron la utilidad de estos informes con un 9/10. El 80% consideró que eran relevantes más del 75% de las áreas de mejora incluídas en el informe.
Conclusiones: El manual de evaluación ha permitido explicitar qué recursos y procesos deben formar parte de los PVPCIN de cada uno de los hospitales.
La evaluación externa es útil para identificar áreas de mejora relevantes e implicar a los diferentes profesionales implicados en la mejora de la seguridad del paciente.
Contacto: Comisión Inoz
melosegui@hbid.osakideta.net

C-026.- INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

Herradón M, Rubio I, Martínez A, Martín N, Torres B, Pérez J.

La Comisión de Caídas de nuestro Complejo Hospitalario se constituye en 2003 con el ánimo de desarrollar un programa de prevención de Accidentes/caídas que contempla, entre sus prioridades, impulsar la implicación de los profesionales en las acciones de mejora. Este trabajo tiene como objetivo determinar la influencia del programa de prevención de caídas implantado en 2005.
Método: 1º.- Se han revisado las notificaciones de caídas de los años 2003, 2004 y 2005. Se han recogido, entre otras, las variables siguientes: caídas declaradas, unidades que declaran, identificación del profesional, pacientes con valoración previa del riesgo y pacientes declara-

dos sin lesión tras caída. 2º.- En 4 unidades de hospitalización elegidas aleatoriamente, se realizó una evaluación observacional y de corte transversal en 2004 y una segunda en 2006; para ello se confeccionó una hoja de recogida de datos que incluye variables relacionadas con estructura y equipamiento, con registros y cuidados enfermeros y con la información de los profesionales.
Resultados: 1º.- 2003, 2004 y 2005 respectivamente: 28, 46 y 47 caídas declaradas; 9, 11 y 15 unidades declararon; 14 (50%), 31 (74%) y 30 (64%) profesionales identificados con nombre y apellido en la notificación; en 21 (75%), 32 (76%), y 38 (81%) notificaciones consta el nivel de riesgo del paciente que sufre caída; 15 (54%), 16 (35%) y 20 (43%) pacientes declarados e ilesos tras caída. 2º.- 2004 y 2006: 180 y 176 total pacientes ingresados el día de la evaluación; 105 y 85 pacientes valorados de riesgo por el equipo auditor; de éstos, 44 (42%) y 85 (100%) pacientes estaban identificados de riesgo en los registros de enfermería; 57 (54%) y 79 (93%) pacientes de riesgo encamados tenían los objetos personales y timbre de llamada a su alcance. Respecto a estructura, en 2004 ninguna unidad de las evaluadas presentaba el mobiliario móvil frenado en su totalidad y dos de ellas no incluía asideros en aseos como elemento de seguridad. En 2006 en todas las unidades se encontraba frenado el mobiliario; seguían sin incluirse los asideros en las observadas anteriormente. En 2004 los profesionales de 2 unidades afirmaban conocer el proceso de declaración de caídas y en 2006 los profesionales de las 4 unidades han admitido conocerlo.
Conclusiones: Se pone de manifiesto una mayor implicación de los profesionales en la notificación y adecuación de cuidados. Es necesario continuar con la adaptación progresiva de equipamientos, teniendo en cuenta la seguridad de los usuarios.
Contacto: Isabel Rubio Gómez
irubiog@sescam.jccm.es

C-027.- ACERCA DE LOS EVENTOS: ¿ESTAN TODOS LOS QUE SON?.
González-Llinares R, Estévez-Hernández I, Pérez-Boillos MJ, Iruretagoyena-Sánchez ML, Letona- Arámburu J, García-Urbaneja M.

Introducción: La mejora de la seguridad de los pacientes es una de las líneas estratégicas incluída en el Plan de Calidad de Osakidetza 2003/2007. Esta mejora se despliega en la práctica a través de la gestión de los procesos asistenciales. Y así el modelo corporativo de Atención de Enfermería (PAE) incluye como actividades necesarias:
1) el mantenimiento de un sistema de notificación de UPP y caídas
2) la utilización de protocolos de valoración al ingreso del paciente y durante su estancia y 3) la adopción de medidas preventivas de eficacia demostrada.
En este momento la incidencia de estos eventos adversos estimada a partir del sistema de notificación puede considerarse aceptable.
Objetivo: Evaluar el funcionamiento del sistema de notificación de UPP y caídas
Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal en 14 centros hospitalarios realizado en 123 unidades de hospitalización
Para evaluar el funcionamiento del sistema de notificación se analizó la concordancia entre: "La aparición de UPP y caídas y su declaración al sistema de notificación en las primeras 24 horas tras su detección"
El número de UPP y caídas habidas se detectaron a partir de la revisión del plan de cuidados (PC) y el evolutivo de la HC de los pacientes ingresados en los centros incluídos en el estudio durante los meses de febrero y marzo del 2006
Se consideró que el sistema de notificación funcionaba en una unidad cuando la unidad de hospitalización había notificado todas las UPP y caídas habidas.
Resultados:
- Nº de unidades con declaración de UPP: 31. Nº de unidades que al menos no declararon una UPP: 12 (9,75% del total).
- Nº de unidades con caídas declaradas: 18. Nº de unidades que al menos no declararon un accidente: 3 (2,43% del total).
- En el 100% de las organizaciones existen protocolos actualizados de prevención y cuidados de UPP y accidentes y al 95,7% de los pacientes ingresados se le realiza la valoración del riesgo de UPP dentro de las 8-10 h. de ingreso.
Conclusiones: No disponemos de otros estudios, pero podemos decir que el sistema cuenta con un alto % de declaraciones y que su éxito está en relación con la cultura de seguridad consolidada entre los profesionales; cultura que ha permitido integrar esta actividad en la práctica diaria, como una actividad más.
La consolidación de las actividades realizadas (sistema de notificación, valoración del paciente y adopción de medidas preventivas) está permitiendo obtener resultados favorables.
Contacto: Rosa González Llinares
rgonzalez@sscc.osakidetza.net

C-028.- EVALUACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: PROCESO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.
Morales-Reyes M, Santamaría-Carmona S, Maestre-Moreno J, García-Cubillo M, Morales-Torres JL, Frías-Rodríguez JF.

Objetivo: describir los resultados de la evaluación de las Normas de Calidad del proceso Accidente Cerebrovascular (ACV).
Métodos: utilizamos el muestreo de aceptación de lotes (LQAS), basado en la distribución binomial. El tamaño muestral usado es de 19 historias clínicas (y 19 de reserva), obtenidas mediante selección aleatoria. Contamos el número de casos en los que el requisito de calidad no se cumple. La variable que se evalúa sólo puede tener 2 valores posibles, acierto o fallo. Definimos previamente criterios de aceptación y rechazo del indicador a evaluar y número mínimo de criterios aceptados para darlo por válido. Se revisaron historias clínicas en las que el paciente ha sido dado de alta con diagnóstico principal de ACV por el Servicio de Neurología. Se solicitaron los listados al Servicio de Documentación obteniendo una muestra aleatoria para la evaluación de estos indicadores: 1) Realización de TAC de cráneo en las primeras 6 horas, 2) Inicio del tratamiento cinesiterápico en las primeras 48 horas, 3) Inicio de tratamiento antiagregante en las primeras 48 horas, 4) Diagnósticos enfermeros reflejados en el plan de cuidados, 5) Identificación del cuidador principal, 6) Evidencia de cambios posturales, 7) Utilización del informe de continuidad de cuidados, 8) Evidencia de actividades programadas de apoyo al cuidador. La puntuación se valoró en función del porcentaje alcanzado de cumplimiento en la muestra de 19 historias: a un nivel de cumplimiento del 85% (0 Fallos), correspondieron 10 puntos, mayor o igual del 70% (1 - 2 Fallos) correspondieron 8 puntos, mayor o igual del 50% (3 - 6 Fallos) 4 puntos y menor del 50 % (más de 6 Fallos) 0 puntos. Los resultados se expresaron en una tabla, con una puntuación específica tanto en práctica médica como enfermera.
Resultados: Indicadores 1, 2, 3 y 6: nivel de cumplimiento del 85% (0 fallos). Indicador 5: 60% (4 fallos). Indicador 7: 75% (1 fallo). Indicador 8: 55% (5 fallos). Puntuación: para indicadores médicos 10 puntos y 4 puntos para Enfermería.
El indicador 4 no se evalúa, ya que los diagnósticos que quedan reflejados son aquellos que ya vienen determinados en la hoja de Valoración de Enfermería, pero no son específicos para el paciente con ACV.
Conclusiones: Se ha obtenido un óptimo nivel de cumplimiento para los indicadores de práctica médica. Para los indicadores de práctica enfermera el nivel es aceptable y se podría mejorar generalizando el plan de cuidados de enfermería.
Contacto: Marina Morales Reyes
marinamoralesreyes@hotmail.com

C-029.- TCE LEVE: VALIDACIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS PARA PREDECIR LESIÓN INTRACRANEAL.
Amores Valenciano P, López-Huedo A, Ortega-Rubio E, Perales-Pardo R, Lucas-Imbernón FJ.

Objetivo: Determinar la validez de los síntomas y signos para predecir lesión intracraneal en pacientes que acuden con traumatismo cráneoencefálico (TCE) leve al servicio de Urgencias. DISEÑO: Estudio descriptivo retrospectivo
Emplazamiento: Servicio de Urgencias Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
Participantes: 96 pacientes mayores de 16 años que presentaron TCE leve, recogidos de forma consecutiva entre julio-diciembre de 2005, en Urgencias. Se definió TCE leve aquel traumatismo sin deterioro neurológico ni pérdida de conciencia (Glasgow 15/15 inicial).
Mediciones: Se evaluó la presencia de los siguientes síntomas o signos: cefalea, traumatismo por encima de las clavículas, náuseas o vómitos, intoxicación etílica, convulsión, edad >60 años, amnesia del episodio y

mareo-síncope. La presencia de lesión intracraneal se determinó mediante TAC. Se calculó la sensibilidad y la especificidad de la presencia de uno o varios síntomas a la hora de predecir lesión intracraneal. Asimismo, se calculó el coeficiente de probabilidad de cada síntoma en la predicción de lesión intracraneal.
Resultados: Los síntomas o signos que aparecieron con más frecuencia fueron: traumatismo por encima de las clavículas, cefalea, amnesia e intoxicación etílica. De los 96 pacientes se solicitó TAC en 34, de los cuales 11 presentaron lesión intracraneal. La sensibilidad en la predicción de lesión intracraneal cuando aparece 1 sólo síntoma fue del 100% y la especificidad de 11%. La sensibilidad para 2 o más síntomas fue del 81.8%, la especificidad del 65%. El resultado del cociente de probabilidades positivo para 1 solo síntoma fue del 1.1; para 2 o más síntomas fue de 2.4.
Conclusiones: Los pacientes con TCE leve que presentan 2 o más síntomas tienen mayor probabilidad de padecer lesión intracraneal; en estos casos estaría indicado solicitar TAC. Los síntomas que más se asociaron a la aparición de lesión intracraneal fueron cefalea, náuseas-vómitos y edad >60 años.
Contacto: Pilar Amores Valenciano
pilaramoresva@terra.es

C-030.- ¿SÓN ÓPTIMOS LA INFORMACIÓN Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO MEDIO?
Ordóñez B, Portero P, Lacambra I, Del Río P, Ruiz JR, Del Río A.

Objetivo: Valorar la calidad de los tratamientos (adecuación a las pautas marcadas por guías de la Sociedad Americana de Cardiología) y de los informes de alta de pacientes dados de alta con el diagnóstico síndrome coronario agudo (SCA) en un servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel.
Material y método: se analizaron de forma retrospectiva los informes de alta durante el mes de Abril y Mayo del 2006 de 100 pacientes con síndrome coronario agudo de un servicio de cardiología de un hospital terciario. Se obtuvieron datos de: filiación del paciente, fecha de ingreso, fecha de alta, antecedentes personales, pruebas diagnóstica, tratamiento, autor del alta....
Resultados: se recogieron datos de 100 pacientes, 70% hombres y 30% mujeres con edad media de 67 años. De los 100 individuos diagnosticados de SCA el 34% habían presentado una angina inestable, el 29% un IAM no Q y el 37% un IAM con onda Q. . La fecha de ingreso aparecía en el 100% de los informes y la fecha de alta en el 96%. En todos los informes aparecía un apartado de antecedentes personales: en el 71% de los informes de alta no se hacía referencia a la obesidad, en un 41% a la dislipemia, 54% a la Diabetes mellitus/hiperglucemia, en el 87% a la hiperuricemia, en un 89% a los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.
Las pruebas diagnósticas básicas SCA estaban presentes: la analítica básica en el 100%, (valores de perfil lipídico: el 41 % en cuanto a la trigliceridemia el 71%; a la colesterolemia total, el 63% a los niveles de LDL-colesterol y el 68% en cuanto al colesterol-HDL), Rx de tórax 94% de los casos, valores enzimáticos pico en el 88% de los casos. En el 97% de los informes de alta se daba información básica en cuanto a la dieta y el tipo de ejercicio que puede realizar el enfermo. En el 100% de los informes existe pauta de medicación. El 99% de los informes estaban firmados y también en el 99% de los informes se daban pautas de actuación al alta en cuanto a remitir al pacientes a su médico de atención primaria y/o cardiólogo de área.
Los porcentajes de prescripción de tratamiento que son indicación clase I según las guías de actuación de la American Heart Asociation (AHA) en función del tipo de SCA se representan en la tabla 1.

Tratamiento	Angina inestable	IAM no Q	IAM con onda Q
No fumar	71%	62,5%	88,9%
Dieta	97,1%	89,7%	100%
Ejercicio	97,1%	93,1%	100%
AAS	88,2%		
(intolerancia 5,9%)	89,7%		
(intolerancia 3,4%)	94%		
(intolerancia 2,7%)			
Clopidogrel	41,2%	65,5%	78,4%
Betabloqueante	70,6%		
(intolerancia 8,8%)	65,5%		
(intolerancia10,3%)	86,8%		
IECAs	17,6%	20,7%	
(intolerancia 3,4%)	40,5%		
Estatinas			
(si LDL>100mg/dl)	72,7%	66,7%	69,2%

La prescripción de dieta y ejercicio supera el 90% en la mayoría de los informes de alta. Aconsejar el abandono del tabaco en los fumadores está presente en 71% de los informes de angina inestable, 62,5% de los informes de IAM no Q y en el 100% de los informes de alta de los IAM con onda Q. El uso de AAS y betabloquantes, que es indicación tipo I en todos los casos de SCA si no existe contraindicación, es bastante generalizado. El clopidogrel, que se debería utilizar en todo paciente con SCA tipo angina inestable o IAM no Q salvo contraindicación durante 9 meses, se ha prescrito en un 41,2% de las anginas inestables y en un 65,5% de los IAM no Q. Los IECAs, que deben ser prescrito en todos los pacientes con IAM con onda Q, solo se han utilizado en el 40,5% de éstos. El uso de estatinas cuando el paciente presenta LDL colesterol >100 mg/dl (indicación tipo I) supera el 65% en todos los casos de SCA.
Conclusiones:
- En los informes de alta priorizan las pautas de tratamiento, medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas (lo consideran el elemento más importante).
- Los factores de riesgo cardiovascular, sobre los que se incidiría en prevención secundaria (p. ej. obesidad) son citados en menor medida; por lo que quizás se consideran menos prioritarios en el medio hospitalario.
- La prescripción de abandono del hábito tabáquico, dieta, ejercicio, AAS, betabloqueante y estatinas se adaptan a las indicaciones de las guías de SCA de la AHA.
- El uso de clopidogrel en anginas inestable o IAM no Q y el uso de IECAs en el IAM con onda Q (indicaciones tipo I) no alcanzan porcentajes aceptables de prescripción.
Contacto: Beatriz Ordoñez Rubio
beaord77@yahoo.es

C-031.- ¿ESTAMOS MEJORANDO EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO?
Santos-González B, Maicas-Bellido C, Refoyo-Salicio E, Lázaro-Fernández E, Pachón-Iglesias M, Rodríguez Padial L.

Diversos tratamientos han demostrado beneficio en el pronóstico del síndrome coronario agudo (SCA)(terapia de reperfusión, antiagregación, betabloqueantes, IECAs, estatinas). Nuestro objetivo es valorar si nos hemos adaptado a las guías de práctica clínica y el impacto en el pronóstico de pacientes con SCA.
Métodos: Estudio descriptivo en el que hemos seleccionado de forma aleatoria 222 pacientes con infarto agudo de miocardio, divididos en dos grupos (grupo A de 110 pacientes entre abril/99-mayo/01 y grupo B de 112 pacientes (nov/02-dic03). Posteriormente se realizó un seguimiento clínico mediante un cuestionario estructurado a través de encuestas telefónicas realizadas a todos los pacientes (seguimiento mínimo de 632 días y máximo de 1954 días).
Resultados: Entre ambos grupos no hay diferencias en relación al sexo (grupo A: varones 78.2% y grupo B:76.8%), edad media 65.1±10.5 versus 63.9±11.3, ni en relación a los factores de riesgo. Se realizaron más cateterismos en el grupo B (46.4%vs75%, $p<0.05$) y como consecuencia una mayor revascularización (grupo B:61.6%, grupo A: 21.8%, $p<0.005$). En relación al tratamiento hay una mayor utilización de la aspirina (78.2%vs 90.2%,$p=0.017$), y de otros antiagregantes (19.15vs 74.1%,$p<0.005$). Damos más betabloqueantes (BB) (54.5% vs 62.5%, $p=0.276$), IECAs (58.2% vs 86.6%,$p<0.05$) y estatinas (48.2% vs 86.6%, $p<0.05$) y ponemos menos nitratos. Al final del seguimiento se objetivó una disminución en el número de pacientes tratados con IECA: grupo A (42.7%) y grupo B (60.7%) y estatinas: grupoA(53%), grupo B (77.7%) y un ligero aumento en el tratamiento con BB: grupo A (41.8%) y grupo B (67.9%). La mortalidad global en el grupo A fue de 22 pacientes (12 pacientes en los primeros 1000 días de seguimiento) y en el grupo B de 6 pacientes total. Analizada la supervivencia por tratamiento, tanto global como por grupos, a los 1000 días de seguimiento, hay menor mortalidad entre los que están tomando BB, estatinas y aspirina, pero no con los IECAs. En relación a los ingresos posteriores, se observa de forma significativa, menos ingresos por angina, infarto e insuficiencia cardíaca en el grupo B.

Conclusiones: Se observa una tendencia al mejor cumplimiento de las guías, aunque en bastantes casos no se mantiene el tratamiento con el tiempo. Esta mayor adaptación a las guías se acompaña de una disminución en la mortalidad y una disminución en el número de reingresos.
Contacto: Belén Santos González
welfra@hotmail.com

C-032.- CONTROL DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN CÓDIGO ICTUS.
Javierre M, Herrer A, Garces C, Gros B, Palazón P, Viñado B.

Introducción: La activación de un sistema de emergencia integral en paciente candidato a fibrinolisis se denomina "Código ICTUS"(CI), la cual requiere minimizar los tiempos asistenciales mediante una sólida integración de los profesionales que participan en su asistencia.
Objetivo: Evaluar la asistencia realizada a los pacientes en CI, valorando tiempos asistenciales y factores que pueden influir en ellos. Comprobar el cumplimiento del protocolo.
Material y Métodos: Diseñamos una hoja de recogida de datos y guia-protocolo de los casos en los que se activase el CI que denominamos "REGICTUS". Hemos recogido los datos de las hojas REGICTUS realizadas desde Noviembre-2004 a Diciembre-2005, procesando los datos recopilados en ellas y realizando el análisis descriptivo de dichos casos.
Resultados: Se activaron 78 CI y en 23 pacientes (29,5%) se realizó fibrinolisis. Los diferentes tiempos de asistencia, en minutos, fueron: puerta-médico de urgencias: 6,12±10,85 (0-75), inicio de síntomas-llegada a hospital: 112,39±146,23 (0-873), Puerta-ingreso en planta: 33,90±711,65 (45-2685), Puerta-aguja: 83,05±26,29 (50-152), Puerta-TAC:56,33±60,77 (9-392), TAC-aguja: 47,35±24,91 (10-104) e inicio síntomas-aguja: 138,60±25,55 (90-180).
Al analizar los diferentes tiempos "inicio de síntomas-hospital" y "contacto extrahospitalario-hospital" según el tipo de transporte del paciente se observó que los casos trasladados mediante ambulancia convencional el tiempo era menor para ambas situaciones.
Se activó el aviso de CI en 26 casos (33,3%), la media de tiempos resultó inferior en la mayoría de los casos en que se activó, aunque, únicamente resultó significativa en el tiempo entre la llegada al hospital y la asistencia por el médico de urgencias no en los restantes.
Analizamos el tratamiento hipotensor y glucémico tanto en la asistencia prehospitalaria como en la hospitalaria objetivando en ambos casos incumplimiento del protocolo.
Conclusiones: La activación del CI extrahospitalario es escasa, a pesar de que resulta efectiva en la disminución de tiempos asistenciales.
Se objetivan diversas vulneraciones del protocolo en estos pacientes, sobre todo en cuanto a tensión arterial y tratamiento de la hiperglucemia, ambos factores fundamentales en la fase aguda en el pronóstico del ACV.
Queremos enfatizar la utilización de ambulancia convencional en el transporte de este tipo de pacientes ya que disminuye el tiempo de llegada al hospital, siendo este el objetivo prioritario del CI.
Contacto: Belén Gros Bañeres
belgros@comz.org

C-033.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN HOSPITAL DE ÁREA.
Menchón PJ, Gandía M, García-Torres P, Martínez-Quintana ME, Carrillo A, Sánchez-Nieto JM.

Introducción. El desarrollo de la ventilación no invasiva (VNI) en los últimos años, por eficacia, tolerancia, fácil utilización y coste económico, la han convertido en tratamiento de primera línea en UCI y Hospitalización. Esta situación no se ha acompañado de aportación de recursos ni formación de profesionales.
Objetivos. Mejorar la calidad asistencial en los pacientes hospitalizados que precisan VNI.
Material y Métodos. Tipo de estudio: Ciclo de mejora de calidad. Población: Pacientes con VNI ingresados de forma consecutiva. Periodo estudio: octubre 2005 a mayo 2006. Criterios evaluados: Criterio 1: Gasometría previa a inicio de VNI. Criterio 2: En hoja de tratamiento aparecen parámetros ventilatorios y horario. Criterio 3: En hoja de tratamiento aparecen FiO2 o flujo O2 y coinciden con aplicados. Criterio 4: Gasometría 1-3 horas tras inicio VNI. Criterio 5: Fugas < 40 L/min. Criterio 6: Registro complicaciones cutáneas. Medidas de intervención (MdI): 1) Actividades formativas: facultativos (2) y enfermería (16); 2) Sesiones feed-back facultativos Medicina Interna (MI), Neumología (NML), Urgencias (URG) y UCI; 3) Carteles recordatorios.
Resultados. 200 mediciones en 95 pacientes (147 pre-intervención y 53 post-intervención). Distribución por género: 50 hombres (54%). Edad media: 71 ± 11 años. Servicio de inicio VNI: UCI 66%, NML 21%, MI 8%, URG 3% y Cirugía 1%. Servicio que indica VNI: UCI 70%, NML 24% y MI 5%. Diagnóstico más frecuente: EPOC 34 casos (35.4%). Comparación de incumplimientos antes y después de MdI: criterio 1: 33.8% y 22.2% (p=0.343); criterio 2: 55.1% y 54.3% (p=1.000); criterio 3: 50.5% y 28.6% (p=0.024); criterio 4: 46.5% y 22.2% (p=0.071); criterio 5: 38.8% y 17.9% (p=0.021); criterio 6: 96.1% y 56.6% (p<0.001). Total de incumplimientos antes y después de MdI: 51.7% y 33.1% (p<0.001). Existieron diferencias significativas en la medición de criterios entre servicios antes y después de la MdI. En 22 mediciones no se valoró criterio 5 porque el ventilador no disponía de control de fugas. No diferencias entre diferentes turnos de enfermería (p=0.145).
Conclusiones. 1. La atención de los pacientes hospitalizados con VNI presenta un nivel de calidad asistencial deficiente. 2. Tras la MdI, existe una mejora significativa en los criterios 3 (parámetros FiO2), 5 (fugas) y 6 (complicaciones cutáneas). 3. Globalmente, también existe una mejora significativa de los incumplimientos de criterios de calidad detectados al inicio del ciclo de mejora.
Contacto: Pedro Javier Menchón Martínez
pjmm1@alu.um.es

C-034.- REINGRESO DE PACIENTES EN UCIS: ALGUNOS SE PUEDEN EVITAR.
Herrero-Avia D, Torrijos-Rodríguez I, Gómez-Peral P, González-Setién P.

Objetivos: Conocer los factores asociados al reingreso de pacientes en la Unidad de Politraumatizados. Analizar la causa de dichos factores.
Métodos: La Unidad de Politraumatizados, en el periodo enero-octubre de 2005, recibió 356 pacientes y se produjeron 37 reingresos (10,39%). Al ser el reingreso un indicador de calidad, se decidió estudiar las causas como línea del ciclo de evaluación-mejora continua. Se realizó un estudio retrospectivo sobre 27 reingresos,excluyendo el resto por falta de documentación, con las siguientes variables: motivos (presión familiar, número de camas disponibles...) procedencia de área quirúrgica y tipo de alteraciones: neurológicas y respiratorias.
Se creó un grupo focal con enfermeras representantes de las Unidades de procedencia de los pacientes reingresados, analizando la causa del problema.
Resultados: Las variables estudiadas ofrecieron los siguientes resultados: Motivos diversos: 1 (3,70%) Procedencia de área quirúrgica: 4 (14,81%). Dentro de éstos, 3 corresponden a Neurocirugía (75%) y 1 a Traumatología (25%). Alteraciones neurológicas: 6 (22,22%). De éstas, 2 son por resangrado de aneurisma (33,33%) y 4 por hidrocefalia (66,66%). Alteraciones respiratorias: 16 (59,25%), 2 por infección respiratoria (12,5%) y 14 por insuficiencia respiratoria (87,5%).
La insuficiencia respiratoria, está producida por: a) Crisis asmática: 1 (7,14%); b) Sangrado de traqueostoma: 1 (7,14%); c) Obstrucción de traqueotomía: 2 (14,28%); d) Disminución de la saturación de oxigeno en pacientes traqueotomizados: 10 (71,42%), debido a tapones mucosos, que precisan unos cuidados continuos de lavados bronquiales, aspirado de secreciones y fisioterapia respiratoria.
Se detectaron aspectos relacionados con alteraciones respiratorias que pueden establecer una clara línea de mejora, competencia de las enfermeras. Se identifica la causa del problema: poco adiestramiento e inseguridad en la atención a pacientes traqueotomizados.
Conclusiones: Los reingresos son debidos en un elevado porcentaje a alteraciones o complicaciones respiratorias independientemente de su patología inicial, que precisan unos cuidados complejos y frecuentes, competencia de la enfermería.
Como línea de mejora, se estableció un grupo de mejora formado por enfermeras expertas en el paciente traqueotomizado, encargadas de un programa de formación, que incluye la práctica en la Unidad de Politraumatizados, orientado a conseguir una reducción de las complicaciones respiratorias y consecuentemente una disminución de la tasa de reingresos.
Contacto: Pilar Gómez Peral
pgomez@humv.es

C-035.- REINGRESOS HOSPITALARIOS POR AGUDIZACIONES EN EPOC.
Escribano D, Vizoso F, Martínez.MC, Rodil A.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la principal causa de enfermedad y muerte en adultos. El término EPOC incluye la bronquitis crónica y el enfisema y el proceso se caracteriza por su irreversibilidad y por la aparición en su curso natural de exacerbaciones cada vez más graves y frecuentes. Los objetivos del presente estudio han sido investigar las características clínicas de los pacientes que reingresaron por EPOC, en menos de un mes tras un alta hospitalaria por el mismo motivo, en el año 2003 en nuestro Centro, así como los periodos requeridos de estancia hospitalaria. También investigamos los posibles factores relacionados con los nuevos episodios de ingreso por el mismo motivo tras el primer episodio de reingreso.
Pacientes y Métodos: estudio retrospectivo sobre los pacientes que reingresaron en el Hospital de Jove de Gijón, con el diagnóstico de reagudización de EPOC entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2003. Durante el período de estudio registramos un total de 41 pacientes. La severidad de la enfermedad se definió según el porcentaje de FEV1 y considerando los criterios de la "Sociedad Española de Aparato Respiratorio" (SEPAR) establecidos en 2001. Se consideró leve un FEV1> 60%, moderado entre 40-60% y severo si es < 40%. La exacerbación se definió como un aumento de la disnea, de la producción de esputo o de su purulencia.
Resultados: No encontramos relación significativa entre el número de ingresos por paciente y las diferentes características como la edad, sexo, hábito tabáquico, grado de severidad previo de EPOC, presencia de IRC, cardiopatía y diabetes (p> 0.05). Las causas más frecuentes de reingreso fueron la presencia de un soporte familiar insuficiente (97,6%) y el aumento de la sintomatología propia de la enfermedad (92,7%). Los pacientes fueron dicotomizados en dos grupos de acuerdo al valor de la mediana de las estancias hospitalarias (tiempo de estancia hospitalaria). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre las curvas de tiempo libre de ingreso hospitalario determinados para los dos grupos de pacientes (p>0.05). Los pacientes con mayor grado de severidad sufren una mayor estancia hospitalaria que los de menor grado (p<0.01).
Conclusiones: el análisis del grado de severidad de EPOC previo al ingreso medido a través del porcentaje de FEV1 es el factor más relacionado con la elevada tasa de reingreso en esta población de pacientes, lo que está en consonancia con estudios previos similares al actual.
Contacto: Dámaso Escribano Sevillano
damasoe@telefonica.net

C-036.- NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA CALIDAD EN RADIOLOGÍA: LA CONCORDANCIA CLÍNICO-RADIOLÓGICA.
Tous F, Suñol R, Cardona D, Pérez M, Alberola S, Gelabert G.

Objetivos: Presentar el desarrollo y los resultados de la prueba piloto de un instrumento de calidad que permite estudiar la concordancia clínico-radiológica
Método: Se incorporó al Sistema de Información de Radiodiagnóstico, una aplicación informática (ConRad) que permite comparar los diagnósticos radiológicos con los diagnósticos finales clínicos. Se estableció una equivalencia de los códigos radiológicos ACR con los códigos ICD-9-MC. Se establecieron diferentes tipos de concordancia, según diagnóstico principal o diferencial y el diagnóstico clínico final. El programa permite estudiar la concordancia por exploraciones, servicio solicitante, radiólogo, período anual. Una vez establecida la concordancia inicial, se revisan los casos no concordantes para establecer si se trata de no-concordancias justificadas, problemas de codificación o casos que requieren revisión de historia clínica. Se realizó una prueba piloto con 465 pacientes hospitalizados consecutivos
Resultados: Se identificaron 136 exploraciones informadas. Respecto al TAC la concordancia global fue del 92% (inicial de 38%, no-concordancia justificada17% y fallos de codificación del 37%). Un 8% requería revisión de historia clínica (mesotoelioma pleural, neumonía intersticial, diverticulitis y isquemia cerebral). Respecto a las ecografías, la concordancia global fue del 89% (inicial de 26%, no-concordancia justificada 40% y 23% con problemas codificación. Un 11% requería revisión de historia clínica (1 coledocolitiasis y 6 pielonefritis agudas). Se discutieron los casos con el servicio y se corrigen los problemas de codificación.
Conclusiones: El sistema permite un nuevo enfoque de la calidad en los servicios de Diagnóstico por la Imagen más clínico que los habitualmente utilizados y complementario a los mismos.
Contacto: Francisco Tous Quintana
ftous@hes.scs.es

C-037.- COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE SALUD: INTRANET SANITARIA Y ENVÍO DE INFORMES A TRAVÉS DE HCI.
Manso-Montes E, Irigoyen-Iturri F, Muruzabal-Martínez A, Sierro-Petrerena S, Martínez de Estíbariz J, Larraya-Galarza L.

Como mejora de la calidad del seguimiento del proceso asistencial en el SNS-O se han desarrollado varios proyectos en relación con la información clínica.
Actualmente, los profesionales de la Atención Primaria (AP) y de otros entornos sanitarios públicos que lo necesitan, tienen acceso a través de la Intranet Sanitaria para la visualización de la Historia Clínica Informatizada de Especializada (HCIE) y Asistencia Especializada (AE) accede a la información clínica de Atención Primaria mediante la herramienta Mercurio.
El servicio responsable al alta del paciente envía el informe correspondiente, realizado con la HCIE al médico de AP, integrándose así los informes en la historia de primaria del paciente. Asimismo, se ha diseñado un informe de intercomunicación médica, para aquellos casos en los que el médico de AE necesita comunicar algo al médico de AP.
Objetivos: Evaluar la utilización de la aplicación de HCIE a través de la Intranet Sanitaria, por profesionales de AP y de otros entornos sanitarios públicos.
Evaluar el nivel de utilización de la aplicación Mercurio.
Evaluar de forma cuantitativa el envío y recepción de informes desde especializada a primaria.
Métodos: Consulta al servidor de: accesos aplicación HCIE desde la Intranet Sanitaria, accesos a la aplicación Mercurio desde la Intranet Sanitaria y desde el programa HCIE.
Combinación de los datos obtenidos de accesos a ambas aplicaciones con la base de datos de usuarios para conocer accesos por tipo de usuario.
Explotación del número de informes, enviados y recibidos, desde AE a AP.
Resultados: En la actualidad existen 5881 usuarios de la herramienta para el registro y consulta de información clínica. De estos 1369 usuarios tienen acceso únicamente en forma de consulta.
El motivo de acceso más frecuente de los profesionales sanitarios a la aplicación HCIE, a través de la Intranet, es la consulta de resultados de pruebas complementarias y de laboratorio.
El 90% de los informes de alta se envían desde AE y se reciben en AP.
Conclusiones: El desarrollo de las aplicaciones de consulta de la información clínica y el envío de los informes de alta supone una mejora en la coordinación de los dos niveles asistenciales (AP/AE), ya que proporciona una información, que de otra forma se pierde en gran medida.
La evolución hacia la historia de salud implica la integración de toda la información clínica, el desarrollo de aplicaciones sanitarias como las descritas en el documento es un primer paso para alcanzar este objetivo.
Contacto: Asunción Muruzabal Martínez
gshclini@navarra.es

C-038.- ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES DE LA E-MEDICINA?. A PROPÓSITO DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA.
Palacio F, Silvestre C, Bustinduy A.

Objetivos. La informatización de las consultas es un hecho, pero ¿qué opinan los pacientes al respecto? El presente estudio tiene como objetivo conocer la opinión de los pacientes sobre la Historia Clínica Informatizada (HCI)
Metodología. Estudio cualitativo mediante grupos focales de pacientes, Se desarrollaron 4 grupos y se realizó el análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas. La selección de participantes se hizo por edad, sexo y nivel social, y el reclutamiento se hizo con la ayuda de Asociaciones de Vecinos. El ámbito es urbano.
Resultados. Las opiniones de los pacientes se agrupan en tres categorías: 1) Opinión general sobre la informatización de la Historia Clínica. Muestran opiniones mayoritariamente favorables pero también algunas desfavorables hacia el uso de la HCI. Comentan su influencia en la relación sanitario-paciente, apuntando que los problemas relacionales no

son debidos a la tecnología sino a las personas. Identifican las resistencias de algunos profesionales hacia la informatización, entre otros temas.
2) Continuidad de la HCI. La HCI debe de estar disponible en la web, para que sea accesible en todo el mundo. Eso puede crear nuevas formas de relación con los sanitarios, ya que se puede mantener la continuidad de cuidados con independencia del contacto personal. Se habla de seguridad, de la HCI encriptada en una tarjeta, etc.
3) Propiedad de la HCI. El abanico de opiniones va desde quienes opinan que la HCI es propiedad del profesional a quienes consideran que el paciente debe de poder entrar y manipularla.
Se presentan ejemplos de literales que ilustran cada una de las opiniones. Por ejemplo:
- A mi me parece bien. Además cuando llegas, yo por ejemplo, con el Dr. XXX si que le he dicho "me tal , cual,..." explicar los síntomas, y en seguida se ha ido a mi historial y me ha dicho: "A ver, tu tuviste otitis, viniste,... y el último análisis lo hicimos hace tanto..."
- Hay un trato ahí que falta, que el ordenador hace barrera; es verdad que hace barrera.
Conclusiones. Las opiniones de los pacientes son tanto favorables como desfavorables, y en general consideran la HCI como natural e inevitable en el desarrollo actual de la tecnología. Les preocupan temas como la seguridad, la conveniencia, la relación, la disponibilidad o el derecho a gestionar la HCI. Mayoritariamente las opiniones son favorables, y se sugieren cambios trascendentales en la relación sanitario-paciente, al poder mantenerse la relación sin necesidad de presencia física.
Contacto: Fernando Palacio Lapuente
fpalacio@apge.osakidetza.net

C-039.- ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES DE LA E-MEDICINA?. A PROPÓSITO DEL CORREO ELECTRÓNICO Y EL TELÉFONO MÓVIL.
Bustinduy A, Silvestre C, Palacio F.

Objetivos. El correo electrónico (CE), y el teléfono móvil (TM) en menor medida, parecen llamados a jugar un papel dentro de la e-medicina. El presente estudio tiene como objetivo conocer las opiniones de los pacientes sobre el CE y el TM como medios de comunicación entre sanitarios y pacientes
Metodología. Estudio cualitativo mediante grupos focales de pacientes, Se desarrollaron 4 grupos y se realizó el análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas. La selección de participantes se hizo por edad, sexo y nivel social, y el reclutamiento se hizo con la ayuda de Asociaciones de Vecinos. El ámbito es urbano.
Resultados. Las opiniones de los pacientes se agrupan en 4 categorías:
1. Opinión general. Los pacientes ven bien el uso de estas tecnologías, ampliándolo incluso a la visita por videoconferencia o al soporte en situaciones de emergencia mediante el TM. Por supuesto se plantea el problema de la seguridad.
2. Adaptación organizativa. Se ve la necesidad de separar este tipo de actuaciones de las de la consulta presencial, reservando su propio espacio y tiempo. Se advierte del riesgo de saturación.
3. Utilidades. Consultas concretas (pautas de medicación, consejo, etc.), trámites burocráticos, alertas de citas, vacunas, etc., son algunas de las utilidades identificadas. También se considera que puede liberarse tiempo para la consulta presencial, que previsiblemente descendería.
4. Este tipo de contactos no sustituye la consulta directa, que sigue siendo imprescindible en un gran número de episodios. Se identifica el lenguaje como un obstáculo en la relación por CE, al perderse el "tono" de la conversación.
Se presentan literales que ilustran cada una de las opiniones, por ejemplo:
Mi opinión al respecto es que debería de usarse el correo electrónico y la videoconferencia y otras tecnologías como una alternativa a la consulta presencial.
. Una cosa dicha con un determinado tono la coges enseguida, y escrita pues no sabes ni por donde va.
Conclusiones. Los pacientes ven muy útiles estas tecnologías, e identifican utilidades potenciales muy interesantes. En la práctica lo ven útil sobretodo para cosas concretas y trámites, reservando la visita presencial para cuando precisan la relación directa con los profesionales sanitarios.
Contacto: Ana Bustinduy Bascaran
anab@apge.osakidetza.net

C-040.- ACCESIBILIDAD A INFORMACIÓN SANITARIA EN LA RED Y CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.
Llinás G, Sancho J, Pérez-Jover V, Mira JJ.

Objetivo: Describir la opinión de los médicos sobre si la información sanitaria en Internet aporta alguna ventaja en la relación médico-paciente.
Método: Estudio descriptivo en el que se pregunta a 600 médicos (52% de hospitales y 48% de primaria; edad media de 44 años; tamaño muestral estimado para un error inferior al 5% y un nivel de confianza del 95%) de tres provincias (Alicante, Madrid y Zaragoza) cuáles son las principales ventajas y desventajas de que los pacientes obtengan información a través de Internet. Los datos fueron analizados mediante estadísticos descriptivos y pruebas de diferencias de medias (Chi-cuadrado).
Resultados: Más de la mitad de los médicos (52,5%) opinan que Internet no influye en la relación médico-paciente, un 19,3% más fácil y un 28,1% consideran que la hace más difícil (especialmente los que trabajan en hospitales [Chi-cuadrado=8,71, p=0,03]). Según los médicos encuestados las principales ventajas de que los pacientes obtengan información a través de Internet son: que conocen mejor la enfermedad y su tratamiento (42,9%), se favorece su autonomía (20,4%), y porque les permite intercambiar experiencias con otros enfermos (16,9%). El mayor inconveniente es que acceden a información que puede ser errónea (55,5%), seguido por que ofrece más información de la que precisan (31,1%), y por que puede generar una pérdida de confianza en el médico (30,8%). Los profesionales de atención primaria se distinguieron de los de hospitales al valorar más positivamente algunas de las ventajas de Internet para los pacientes (colaboran mejor con el médico que los atiende [Chi-cuadrado=4,65, p=0,031], y favorece su autonomía [Chi-cuadrado=4,60, p=0,032]), mientras que los segundos resaltaron las desventajas: (ofrece información errónea [Chi-cuadrado=5,16, p=0,023], y puede generar una pérdida de confianza en el médico [Chi-cuadrado=6,17, p=0,013]).
Conclusiones: Internet se ha convertido en una valiosa herramienta de información a los pacientes. Los médicos de atención primaria ven en la Red más ventajas que sus colegas hospitalarios.
Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

C-041.- EL CONTACT CENTER Y PÁGINA WEB DEL SESCAM COMO INSTRUMENTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.
Lara MA, Ruiz JP, Rodríguez A, Barrio A.

Objetivos: la finalidad del Contact Center es mejorar la calidad a través de mejorar uno de sus componentes la accesibilidad de los servicios. Los objetivos específicos son:
• Poner a disposición de los ciudadanos de Castilla-La Mancha, a través del teléfono, un servicio integral para obtener información, resolver trámites y realizar determinadas gestiones, tanto en el ámbito sanitario como administrativo del SESCAM.
• Por otro lado, la Web corporativa del SESCAM pretende ser el punto único de interacción de referencia entre el ciudadano y el profesional.
Métodos: Estos servicios, están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, 365 días al año. El servicio telefónico está disponible a través del número de teléfono gratuito 900 25 25 25, de cobertura nacional, donde el ciudadano independientemente de donde se encuentre, puede demandar un servicio y siempre le atenderá un agente, independientemente del horario, o puede obtenerlo directamente desde la página web corporativa del SESCAM. Cualquiera de estos dos canales está integrado con los sistemas de información del SESCAM.
Resultados: La integración de ambos servicios (Contact Center y página web), permite ofrecer servicios de alto valor a los usuarios del SESCAM:
• Cita previa con su medico y enfermera.
• Sugerencias y reclamaciones.
• Modificaciones y cancelaciones de citas.
• Cambio de médico.
• Información sobre: campañas, bolsas de trabajo, oposiciones, a proveedores, prestaciones sanitarias, teléfonos, direcciones, noticias,otros...
• Información farmacias de guardia.
Conclusiones: La implantación Contact Center y de la Web del SESCAM, constituye una mejora en la calidad de los servicios que el SESCAM

presta a los ciudadanos, así como una mayor eficiencia en la gestión de determinados procesos internos de la organización

Contacto: Miguel Ángel Lara Villanueva
malara@sescam.org

C-042.- ¿SISTEMA DE ENTRENAMIENTO VIRTUAL DE ENFERMERAS? INDICADORES CLÍNICOS DE EFECTIVIDAD EN CUIDADOS VÍA INTRANET.

Suárez-González TV, Fernández-Orviz F, Nieto-Rodríguez M, Fernández-Quevedo Egocheaga J, Sánchez-Gómez B, Duarte Clíments G.

Objetivos: Los sistemas de información hospitalaria para la gestión de la calidad de los cuidados y la gestión de riesgos, están condicionados por la falta de entrenamiento de las enfermeras en el uso de sistemas de gestión clínica estandarizados. Por ello los objetivos son:
- Desarrollar vía intranet hospitalaria un Sistema de Entrenamiento Virtual en gestión clínica de cuidados
- Desarrollar un cuadro de mando con indicadores de efectividad clínica de los cuidados

Método: El desarrollo de SEVEN forma parte del Plan de Calidad de los Cuidados del Hospital. La Gerencia incorpora un nuevo director de enfermería, y contrata los servicios de una consultoría externa específica en gestión de cuidados.
Se desarrolla un software específico para la Intranet, con páginas dinámicas de distintos formatos de valoración clínica, cuestionarios clínicos específicos –Bradem, Barthel, Caídas…-, y planes de cuidados estandarizados basados en el uso de la NANDA, NOC y NIC. Planes elaborados por la Comisión de Cuidados del Hospital con métodos de consenso y revisión de evidencia. Tiene incorporado sistemas de auto-evaluación que permiten a las enfermeras mejorar su juicio clínico. La información generada incorpora un análisis de la validez de la información. Esta información puede presentarse como informes para la continuidad de los cuidados, y alimenta una base de datos que genera indicadores específicos de efectividad y calidad. La dirección de enfermería y los distintos supervisores de cada unidad pueden acceder al mapa de indicadores específicos –cuadro de mando- de cada unidad en tiempo real.
Resultados: Tras los primeros nueve meses de trabajo los resultados obtenidos son:
- Mejora en los indicadores de efectividad hospitalaria ligada a los cuidados –tasa de infecciones, UPP, caídas, mejora funcional en AVD…-
- Mejora de la eficiencia hospitalaria: reducción de gastos hospitalarios ligados a cuidados
- SSII centinela, con cuadro de mando disponible en la Intranet, según perfiles de usuario
- Desarrollo de competencias de las enfermeras del hospital en Gestión Clínica de los cuidados basado en los lenguaje: NANDA, NOC, NIC
- Implantación de informes de continuidad de cuidados al alta, automatizados vía intranet

Conclusiones: Los resultados iniciales reflejan la mejora de la calidad de los cuidados, de la competencia de las enfermeras en los sistemas de gestión clínica, de la continuidad de los cuidados y de la eficiencia hospitalaria.

Contacto: Tácito Virgilio Suárez González
gerencia.gae6@sespa.princast.es

C-043.- INTRANET. UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN LA COMARCA EZKERRALDEA-ENKARTERRI, S.V.S-OSAKIDETZA.

Caballero S, González A, de Gauna PL, Hernando R, González JA, Arteta A.

Objetivos: Disponer de un canal de comunicación accesible, estable y de fácil utilización para la transmisión de información a todos los profesionales de la Comarca, como consecuencia del déficit evidenciado a este respecto en la encuesta de satisfacción de personas realizada en 2003. El proyecto abarca informaciones institucionales, operativas, asistenciales y de calidad.
Métodos: Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar para abordar los siguientes aspectos:
• Priorización de las necesidades de información de todos los usuarios potenciales: profesionales y directivos de la Comarca.
• Elección de la herramienta adecuada para los fines del proyecto.
• Diseño de la estructura del sistema que adopta la forma de intranet.
• Evaluación de la herramienta por un grupo de expertos de la Comarca. Incorporación de sugerencias y otros ajustes.
• Difusión e implantación de la herramienta en la Comarca.

Resultados:
A fecha actual no se dispone de resultados sobre satisfacción de los usuarios de la intranet.
En Septiembre 06, esta prevista la evaluación de la intranet en las siguientes dimensiones:
• Conocimiento de la existencia de la intranet.
• Grado de utilización
• Satisfacción de emisores y receptores con relación a la información presente en la intranet.

Conclusiones:
• Se dispone de un listado de necesidades de información que ha sido consensuado tras consulta a los profesionales de la Comarca.
• En la elección de la herramienta, han demostrado ser aspectos claves su eficacia y la facilidad de mantenimiento posterior.
• La diversidad de informaciones presentes en la intranet colabora en el objetivo de acercar las culturas clínica y de gestión.
• Reducción del uso de papel, toner y otros materiales asociados a las comunicaciones tradicionales.
• No se disponen por el momento de conclusiones relativas a la satisfacción de los usuarios en coherencia con el actual grado de implantación del proyecto.

Contacto: Sinesia Caballero Pérez
scaballero@apee.osakidetza.net

C-044.- INTERNET: UNA OPORTUNIDAD PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Llinás G, Rodríguez D, Sancho J, Pérez-Jover V, Mira JJ.

Objetivo: Describir en qué medida los médicos de hospitales y de primaria recurren a Internet para actualizarse y acceder a información clínica relevante.
Método: Estudio descriptivo en el que se pregunta a 600 médicos (52% de hospitales y 48% de primaria; edad media de 44 años; tamaño muestral estimado para un error inferior al 5% y un nivel de confianza del 95%) de tres provincias (Alicante, Madrid y Zaragoza) cuáles son los motivos por los que se conectan a Internet y para qué utilizan este medio. Tras contestar a las preguntas de respuesta múltiple, los profesionales remitieron las encuestas a través de sobres de franqueo en destino. Los datos fueron analizados mediante estadísticos descriptivos y pruebas de diferencias de medias (Chi-cuadrado).
Resultados: La mayor parte de los médicos (67,7%) recurren a Internet en su vida diaria. En el campo profesional, los encuestados utilizan la Red para buscar información sanitaria general (53,8%) o específica para un caso concreto de algún paciente (66,9%), sobre todo cuando se trata de prescribirle un tratamiento (53,8%). Un 74,1% consultan publicaciones on line para actualizar sus conocimientos. Internet también se ha convertido en una importante herramienta para que el médico busque literatura (68%) o evidencia científica (45,5%), se actualice a través de las webs de sus asociaciones profesionales (30,2%) y, en menor medida (20,1%), para la investigación científica. Al comparar las respuestas de ambos colectivos profesionales se comprobó que los médicos de hospitales recurrían a Internet con mayor frecuencia que los de primaria para buscar literatura (Chi-cuadrado=37,25, $p<0,0001$) o evidencia científica (Chi-cuadrado=10,91, $p=0,001$), también para la investigación científica (I+D) (Chi-cuadrado=11,23, $p=0,001$) y acceder a revistas on line (Chi-cuadrado=45,14, $p<0,0001$), actualizar sus conocimientos (Chi-cuadrado=35,45, $p<0,0001$) o consultar información específica para un caso dado (Chi-cuadrado=7,09, $p=0,008$). Los médicos de atención primaria recurren a la Red con mayor frecuencia para buscar información sanitaria en general (Chi-cuadrado=22,68, $p<0,0001$).
Conclusiones: Internet ejerce una influencia creciente a la hora de documentarse. Casi 3/4 de los médicos recurren a la Red como herramienta para obtener información, actualizarse y tener un mejor manejo de sus pacientes. Existen diferencias en los patrones de uso de Internet entre los médicos de hospitales y de primaria.

Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

C-045.- COMUNICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (A.P): RESULTADOS TRAS UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE NUESTRA PÁGINA WEB.

Fluriache P, Torijano M, Azpiazu M, Sánchez-Holgado J, Gragera F, Gonseth J.

Objetivos: La primera página electrónica en A.P dentro del Servicio de Salud regional se puso en funcionamiento en mayo de 2005 con el fin de incrementar la accesibilidad a los servicios sanitarios, ofrecer una completa información de los mismos, así como promover la participación.
Nuestros objetivos son:
1.Conocer la tendencia temporal del número de visitas a la página desde su inicio.
2. Cuantificar el uso del servicio "Cita Previa".
3. Conocer el número de quejas, reclamaciones y sugerencias realizadas a través de la Unidad de Atención al Profesional (UAP).
Métodos: Análisis descriptivo de los datos obtenidos de la página Web procedentes del Departamento de Tecnología de la Información del Serevicio de Salud Regional desde mayo de 2005 hasta mayo 2006.
Resultados: Se aprecia una tendencia ascendente en el número de visitas hasta el mes de febrero de este año que presenta el mayor número de consultas (9933). En marzo y abril se ha producido un descenso, con 9625 y 6446 respectivamente y en mayo aumenta de nuevo con 7747 entradas. Dentro de la página web del Servicio Regional, las entradas a nuestra página superan de forma mantenida a las entradas en otros contenidos como Ley de Garantías, Farmacia o Proveedores siendo el espacio más visitado el dedicado a Recursos Humanos. En cuanto al servicio de "Cita Previa", fue utilizado como experiencia piloto desde mayo hasta diciembre de 2005 por los profesionales de la Gerencia y desde enero de este año se ha extendido a todos los usuarios del Área, objetivándose un incremento de su uso de forma progresiva con 545 citas en el mes de mayo. Este servicio es utilizado fundamentalmente por los usuarios de los Centros de Salud urbanos. La UAP tan sólo ha recibido 8 consultas por parte de los clientes internos de nuestra organización por lo que este año se potenciará su difusión y utilización y estamos esperando la recepción de datos acerca de los procedimientos internos realizados online. Las quejas, reclamaciones y sugerencias realizadas por los usuarios a través de nuestra página no pueden discernirse de aquellas procedentes de la página del servicio de salud regional por lo que no han podido cuantificarse de forma independiente.
Conclusiones: La página web ha supuesto una mejora en la accesibilidad gracias al servicio "Cita Previa" cuyo uso aumenta de forma progresiva. Sin embargo debemos potenciar y estimular el uso de los servicios dirigidos específicamente a los profesionales de nuestro Área.
Contacto: Marisa Torijano Casalengua
mtorijano@sescam.jccm.es

C-046.- RECETA ELECTRÓNICA: IMPLANTACIÓN EN UN ÁREA SANITARIA.
Moreno-Hernández EJ, Hevia-Álvarez E, López-González J, Calatrava-García L, Gutiérrez Cuadra JL, Romero-Muñoz MA.

Objetivos: Diseñar un plan de comunicación para la implantación de Receta Electrónica (RXXI)en nuestro Área Sanitaria.
Valorar el impacto de uso en la frecuentación de Centros.
Método: Se constituye una Comisión que diseña un Plan de Comunicación para poner en marcha RXXI.
La Comisión la componen: Subdirección de SSI, Director Médico, Responsable del SAU, Informática (Jefe de Servicio y Responsable de DIRAYA), Responsable de Farmacia de Atención Primaria, Técnico de Comunicación del ASNC.
Se acuerda la siguiente secuencia de actuaciones:
1.Carta a los Directores de ZBS solicitando la reunión del grupo de profesionales.
2.Formación en grupo a Profesionales.
3.Plan de Medios:
Canales: Radio y TV locales.
Prensa escrita
Cartas informativas a autoridades y asociaciones.
Mensaje: Información de RXXI, aplicación y ventajas de utilización.
4.Coordinación con otras instituciones: Colegio Farmacéutico Provincial y con el Servicio de Asistencia Farmacéutica del SAS.
El impacto de uso RXXI, se ha evaluado considerando los siguientes indicadores:
% de usuarios con prescripción en RXXI.
Nºo de prescripción de recetas.
Noº de dispensación de medicamentos.
Nºo de citas.
A través del Módulo de Farmacia del Centro Tecnológico de Información del SAS, se obtienen datos de los tres primeros indicadores, que semanalmente se distribuyen a los profesionales y a la Dirección, con la finalidad de adoptar las medidas correctoras oportunas.
El noº de citas se ha obtenido del Módulo de Tratamiento de la Información de la Historia de Salud Digital.
Resultados: Se ha conseguido en el período establecido implantar RXXI en la totalidad del Área.
Se ha observado un descenso en el número de citas respecto al mismo periodo evaluado en el 2005 de un 30 %, con un intervalo de amplitud entre 21 % y 38 %.
Respecto al número de recetas, en los tres primeros meses se ha prescrito un total de 481.078 de las cuales el 29,68% se hicieron en formato electrónico. Supone un incremento del 4,03% en el número de recetas respecto al mismo período del año anterior.
Conclusiones: El Plan de Comunicación diseñado, así como el seguimiento en el uso de la prescripción electrónica ha facilitado la implantación de RXXI en nuestro Área Sanitaria.
La frecuentación en consultas se ha reducido, lo que permite la disponibilidad de mayor tiempo medio por consulta (llegando a los 10 minutos/paciente).
Se observa un ligero aumento del número de recetas, sin bien consideramos corto el tiempo de estudio para obtener.
Contacto: Eulalio José Moreno Hernández
eulalioj.moreno.sspa@juntadeandalucia.es

C-047.- EVOLUCIÓN DE LA VALORACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA (2002-2005).
Carrillo-Ojeda P, Hernández-Rodríguez MA, Navarro-Brito E, Ascanio-Perera F, Pérez-Barros A, Sánchez-Janariz H.

Objetivos: Conocer la valoración que realizan los usuarios de los Centros de Salud en una Comunidad Autónoma. Analizar su evolución durante 2002 / 2005.
Sujetos y métodos: Estudio descriptivo con muestra aleatoria de usuarios (con cita solicitada en los últimos 15 días), a partir de la base de datos de Tarjeta Sanitaria del Servicio de Salud en 2002 y 2005. Se realizó una encuesta telefónica con operadoras entrenadas, previo pilotaje. El cuestionario, de 22 y 27 preguntas, respectivamente, analiza: accesibilidad, tiempos de espera, amabilidad, información, comunicación, resolutividad y seguridad. Se comparan preguntas comunes a ambos cuestionarios. El análisis estadístico se realizó con SPSS v12.01 para el cálculo de frecuencias e IC95% y modelo de regresión lineal para variables predictoras.
Resultados: Se obtuvo una muestra de 1575 y 3661 usuarios en 2002 y 2005, respectivamente. Pedir cita es fácil o muy fácil para el 84.3% (IC95% 82.5-86.1) en 2002 y para el 64.4% (IC95% 62.8-66) en 2005. El tiempo de espera para ser atendido fue de hasta 30 minutos en el 73.1% (IC95% 70.9-75.3) en 2002 frente al 65.9% (IC95% 64.4-67.4) de 2005, y de una hora o más en el 26.8% (IC95% 24.6-29) y 32.6% (IC95% 31.1-34.1) en 2002 y 2005, respectivamente; al 46.7% (IC95% 44.2-49.2) les parece bien o muy bien en 2002 y al 31.4% (IC95% 29.9-32.9) en 2005. La valoración de los profesionales de medicina y enfermería en las dimensiones estudiadas se mantiene favorable en ambos periodos, oscilando entre el 89.9% y el 96.1% de respuestas positivas. El personal administrativo experimenta una mejora en amabilidad, del 80% (IC95% 78-82) en 2002 al 85.7% (IC95% 84.6-86.8) en 2005, y en resolutividad desde el 79.6% (IC95% 77.6-81.6) en 2002 al 87% (IC95% 85.9-88.1) en 2005. El 54.2% (IC95% 50.6-57.8) de los usuarios que acudieron a Urgencias, consideran que fueron atendidos con bastante o mucha rapidez en 2002 y el 44.4% (IC95% 42.2-46.6) en 2005, y que le atendieron bien o muy bien el 82.2% (IC95% 79.4-85) y el 77.3% (IC95% 75.4-79.2), respectivamente. Las variables predictoras fueron: facilidad para conseguir cita, tiempo de espera e información recibida.

Conclusiones: Detectamos como áreas de mejora la accesibilidad para conseguir cita, los tiempos de espera para ser atendido y la atención a las urgencias.
La valoración de los profesionales se mantiene notablemente elevada con mejorías en el personal administrativo.
Contacto: Patricia Carrillo Ojeda
pcaroje@gobiernodecanarias.org

C-048.- INDICADORES COMPUESTOS PARA ANALIZAR LA CALIDAD PERCIBIDA EN USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PRIMER CORTE ANUAL AÑO 2006.
Más A, Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Nieto P.

Objetivos: Desde 2004, se aplica en el Servicio Murciano de Salud (SMS) para medir la calidad percibida por los usuarios, la "Encuesta EMCA de Atención Primaria". En 2006 se plantea la necesidad de obtener información continuada para realizar actuaciones de mejora de manera concurrente. Se decide realizar 4 cortes anuales con muestras más pequeñas y medir los resultados mediante indicadores compuestos (IC).
Los IC simplifican en un solo la medición de varios indicadores. En las encuestas de calidad percibida se suelen elaborar como porcentaje o tasa simple de problemas.
Se relata a continuación el proceso de elaboración de estos indicadores y su aplicación a los datos de 2005 y primer corte de 2006.
Metodología:
- Descripción de las dimensiones de la calidad del cuestionario EMCA.
- Clasificación preguntas del cuestionario en una de las dimensiones.
- Establecimiento de lo que se considera cumplimiento o incumplimiento en cada caso.
- Elaboración de indicadores.
- Reuniones con coordinadores de calidad de Gerencia de Atención Primaria del SMS, para presentación y discusión del esquema inicial de indicadores, cumplimientos, incumplimientos y búsqueda de consenso.
- Preparación de base de datos para explotación de indicadores elaborados.
Resultados: Se obtienen los siguientes indicadores compuestos para cada dimensión estudiada.
- Accesibilidad: IC de Accesibilidad (desagregado para C Salud y Domicilio)
- Infraestructura y Organización: IC Estructura y organización
- Competencia Profesional: IC Competencia Profesional
- Trato e Información : IC Relación Interpersonal
- IC Calidad Científico-Técnica Global en AP: agrupa IC de Competencia profesional + IC de Relación Interpersonal, desagregando cada uno de ellos según el tipo de profesional (médico, enfermería y del área de administración)
- IC Tasa Global de problemas: agrupa todos los anteriores
Permanecen como indicadores simples: Calidad Global, Satisfacción Global y Urgencias
Se obtienen, entre otros resultados, para 2005 y en el primer corte de 2006 respectivamente, una Tasa Global de Problemas de 25,5% y 22,4%, de 19,8% y 17,3% en la Accesibilidad a domicilio y de 33,2% y 35,2% en la Calidad Científico-Técnica de Administración
Conclusiones: Los indicadores compuestos permiten resumir los resultados de las encuestas de calidad percibida y obtener una aproximación bastante certera a un problema de calidad con muestras pequeñas, simplificando el proceso de toma de decisiones al evitar que sea preciso analizar muchos indicadores por separado y posibilitando que las actuaciones de mejora se puedan iniciar con más prontitud.
Contacto: Adelia Más Castillo
adelia.mas@carm.es

C-049.- CALIDAD PERCIBIDA EN USUARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE LA VALORACIÓN 2003-2005.
Más A, Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Bermúdez R.

Objetivos: Desde el año 2002 se viene aplicando la "Encuesta EMCA de calidad percibida en pacientes hospitalizados" para medir la calidad percibida por los usuarios de los 9 hospitales públicos de agudos de la Región de Murcia, valorar su satisfacción con la atención recibida, identificar oportunidades de mejora y elabora indicadores de calidad que se incluyen en los contratos de gestión del Servicio Murciano de Salud (SMS). Se comparan los resultados obtenidos en 2003 y 2005.
Metodología: Estudio retrospectivo, transversal, en adultos dados de alta en los S. quirúrgicos, médicos y puérperas en los Hospitales de Agudos del SMS. Se realizó un muestreo sistemático, estratificado, no proporcional.
Periodo de estudio año 2003: 1 al 31 de noviembre; año 2005: 15 de septiembre a 15 noviembre;
Instrumento: Cuestionario EMCA de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción Posthospitalización, que explora Información, Organización, Trato, Competencia Profesional e Infraestructura durante. ingreso-dilatación-parto, estancia -incluye alta- y solicita una valoración global
Se enviaron un total de 2.836 en 2003 y 5.296 en 2005, por correo postal franqueado en destino, y doble carta recordatorio en 2005. Se realizó un análisis a nivel Regional y desagregado por Hospital. Se compararon los indicadores obtenidos en 2003 - 2005.
Resultados: Tasa de respuesta 43,86% en 2005 y 38,4% en 2003
Satisfacción global 7,9, sobre 10, en ambos años.
Se aprecian diferencias significativas entre los dos años en catorce de los 172 indicadores estudiados: tres en el área de partos (empeoran todos), cinco en el área médica (mejoran tres) y seis del área quirúrgica (mejoran todos)
Estableciendo el estándar de calidad de cada indicador en que se cumpla en un 80% ó más, se han encontrado en 2005 y por área que igualen o superen el estándar establecido:
- El 66,7% de los indicadores de Cirugía:
- El 83,0% de los de Médica
- Y el 33,9% de los indicadores estudiados para Partos
Conclusiones:
- Tasa de respuesta alta para este tipo de encuesta y método de entrega utilizado
- Herramienta consistente y adecuada para la obtención de indicadores que posibilitan la comparación de resultados entre los distintos hospitales y la Región.
- Mínima presencia de diferencias estadísticamente que refleja la ausencia de medidas correctoras eficaces.
- Niveles altos de satisfacción en todas las dimensiones, aunque se identifican claras oportunidades de mejora en las tres áreas estudiadas.
Contacto: Adelia Más Castillo
adelia.mas@carm.es

C-050.- ¿VARÍAN LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES?
Lorenzo S, Noria M, Moyano S, Galban C, Ortigueira JA, González-Álvarez JM.

Objetivo: analizar si varían los factores determinantes de la satisfacción en nuestro centro de 2000 a 2005.
Material y método: Estudio transversal semestral que utiliza encuesta anónima, que se remite por correo. No se envía recordatorio.
Instrumento: Cuestionario SERVQHOS y encuesta adicional, agrupando los datos de las dos olas anuales.
Ámbito: hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 250.000 habitantes.
Periodo de estudio: 2000-2005
Sujetos: muestra representativa de las altas ocurridas en el periodo de estudio, excepto exitus, cuidados intensivos, reanimación, pediatría y psiquiatría.
Resultados: se enviaron 7127 encuestas, con una tasa de respuesta media del 28,19% (1995 encuestas cumplimentas). Análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbahc): 0,95. Satisfacción media: 3,39.
Durante el periodo 1998-2004 los determinantes de la satisfacción eran Atención (Amabilidad, Enfermería, Capacidad para solucionar los problemas, Preparación, Confianza, Trato, Disposición e Interés) Tiempo e Ingreso, sin embargo en 2005 los determinantes de la satisfacción fueron los incluidos en los factores Atención (Amabilidad, Enfermería, Capacidad para solucionar los problemas, Preparación, Confianza, Trato, Disposición e Interés) e Información (información por parte de los médicos e información a familiares). Los factores atención y tiempo actúan como determinantes la satisfacción global de los pacientes del hospital, atención es el que representa mayor peso en la misma.
Los factores mejor valorados por los pacientes son Atención (3,62) y Entorno (3,68).

Conclusiones: De los estudios realizados en todos estos años, se han mantenido 2 factores para determinar la satisfacción global con el servicio percibido, por lo tanto se puede ver que el modelo sigue vigente. Se identifica el cambio del factor ingreso a los factores información y entorno en este último año, esto podría ser debido a la disminución de la lista de espera en nuestra Comunidad Autónoma, por los compromisos adquiridos por la consejería con los ciudadanos.

Contacto: Susana Lorenzo Martínez
slorenzo@fhalcorcon.es

C-051.- NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN SALUD DE LA CIUDADANÍA Y EXPECTATIVAS SOBRE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN.

Gijón-Sánchez MT, González-Pérez R, Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez MA, Ruiz-Azarola A, Suess A.

Objetivos: La existencia de necesidades de información en salud es ampliamente reconocida, y constituye un reto importante a resolver por las políticas sanitarias y sociales. El objetivo de este estudio es conocer las necesidades de información en salud de la población e identificar sus expectativas respecto a canales de información de calidad.
Métodos: Diseño cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas realizadas por teléfono. Se realizaron 48 entrevistas con personas que responden a diferentes perfiles teóricos sociosanitarios a partir de una muestra estructural, definida en cuanto a estado de salud, sexo, edad, nivel educativo, ocupación laboral y contexto geográfico. La selección final de las personas a entrevistar se formalizó siguiendo el muestreo de "bola de nieve". Se realizó un análisis de contenido apoyado del programo informático NUDIST Vivo versión 4.0.
Resultados: El discurso de los y las participantes respecto a sus necesidades de información en salud, se centra en torno a tres ejes; la enfermedad en sí, las consecuencias que ésta tiene sobre la vida cotidiana y la asistencia sanitaria. Además, en general expresan la deseabilidad de disponer de una información amplia acerca de su salud. El personal sanitario y en especial el facultativo, es considerado el canal de transmisión idóneo y preferido para dicha información, mientras que las asociaciones de pacientes, los medios de comunicación, las publicaciones y otras personas, se perciben como canales de información complementarios. El principal formato de transmisión utilizado es la comunicación verbal, y aunque algunas personas entrevistadas se muestran satisfechas con ese medio, muchas otras desean que la información se acompañe de soporte escrito.
Conclusiones: Es deseable que la información sanitaria que se transmita a la ciudadanía se centre en los aspectos prácticos del proceso salud-enfermedad-atención. Para las personas entrevistadas, el personal facultativo es el principal referente de información en salud, por lo que es aconsejable la promoción de actividades formativas en habilidades de comunicación en este grupo profesional. Además, se valora positivamente que la información sanitaria transmitida por los y las profesionales vaya acompañada de materiales escritos que refuercen y apoyen sus mensajes. Por último, es recomendable reforzar otros cauces alternativos que ofrezcan a la ciudadanía información sanitaria clara, accesible, pertinente y basada en la evidencia, es decir, una información de calidad.

Contacto: María Escudero Carretero
maria.escudero.easp@juntadeandalucia.es
María Teresa Gijón
mariat.gijon.easp@juntadeandalucia.es

C-052.- ESTUDIO DE EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE.

Ruiz-Romero V, García-Berral M García B.

Objetivos: Conocer las expectativas reales con respecto a la cartera de servicios y atención prestada a la población que da cobertura el hospital. Promover nuevos canales de participación y de relación con los ciudadanos.
Métodos: Desarrollo de grupos focales en los que han participado habitantes de los 28 municipios a los que da cobertura el hospital. Las variables a considerar para la selección de los participantes han sido: clase social, edad y sexo. Los criterios de heterogeneidad dentro de cada grupo focal han sido: distancia de la residencia con respecto al hospital, dimensiones demográficas del núcleo urbano y zona básica de salud.
Resultados: Entre los aspectos valorados por 3 ó más grupos destacan los relacionados con la accesibilidad: listas de espera cortas, rapidez en las citas para consultas, acto único, rapidez en la atención en Urgencias, no masificación en las consultas, mayor servicio de autobuses, y paneles informativos; con la cartera de servicios: que se den a conocer las especialidades y servicios que existen mediante buzoneo u otro medio, que se oferten todas las especialidades; con el confort: habitaciones individuales, aunque podría haber habitaciones compartidas según las patologías y edades, habitaciones confortables para pacientes y familiares, limpieza en todas las instalaciones; con el trato: trato amable y humano con pacientes y familiares en la acogida y la estancia; con la información: clara y sin tecnicismos. Otros: coordinación y seguimiento entre profesionales del hospital y de Atención Primaria.
Conclusiones: La mayoría de los ciudadanos basaban sus expectativas en la visión que cada uno tenía sobre el hospital, bien por propia experiencia o por los comentarios de otros pacientes. Además de resaltar aspectos relacionados con el confort, el trato y la accesibilidad, la mayoría deseaba disponer de más especialidades y servicios de los hasta ahora ofertados. Es de destacar la satisfacción manifestada por los ciudadanos al ofrecerles la oportunidad de participar en el estudio.

Contacto: Victoria Ruiz Romero
vruiz@aljarafe.betica.sanjuandedios-oh.es

C-053.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS: EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS SÍ QUE IMPORTA.

Fernando-Revilla R, Miranda-García M, Carrero-Rujas AB, Sahuquillo-Bartolomé S, Sangrador-Arenas L, Fraile-Castelao R.

Objetivo: Comparar la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios que reciben, de acuerdo con el tamaño del municipio donde residen.
Método: Los estudios realizados (mediante la aplicación de encuestas en distintos ámbitos asistenciales de Sacyl) se planificaron para poder desagregar los resultados según el tamaño del municipio de residencia de los encuestados. Esta desagregación ha incluido 3 grupos: menos de mil habitantes (el 20% de la población de Castilla y León, con acceso directo -sin desplazamiento- a consultorios locales), de 1.000 a 20.000 (el 30% de la población, con acceso a centros de salud con atención continuada) y más de 20.000 (el 50% de la población, con acceso a hospitales). Las muestras aleatorias y estratificadas se han calculado para que permitieran la desagregación descrita.
El total de encuestas realizadas ha sido de 34.294, distribuidas en 10 ámbitos asistenciales (Medicina de Familia y Pediatría en Atención Primaria, Atención a Domicilio, Hospitalización General, Obstétrica y Pediátrica, Urgencias Hospitalarias, Consultas Externas de Atención Especializada, Emergencias '112' y Transporte Sanitario Programado) y 2 encuestas poblacionales realizadas en los años 2005 y 2006. El análisis de los resultados ha buscado la comparación y la significación de las diferencias, de acuerdo a la desagregación descrita.
Resultados: De las 565 preguntas incluidas en los 13 cuestionarios utilizados, se han analizado 188 indicadores (definidos previamente para monitorización). De ellos, la tercera parte (77%) muestran resultados significativamente diferentes según el tamaño del municipio de los encuestados. Estas diferencias son más apreciables cuando el ámbito de la encuesta es de base poblacional (más del 95% de los indicadores muestran diferencias significativas) y cuando se realiza a usuarios de consultas de atención primaria (más del 95%). Los usuarios encuestados sobre satisfacción con la hospitalización (menos del 23%) y los atención a domicilio (menos del 27%) son los que menores diferencias presentan.
Conclusiones: Los resultados obtenidos confirman que la percepción de la calidad de los servicios sanitarios es diferente según el sitio donde se viva, y que la satisfacción aumenta apreciablemente en los municipios pequeños, probablemente porque las expectativas son más modestas. Dada la distribución poblacional de la Comunidad de Castilla y León y su enorme dispersión geográfica, estas diferencias tienen mayor importancia que en otras Comunidades Autónomas.

Contacto: Fernando Revilla Ramos
revramfe@jcyl.es

C-054.- EL SISTEMA SANITARIO REGIONAL A ANÁLISIS: "UNA OPINIÓN DE PESO".

Fraile-Castelao R, Sahuquillo-Bartolomé S, Carrero-Rujas AB, Miranda-García M, Sangrador-Arenas L, Revilla-Ramos F.

Objetivo: Obtener un diagnóstico multidimensional de las opiniones, satisfacción y expectativas de los usuarios del sistema sanitario de Castilla y León. La finalidad última es aportar información sobre distintos aspectos que condicionan la percepción de los ciudadanos de la sanidad pública e identificar los principales puntos fuertes y áreas de mejora.
Método: Estudio descriptivo transversal.
Se realiza un muestreo aleatorio estratificado (por tamaño de municipio de residencia, área de salud, y características sociodemográficas). En cada estrato la distribución de la muestra ha sido diseñada para un nivel de confianza del 95%, máxima dispersión p=q=0.5, y con un error de muestreo de 1.37%. Las 2 encuestas se han realizado por medio de entrevista telefónica a mayores de 15 años, con cuestionarios de elaboración propia (el 84% de las preguntas son comunes), realizadas con 8 meses de diferencia en los años 2005 (5.321 encuestas), y 2006 (5.111 encuestas).
La explotación de la información se lleva a cabo por procedimientos descriptivos univariantes y bivariantes y procedimientos inferenciales (test chi cuadrado, nivel de confianza del 95.5%).
Se realiza finalmente un análisis comparativo con los resultados obtenidos para la Comunidad de Castilla y León en el estudio del barómetro sanitario nacional del año 2005, con respecto a las preguntas que son potencialmente comparables (12 preguntas).
Resultados: En la comparativa de las 2 oleadas, los resultados presentan diferencias menores del 15%, en el 80% de las respuestas.
Siete de cada diez ciudadanos otorga una calificación alta a la asistencia sanitaria pública de Castilla y León y le asigna un alto grado de confianza. El 60% considera que la asistencia sanitaria pública puede mejorar en los próximos años.
El principal problema señalado en las zonas rurales son los desplazamientos y el transporte, y en las urbanas, las listas de espera y la masificación. El 80% conoce los medicamentos genéricos y está dispuesto a utilizarlos.
Conclusiones: Los resultados de las 2 oleadas realizadas son congruentes entre sí, lo cual apunta a la consistencia de las encuestas realizadas y de los cuestionarios utilizados. También, son coherentes con los resultados del barómetro nacional y las diferencias que se aprecian pueden interpretarse por las diferencias en el tamaño muestral.
La encuesta poblacional es una herramienta útil para obtener información directa de la calidad percibida y ha permitido la identificación de los principales puntos fuertes y áreas de mejora.
Contacto: Rosa Fraile Castelao
fracasro@jcyl.es

C-055.- LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, ¿SIRVEN PARA MEJORAR?

Santiago-García C, Moreno-Valero M, Barragán-Pérez A, Martínez-García J, Fontcuberta-Martínez J, Pérez-Aguilar F.

Objetivos: Mejorar la satisfacción de los usuarios para identificar áreas de mejora desde su perspectiva (calidad percibida) y diseñar medidas correctoras.
Métodos: Cuestionario de Valoración de Calidad percibida y satisfacción en Atención Primaria (AP). Estudio retrospectivo, con muestreo aleatorio sistemático de los usuarios atendidos en consulta durante una semana de Marzo-2004, en todos los Centros de Salud con 52 preguntas divididas en 7 apartados: Acceso a consulta, tiempos de espera, atención en consulta médica, atención urgente, atención domiciliara, asuntos generales, valoración global de la atención y datos sociodemográficos. Tasa de respuesta de 43'5%. Análisis por apartados y dimensiones (accesibilidad, infraestructuras, tiempo de espera, calidad científico-técnica, atención urgente, atención domiciliaria, profesionalidad, trato, y satisfacción global). Los resultados se agruparon por Zona y por Área de Salud y fueron expuestos a los responsables de los Equipos de Atención Primaria.
Resultados: Se detectaron problemas relacionados con la accesibilidad y la organización. Como medidas correctoras, se aplicaron:
Difusión de los resultados.
Implicación de la Comisión de calidad de Área.
Comunes a todos los EAP: Ciclo de mejora de Área sobre demoras para acceder a consulta médica, coordinación con hospital de referencia para mejorar tiempo de espera de exploraciones complementarias, implantación de la central de llamadas para mejorar la citación, fomentar la atención domiciliaria..
Se solicitó un análisis individualizado de la encuesta dentro de cada EAP y en 8 se diseñaron medidas específicas .
Con metodología similar, en 2005 se realizó una 2ª encuesta con los siguientes resultados:
Mejores niveles de valoración de la calidad científico-técnica de todos nuestros profesionales y el trato (19 preguntas).
La accesibilidad en la atención urgente ha mejorado así como el número de pacientes que consiguieron cita por teléfono sin dificultad, siendo mejorable el porcentaje de pacientes que refieren que van a su domicilio siempre que lo necesitan.
Conclusiones: Las encuestas de satisfacción de clientes permiten identificar áreas de mejora e introducir medidas correctoras.
Los pacientes de nuestro Área valoran bien la calidad científico-técnica y el trato de nuestros profesionales.
Debe mejorar la accesibilidad y disminuir los tiempos de espera.
La implicación de los profesionales es una solución eficaz para mejorar la satisfacción de los clientes.
Contacto: Carmen Santiago García
carmen.santiago@carm.es

C-056.- IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.

Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Lois-Camara F, Alburquerque-Sánchez J.

Objetivos: Describir la líneas de trabajo puestas en marcha en el Servicio CÁNTABRO de Salud para la implantación del modelo EFQM como herramienta de gestión.
Metodología: Se ha abordado en tres fases: (1) Sensibilización/ formación de los profesionales sanitarios (2) Desarrollo de auto evaluación de los centros sanitarios con priorización y seguimiento de áreas de mejora (3) adaptación del modelo EFQM al medio sanitario (4) Desarrollo de auto evaluación de la gerencia del servicio CÁNTABRO de Salud.
Resultados: (1) Sensibilización/ formación con dos niveles de actuación: básica de profesionales y mandos intermedios (5 ediciones de curso online de inscripción gratuita y acreditado por la Comisión Nacional de Formación con 430 profesionales formados) y avanzada/capacitación de un equipo de 14 profesionales de las 6 gerencias con el fin de ser licenciatarios de cara a futuras autoevaluaciones y certificaciones. (2) Desarrollo de auto evaluación de las 6 gerencias en 2005 detectándose como áreas comunes de mejora el liderazgo, los procesos, las personas y los resultados en clientes. A partir de ahí, se priorizaron acciones de mejora para trabajar en 2006 (fueron incorporadas a los contratos de gestión de las seis gerencias) como la documentación y despliegue de la misión y visión, establecer un Plan de Gestión de RRHH, elaborar un mapa de procesos, mejora del reconocimiento, sistematizar la identificación, segmentación y análisis de las necesidades y expectativas de los clientes etc. Este año se esta haciendo el seguimiento de áreas de mejora para validar el proceso y se ha planificado una nueva auto evaluación a finales del 2006 para consolidar la adopción de la herramienta por parte de nuestros equipos directivos y medir la evolución. (3) Adaptación del modelo. Un grupo de trabajo formado por 4 personas de la gerencia del SCS han realizado la adaptación, ahora en fase de corrección y propuesta de mejoras por parte de grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios de las distintas gerencias del SCS (4) Evaluar a los Servicios Centrales del SCS, continuando con la metodología propuesta y "predicando con el ejemplo". Se encontraron como áreas de mejora los criterios de personas , resultados en las personas, y resultados en la sociedad.
Conclusiones: El modelo EFQM de excelencia es un marco de trabajo que nos ayuda a identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de nuestra organización, por lo tanto nos permite analizar nuestro sistema sanitario.
Contacto: Mónica Robles García
mrobles@dg.scsalud.es

C-057.- LA INVERSIÓN COMO HERRAMIENTA FACILITADORA DE LA EXCELENCIA.

Alzueta AM, Díaz-Mendi AR, Martínez-Ochoa E, Gancedo Z, Herrera P, Hernando B.

Objetivo: Alinear la Inversión, tanto en Personas (Incorporación de Personas y Formación) como en Recursos (Tecnología Sanitaria, Tecnologías de la Información y Comunicación, Mobiliario y Obras), con la Política y Estrategia de la organización, utilizándola como herramienta facilitadora del cambio organizacional en el camino hacia la Excelencia.
Método: En los Contratos de Gestión suscritos con el Servicio de Salud, existen partidas presupuestarias destinadas a la financiación de incrementos de plantilla, formación e inversiones (Plan de Necesidades). La adopción del Modelo EFQM y la implantación de un Plan de Excelencia revelaron la necesidad de priorizar y reorientar dichos recursos financieros, utilizándolos como instrumentos facilitadores del cambio. Para ello, dentro del propio Plan de Excelencia, se elaboró e implantó un Plan de Inversión Estratégica (PIE), tanto en Personas como en Recursos. Dentro del PIE en Personas, se incluyeron un Plan de Incorporación de Personas, en función de los planes de desarrollo de la Cartera de Servicios (oncología, cuidados paliativos, etc), y un Plan de Formación, en torno a 10 líneas estratégicas: Formación y Desarrollo de Líderes, Gestión de Procesos, Seguridad Clínica, etc. Dentro del PIE en Recursos, se incluyeron: a) Plan de Renovación Tecnológica, orientado al diagnóstico por imagen, b) Plan de Confortabilidad, destinado a la renovación del mobiliario clínico (camas, sillones, etc), c) un Plan de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), y d) Plan de Adecuación de Infraestructuras, destinado a la adecuación de los espacios físicos a los nuevos requerimientos. Estos Planes han sido diseñados con carácter plurianual y, en el caso de los recursos, utilizando la fórmula financiera del arrendamiento, según lo previsto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
Resultados: 1- Un PIE, tanto en Personas como en Recursos, alineado con la Política y Estrategia de la organización. 2- Una herramienta útil de priorización para la asignación de recursos, garantizando la suficiencia de los mismos para el despliegue del Plan de Excelencia.
Conclusiones: 1- La adopción del Modelo EFQM y la implantación de un Plan de Excelencia obligan a garantizar la suficiencia financiera para su despliegue. 2- La elaboración de un PIE, tanto en Personas como en Recursos, de carácter plurianual y orientado con la Política y Estrategia de la organización, es una potente herramienta para la priorización en la asignación de los recursos financieros, siempre escasos.
Contacto: Ángel Miguel Alzueta Fernández
aalzueta@hsll.scsalud.es

C-058.- LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA (ORGANIGRAMA) DE UN HOSPITAL ASPIRANTE A LA EXCELENCIA.

Díaz-Mendi AR, Alzueta AM, Martínez-Ochoa E, Gancedo Z, Fariñas C, Rodríguez M.

Objetivo: Adecuar la estructura organizativa de un Hospital "tradicional" a las necesidades y expectativas generadas por la aplicación del Modelo EFQM y la implantación de un Plan de Excelencia.
MÉTODO: En línea con la Misión, Visión y Valores del Hospital y con los principios de la Excelencia, se hizo evidente la insuficiencia del modelo "tradicional" (del INSALUD) y la necesidad de revisar y adecuar la estructura organizativa en el nivel de Dirección. Paralelamente, las expectativas de las Personas en cuanto a su participación en el desarrollo del Modelo, hicieron evidente la necesidad de revisar y adecuar los órganos de participación y asesoramiento "tradicionales" (R.D. 521/1.987), para hacer posible el despliegue "en cascada" del Plan de Excelencia y encauzar la participación. Para ello, se creó un órgano colegiado de dirección, el Comité Ejecutivo EFQM, concebido como una Comisión de Dirección ampliada, y se diseñó un nuevo organigrama en cuatro niveles: a) Dirección General, b) Dirección del Sistema de Gestión, c) tres Direcciones de Procesos (Estratégicos, Clave – donde se incluyen las Líneas de Producto - y de Soporte), y d) Direcciones de las Unidades de Negocio u Operativas, coincidentes con las tradicionales Jefaturas y Supervisiones. En suma, un modelo de organigrama matricial que supera la concepción divisional clásica, para orientarse a la transversalidad de los procesos y al cliente. También se organizó una estructura de participación en tres niveles: estratégico, táctico y operativo, que integró todas las Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo, totalizando 31 oportunidades de participación efectiva para las personas. Ante la ausencia de un desarrollo legal a nivel de Comunidad sobre la estructura organizativa de los Hospitales, se diseñó un proceso de transformación y adecuación de las estructuras y de la organización en su conjunto.
Resultados: 1-Un nuevo organigrama, a nivel directivo, adaptado al Sistema de Gestión de la Excelencia. 2-Una estructura paralela de Participación, adaptada también al Sistema de Gestión de la Excelencia. 3- Una oportunidad "única" para la innovación y el aprendizaje en torno al cambio organizativo.
Conclusiones: 1- La adopción del modelo EFQM impulsa la transformación de la estructura organizativa, tanto a nivel directivo como en lo referente a los órganos de participación y asesoramiento. 2- La transformación de la estructura organizativa es una extraordinaria oportunidad para la innovación y el aprendizaje organizacional.
Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

C-059.- APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO EFQM: DISEÑO DE UN PLAN DE EXCELENCIA.

Díaz-Mendi AR, Martínez-Ocha E, Gancedo Z, Alzueta AM, Herrera P, Tejería A.

Objetivo: Diseñar un Plan de Gestión único, integrado, flexible y adaptado al Modelo EFQM, elegido por el Hospital como herramienta de gestión.
Método:Se agruparon e integraron en un único Plan todos los objetivos y acciones de mejora que tenía planteados el Hospital, identificados a partir de: Planes de Salud de la Consejería de Sanidad, Contrato de Gestión con el Servicio de Salud, auditoría docente, encuesta de clima laboral, encuestas de satisfacción de usuarios y última autoevaluación con el Modelo EFQM, así como algunos objetivos singulares del Hospital. Se alineó dicho Plan con la política y estrategia de la organización, asegurando su coherencia con la Declaración Estratégica (Misión, Visión y Valores), y utilizando como elemento aglutinador el Mapa de Procesos del Hospital. Se incluyeron en el propio diseño del Plan elementos que permiten su evaluación, revisión, actualización permanente e investigación sobre el Modelo, tales como su propio formato y las fichas de seguimiento.
Resultados: 1- Elaboración de un Plan de Excelencia 2.006-2.007. 2- Revisión y actualización del Mapa de Procesos de la organización. 3- Diseño de una nueva estructura organizativa para el Hospital, tanto a nivel de equipo directivo como en lo referente a los órganos colegiados de participación y asesoramiento. 4- Elaboración de un Plan de Inversión Estratégica, tanto en Personas (Incorporación de Personas y Plan de Formación) como en Recursos (Plan de Renovación Tecnológica, Plan de Confortabilidad, Plan de Tecnologías de la Información y Comunicación, y Plan de Adecuación de Infraestructuras). 5-Revisión y ampliación de la Cartera de Servicios del Hospital (por ejemplo, nuevo Servicio de Atención al Usuario, Oncología Clínica, Cuidados Paliativos). 6-Realización de un estudio piloto de autoevaluación con el Modelo de la Unidad de Hospitalización de Día y Corta Estancia Quirúrgica.
Conclusiones: 1- La aplicación del Modelo EFQM constituye una buena "excusa" para abordar la elaboración de un Plan de Gestión. 2- La propia metodología del Modelo facilita y encauza la participación de todas las personas de la organización. 3- El Modelo es una herramienta que permite la optimización y priorización en la asignación de Personas y Recursos. 4- Igualmente, nos enseña a tener en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés en el diseño de la Cartera de Servicios. 5- El estudio piloto realizado muestra la utilidad del Modelo en un ámbito reducido y estrictamente asistencial.
Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

C-060.- AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM 2003 EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Barreiro-Díaz MV, Penas-Penas M, Cegarra-García MS, Caamaño-Martínez MD.

Objetivos: Analizar de forma sistemática la gestión de la organización identificando puntos fuertes, débiles y áreas de mejora.

Métodos: Hemos realizado un proceso de autoevaluación utilizando el modelo EFQM2003 con la metodología de reunión de evaluación. Han participado 16 profesionales: el equipo directivo y los responsables de recursos humanos, contabilidad, asesoría jurídica, prensa, adjunto de dirección, tecnología, docencia, calidad, atención al usuario y 2 médicos coordinadores. Una empresa externa ha coordinado la evaluación. Las directrices de la Evaluación han sido establecidas por el Equipo Directivo. Fases: Inicial: Búsqueda y análisis de información, entrevistas con todos los responsables de Área y mandos intermedios. Segunda: Reuniones de evaluación y discusión. Tercera: Presentación de los enfoques identificados, evaluación y evidencias del enfoque, del despliegue, evaluación y revisión, puntos débiles y áreas de mejora. Cuarta: Aproximación a la puntuación. Quinta: Priorización de áreas de mejora.
Resultados: Puntos: Total: 382.75. C1: 18,75; C2: 36; C3: 36; C4: 27; C5: 21; C6: 100; C7: 18; C8: 36; C9: 90. Identificación y priorización de las siguientes Proyectos de mejora (27): definición de líderes de la organización; Tareas para el liderazgo comprometido; Consolidación del organigrama; Formalizar los órganos de dirección y de coordinación; Difusión del Plan Estratégico; Implantación del Plan Estratégico; Mapa de Procesos; Plan de comunicación externa; Planes de negocio; Sistema de priorización; Plan de Comunicación interna; Plan de carrera profesional; Plan de Prevención de Riesgos Laborales; Evaluación de la Formación; Plan de Sistemas; Plan de Gestión del Conocimiento; Cuadro de Mando Integral; sistematizar los acuerdos y alianzas con partes interesadas; Captación de nuevas fuentes de ingresos: presupuestación por servicios; Gestión de recursos no económicos; Definición de la sistematización de procesos; Implantación de la sistematización de procesos; Mejora de la medición en los clientes, en las personas, en la sociedad y de los resultados clave.
Conclusiones: El modelo EFQM nos ha permitido reflexionar en profundidad sobre lo que hacemos, cómo lo hacemos y los sistemas de medición y seguimiento existentes. Esto ha supuesto un punto de partida fundamental en nuestro camino hacia la excelencia, identificando áreas de mejora que hemos trasladado a proyectos enmarcados en el Plan de Calidad de la organización.
Contacto: Mª Dolores Martín Rodríguez
lola.martin.Rodríguez@sergas.es

C-061.- PROPUESTA DE MEMORIA DE ACTIVIDAD DE ÁREA SEGÚN LA ESTRUCTURA DE CRITERIOS DEFINIDA EL EN MODELO EFQM.
Polo-Herrador MJ, Bartolomé-Benito E, Barril-Molina J, Sanz del Oso JJ, Sarrión-Bravo JA, Ruiz-Alonso S.

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, ha apostado por el Modelo de Excelencia EFQM como referente para nuestra Organización.
En 2006 vamos a realizar una Autoevaluación tomando como herramienta este modelo adaptado al Sistema Sanitario de nuestra Comunidad.
Realizar la Memoria del Área con una estructura basada en este Modelo, va a facilitar este proceso.
Objetivos: Recoger la actividad del Área según la estructura de criterios definida en el modelo EFQM, integrando liderazgo, estrategias, actividades y resultados, de manera que la información que en ella se recoja sea útil y oportuna para la autoevaluación y la toma de decisiones.
Material y Métodos: Hemos hecho revisión de memorias de Áreas de Atención Primaria de 2004 que como nosotros se han acercado al modelo. (Área 1,6,9,10,11 de Madrid).
Hemos definido un grupo de trabajo formado por personas responsables de las áreas vinculadas con la información a recoger a las que se ha dado formación.
Se han revisado las Memorias recopiladas y el modelo EFQM adaptado al Sistema Sanitario de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
El grupo ha identificado los datos a recoger, y los ha estratificado por criterios, siguiendo referentes (memorias y documento técnico) y en caso de discrepancia hemos adoptado como criterio el consenso de los implicados.
Se han establecido plazos y se ha recogido, revisado y volcado la información en una matriz de dos entradas (actividad x criterio).
Se ha volcado en formato electrónico para facilitar su lectura.
Resultados: Elaboración de una memoria en la que se integra liderazgo, políticas y estrategias, personas, recursos y alianzas, procesos y resultados en clientes, personas, sociedad y claves de la organización.
Conclusiones: Este nuevo enfoque permite integrar qué, para qué y porqué se realizan determinados procesos.
Nos brinda una oportunidad excelente para entender qué hacemos, a que política o estrategia obedece, quienes las lideran y cuales son los resultados que generan. Asimismo, nos permite compararnos con otros años y ver si las variaciones tienen su causa en las directrices establecidas.
Es en si mismo, un aliciente para los profesionales que la elaboran: consigue una mayor implicación de todos y el esfuerzo redunda en la obtención de un documento útil y oportuno para la autoevaluación EFQM (el análisis REDER, se podría realizar con este documento como principal referente) y en definitiva, para la toma de decisiones.
Contacto: Elena Bartolomé Benito
ebartolome.gapm02@salud.madrid.org;
ebartolomeb@yahoo.es

C-062.- ¿PODEMOS UTILIZAR EL MODELO EFQM PARA EVALUAR "TODO" EL SERVICIO DE SALUD DE NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA?.
García-Aísa JC, Misiego A, Garuz R, García-Urbaneja M, González R, Muñoz J.

Objetivos: La dirección de nuestro Servicio Autonómico de Salud estableció como objetivo, en los contratos de gestión de 2005, que sus Sectores Sanitarios (gerencias únicas) realizasen una autoevaluación según el Modelo Europeo, facilitando tanto su comparación, como la obtención de una evaluación del conjunto del Servicio, para obtener nuestras principales áreas de mejora.
Métodos: Para facilitar la homogeneidad, se decidió utilizar la herramienta EvalExpress (versión ampliada de 2005), diseñada por Osakidetza, realizándose los correspondientes contactos con esa Institución.
Se hicieron dos talleres enfocados al uso de EvalExpress, ya que muchos evaluadores ya tenían formación sobre el modelo EFQM.
En cada Sector y a nivel central, se hizo la autoevaluación, utilizando el formulario de EvalExpress. La referencia básica, aunque no la única, fue el resultado de la evaluación del Contrato de Gestión 2005, adaptado desde ese año al Modelo Europeo.
Hubo dos sesiones centradas en dos Sectores, contando con representantes de todos los demás. Aquí los asesores "externos"; de Osakidetza reforzaron el consenso sobre las valoraciones de cada evaluador en cada Sector.
Resultados: Todos los Sectores Sanitarios realizaron su autoevaluación, incluyendo todos sus ámbitos asistenciales y fue posible obtener una valoración conjunta.
Los Sectores presentaron resultados semejantes, algo mejores en los criterios "facilitadores".
No hubo correlación evidente entre los resultados de la evaluación del contrato de gestión y las autoevaluaciones realizadas en los Sectores.
En 2006, los Sectores están desarrollando proyectos sobre áreas de mejora identificadas, al menos uno por cada criterio del modelo EFQM.
Conclusiones:
1.- Suele criticarse la complejidad y el tiempo requerido para realizar una autoevaluación EFQM. La metodología empleada, a) simplificó (en parte) el proceso, b) facilitó comparar los Sectores y, c) permitió una valoración global para nuestro Servicio de Salud.
2.- Conviene analizar si la poca concordancia entre los resultados de autoevaluación y contrato de gestión puede ser, entre otras causas, por a) una elección "mejorable" de los objetivos del contrato o, b) una valoración inadecuada de los mismos en la autoevaluación EFQM.
3.- Es posible usar el modelo EFQM para evaluar "todo" nuestro Servicio Autonómico de Salud, pero es necesario acercar sus resultados a los de los contratos de gestión, lo cual aumentará la credibilidad, utilidad y eficacia de ambos.
Contacto: Juan Carlos García Aísa
jcgaisa@aragon.es

C-063.- LA PERCEPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO A TRAVÉS DE LOS CRITERIOS DEL MODELO EFQM.
Navarro C, Pardo A, Borrego E.

Objetivo: Conocer la percepción que tienen los Directivos y los Coordinadores de calidad acerca del Sistema Sanitario Madrileño en todos aquellos aspectos que recoge el Modelo EFQM.

Métodos: Medición de la percepción de calidad de los servicios, mediante un cuestionario compuesto por 45 preguntas, agrupadas en torno a los nueve criterios del Modelo EFQM de Excelencia, recogiendo la opinión de una muestra de unos 300 profesionales de la Consejería de Sanidad y Consumo sobre su visión acerca de la situación actual de su unidad.
Entre los colectivos consultados se encuentran: Subdirectores Generales, Gerentes, Directores Médicos, de Enfermería y de Gestión, y Coordinadores de Calidad; todos ellos tanto de Atención Primaria como de Especializada.
Resultados: La explotación de las respuestas recogidas en los cuestionarios permite presentar los siguientes resultados:
- Valores medios de respuesta por cada pregunta, distinguiendo entre criterios Agentes y criterios Resultados del Modelo EFQM de Excelencia.
- Comparativa de respuestas medias entre Atención Primaria y Especializada.
- Aspectos mejor y peor valorados.
Entre los aspectos mejor valorados se encuentran entre otros: la comunicación de la misión, visión y valores por parte de los directivos de las Gerencias y Centros y la credibilidad que inspiran los profesionales en los usuarios.
En cuanto a los aspectos peor valorados se encuentran entre otros aquellos relacionados con la gestión de personal: provisión de puestos, formación, beneficios y promoción profesional.
Entre los diferentes colectivos consultados se observa convergencia y evolución muy similar de la mayor parte de las respuestas medias; mayor paralelismo entre Atención Primaria y Especializada que con los Servicios Centrales; en general, respuestas más positivas en los Centros y Hospitales que las procedentes de los Servicios Centrales. Asimismo destacar como las respuestas del colectivo de Coordinadores de Calidad son sensiblemente más críticas.
Conclusiones: Los resultados del estudio han permitido obtener una visión de la situación actual del Sistema Sanitario Madrileño, especialmente ante la calidad de los servicios prestados, fortalezas y debilidades, así como el establecimiento de un punto de partida hacia la definición e implantación de acciones de mejora.
Contacto: Cristina Navarro Royo
cristina.navarro@salud.madrid.org

C-064.- MODELO EFQM, GPP, ISO Y ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET. ¿COMO ENLAZARLOS Y NO MORIR EN EL INTENTO?
Mompó C, Vilarasau J, Casademont J.

Objetivo: Describir como se enlazan y coordinan las distintas herramientas de mejora de la calidad en un hospital de agudos de Catalunya.
Metodología: Partiendo de la existencia inicial de comisiones asistenciales y grupos de mejora, se realiza la primera autoevaluación EFQM (2000) en la que se detecta la necesidad de un sistema de gestión por procesos (GPP) que incorpore la mejora continua y fomente el apoderamiento de los profesionales. A finales del 2001 se pone en marcha un sistema de GPP y, a partir del 2005, se incorporan requisitos ISO a algunos procesos. En el 2006 se establece el nuevo modelo de acreditación del Departament de Salut, basado en el Modelo EFQM, que contiene estándares esenciales (exigidos para el 2006) y no esenciales.
Resultados: Los procesos puestos en control incluyen: a) Equipos de proceso y análisis DAFO con participación, si corresponde, de las comisiones asociadas; b) Acciones de mejora a partir de análisis DAFO con participación de los profesionales, el nivel de requisitos ISO establecido desde la dirección del centro y los estándares esenciales de la acreditación incumplidos.
Los estándares no esenciales se utilizan como marco de referencia para la elaboración de nuevos proyectos.
Han incremento las puntuaciones obtenidas en las tres autoevaluaciones EFQM (2000, 2002, 2005).
Conclusiones: La GPP, la norma ISO y el nuevo modelo de acreditación permiten avanzar hacia el modelo de excelencia establecido por la EFQM. Existe coherencia y, en ocasiones, coincidencia entre los requisitos de los distintos modelos de calidad.
Enlazar los distintos modelos de calidad permite ordenar y establecer prioridades ante las múltiples demandas que, por separado, se encuentran los profesionales. Ello facilita el establecimiento de pactos de calidad coherentes con la política y estrategia de la organización.
Contacto: Carme Mompó Avilés
carme.mompo@sanitatintegral.org

C-065.- NUEVAS TECNOLOGÍAS Y APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA A LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS INFORMÁTICAS DE UN HOSPITAL.
Carrasco-Garijo P, Heras de los Ríos E, Campos-Carrasco D, Villaseñor-Muñoz P, Cabrera-Sorrosal E, López-Andueza I.

Objetivos:
1. Aplicar un ciclo de mejora a la gestión de incidencias informáticas.
2. Definir el proceso "Gestión de incidencias informáticas".
3. Diseñar un programa para la gestión de incidencias informáticas.
Métodos: Constitución de un grupo de trabajo.
Identificación y priorización de las áreas de mejora.
Definición de las actuaciones a llevar a cabo e intervención.
Resultados: El grupo de trabajo quedó formado y constituido por los 4 profesionales adscritos al Departamento de Sistemas de Información del hospital.
Áreas de mejora priorizadas sobre las que era factible una intervención con resultados a corto plazo:
- Tiempo de resolución de las incidencias informáticas.
- Agilización de la comunicación de incidencias.
- Optimización del trabajo del personal del Departamento de Sistemas de Información.
Intervención: Diseño de un formulario que permite la introducción, descripción y envío al Departamento de Sistemas de Información de cualquier incidencia informática ocurrida en cualquier equipo en red del hospital, con accesibilidad para todos los usuarios a través de la intranet. Junto a ello, queda establecido el circuito de comunicación y resolución de incidencias informáticas, así como un sistema de registro normalizado de las mismas.
Actualmente el programa de gestión de incidencias informáticas está en fase de pilotaje. Los resultados del mismo, así como el programa diseñado serán presentados en el congreso.
Conclusiones:
1. La aplicación de un ciclo de mejora a la gestión de incidencias informáticas ha permitido el diseño de un programa informático y definir el proceso "Gestión de incidencias informáticas".
2. El programa permite la priorización de las resoluciones en el conjunto del Departamento.
3. El programa ha permitido agilizar la comunicación de incidencias informáticas al departamento responsable y mejorar su tiempo de resolución, dotando al hospital de una herramienta sencilla que facilita y agiliza la comunicación de estas incidencias.
4. Este programa posibilita un registro eficaz y la explotación de datos de todos los campos introducidos en el formulario: incidencias más frecuentes, servicio hospitalario con mayor número de incidencias análisis de causas, etc.
5. El programa diseñado es adaptable y es posible su aplicación a la gestión de cualquier tipo de incidencia en cualquier departamento o servicio (Suministros, Mantenimiento, Farmacia, etc.).
Contacto: Pedro Carrasco Garijo
pcarrasco.hciii@salud.madrid.org

C-066.- BENEFICIOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN RIS-PACS EN UN ÁREA SANITARIA.
Fandiño E, Calvo P, Céspedes M, Pinto JM.

Objetivos: analizar los beneficios de un sistema RIS-PACS en un área sanitaria.
Material y métodos: desde enero de 2004, disponemos de un sistema RIS-PACS en nuestro área sanitaria. Mediante este sistema es posible consultar las imágenes radiológicas y su información asociada desde cualquier punto del hospital, sus consultas de atención especializada, así como las de atención primaria, por cualquier facultativo autorizado. Analizamos los cambios en los modos de trabajo que ha supuesto la implantación de este sistema desde diferentes puntos de vista: tasa de repeticiones, pérdida de estudios, utilización de película fotográfica, tiempo necesario para la realización del informe radiológico y tiempo que tarda el clínico en disponer del informe.

Resultados: la implantación de un sistema RIS-PACS en nuestro área sanitaria ha tenido importantes beneficios que se traducen en un cambio en los modos de trabajo, con una utilización más eficiente de los recursos.
Disminución de la tasa de repetición de estudios a menos del 1%, los estudios no se pierden, eliminación de película radiográfica con un importante beneficio económico, aumenta el número de estudios informados y se agiliza la entrega de resultados a los clínicos.
Conclusiones: hemos analizado el estado actual de la implantación de un sistema RIS-PACS en nuestro área sanitaria. Presentamos los beneficios más importantes obtenidos para la organización, tanto económicos como organizativos; también para profesionales y ciudadanos.
Contacto: Eduardo Fandiño Benito
efandino@sescam.jccm.es

C-067.- ¿LA HISTORIA DE SALUD DIGITAL MEJORA LA CALIDAD ASISTENCIA? EXPERIENCIA EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA.
López-González J, Romero-Muñoz MA, Moreno-Hernández EJ, Calatrava-García L, Gutiérrez Cuadra JL, Gálvez-Arévalo JA.

Objetivos: Diraya es la Historia Digital de Salud del Ciudadano (HSDC). Es una Historia de Salud Única que integra la información clínica y administrativa de cada usuario. Está compuesta por los módulos de Atención Primaria (AP), Urgencias y Consultas de Especialidades (CE), completándose en el futuro con el de Hospitalización.
Esta nueva aplicación ha supuesto un cambio en la atención sanitaria que reciben los usuarios en AP, a la vez que facilita el trabajo de los profesionales, disponiendo de la información clínica del paciente vía online en tiempo real. La integración de la información permite una explotación homogénea de la misma, aportando elementos de mejora en la planificación, gestión y evaluación en el Sistema de Salud.
Nuestro Área Sanitaria (AS) es referente del proyecto en Andalucía, estando implantado al 100% en AP, Urgencias Hospitalarias y CE.
El objetivo de este estudio es Evaluar las mejoras que la HSDC supone en un AS, desde la perspectiva del profesional y del usuario.
Método: Estudio descriptivo transversal basado en la recogida de información a través de encuestas a usuarios y profesionales.
La encuesta a usuarios se realiza sobre una muestra aleatoria de las cuatro Zonas Básicas de Salud que conforman el AS (n=382,confianza del 95%). Incluyendo variables de las dimensiones: accesibilidad, personalización, capacidad de respuesta y garantía.
La encuesta a profesionales se basa en el cuestionario realizado durante el proceso de implantación (año 2004) de la HSD a todos los facultativos del Área. Contempla aspectos sobre validez, fiabilidad, accesibilidad a la información y calidad en la atención.
Ambas encuestas se realizan durante el período de mayo-junio de 2006.
Resultados: En los resultados provisionales con una parte de la muestra definida, se observan puntuaciones extremas en la mayor parte de los ítems.
Las mejores valoraciones se encuentran en la accesibilidad, capacidad de respuesta y garantía, siendo la dimensión menos valorada la personalización.
Los profesionales muestran un mayor grado de satisfacción con la uniformidad, legibilidad, inalterabilidad y control de acceso a la HSD.
Conclusiones: Con la implantación de la SHCD en nuestra Área Sanitaria se evidencia una mejora en todos los procesos administrativos y asistenciales, lo que repercute en la mejora de la satisfacción y calidad asistencial percibida por el usuario, a la vez que ayuda a los profesionales a organizar, conocer y tener acceso directo a toda la historia clínica del paciente.
Contacto: Julio Roberto López González
julior.lopez.sspa@juntadeandalucia.es

C-068.- MEJORA DE LA COBERTURA DE CARTERA DE SERVICIOS DE UN ÁREA DE AP A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA.
Díaz-López Y, Martí M, Díaz A, Payá A, Amengual M, Lacalle M.

La cobertura de los servicios de Cartera de Servicios (CS) es el porcentaje de población sobre la que se ha realizado determinada actividad destinada a atender o prevenir un problema de salud, en relación a la población susceptible. Cada servicio tiene unos criterios de inclusión definidos que han de quedar reflejados en la historia clínica informatizada (ICI)
Objetivos: Mejorar la cobertura de los servicios por medio de una herramienta informática que nos permite ofrecer información periódica sobre la cobertura alcanzada en todos los servicios de CS a los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria (EAP) y detectar inconsistencias de registro de los criterios de inclusión en HCI así como llevar a cabo una estrategia de implantación de la herramienta en cada uno de los EAP del Área
Métodos: El servicio de informática del Área ha diseñado un programa basado en sentencias SQL, que ofrece por un lado, los valores de la cobertura del EAP e individualizado de cada profesional al final de cada mes y por otro identifica a aquellos pacientes que no están incluidos en la cobertura por no tener registrados en su historia todos los criterios de inclusión. Para la implantación de la herramienta en el Área se ha desarrollado una estrategia basada en la formación
Resultados: A través del portal corporativo del Área cada uno de los profesionales dispone de una herramienta que le permite conocer en todo momento la evolución de la cobertura alcanzada en cada servicio, de su centro y los suyos propios, permitiéndole conocer su aportación al valor total del EAP. Mediante claves de acceso que garantizan la seguridad, puede consultar qué historias no están incluidas y qué registro es el que le falta del criterio de inclusión, permitiéndole por tanto el crecimiento de su cobertura
Para implantar la herramienta se han realizado sesiones formativas de la herramienta a todos los Equipos Directivos de los Centros y de forma individualizada a cada uno de los EAP, aportando datos sobre las posibles áreas de mejora (número de pacientes con problemas en el registro en la HC y no incluidos en cobertura)
Conclusiones: La herramienta informática implantada en el Área nos ha permitido realizar el seguimiento de la cobertura de CS cada mes, posibilitando la detección de áreas de mejora y la puesta en marcha de acciones de mejora específicas basadas en la captación y en el registro correcto de los criterios de inclusión de los servicios de CS
Contacto: Yolanda Díaz López
ydiaz.gapm06@salud.madrid.org

C-069.- LAS AUTOAUDITORÍAS EN ME_JORA P: UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL SANITARIA.
Jiménez B, Lopez G, López F, Rios J.

ME_jora P es la aplicación informática diseñada y desarrollada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que da soporte al proceso de acreditación de las competencias profesionales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
El objetivo del presente estudio es describir una de las herramientas desarrolladas en ME_jora P para medir la calidad de la práctica profesional sanitaria, las autoauditorías, y analizar la consecución de los objetivos marcados para el desarrollo de las mismas:
- Facilitar al profesional sanitario el acceso a los indicadores de calidad para su especialidad, así como la aportación de registros de su desempeño profesional sobre muestras significativas de pacientes y la comparación de sus resultados con los indicadores y la detección de áreas de mejora.
- Minimizar los recursos necesarios para la evaluación externa de los resultados de todos los profesionales.
- Facilitar el mantenimiento actualizado y la difusión de los indicadores de calidad
Método: Ciclo de vida en espiral definido por Boehm, con los siguientes hitos:
- Entrevistas con miembros de los grupos de trabajo
- Entrevistas con los evaluadores
- Análisis del número y características de los profesionales que participarán en el proceso.
- Análisis de los recursos de los que dispondrán los participantes.
- Análisis de los registros empleados en el SSPA.
- Análisis de otros sistemas de información que se aproximan a este problema
- Análisis de alternativas de implementación, con especial atención a la disponibilidad, la accesibilidad y la facilidad de mantenimiento y actualización de los datos.
Resultados: Las autoauditorías en formato web en permiten al profesional:
- Conocer en detalle cada indicador (muestra requerida, población diana, definiciones, excepciones, etc...)

- Introducir registros de su práctica profesional desde cualquier ordenador con acceso a Internet
- Comprobar en tiempo real sus resultados, y compararlos con los objetivos
- Disminuir los recursos necesarios para la evaluación externa, al calcularse todos los indicadores de manera automática y transparente al profesional.

Conclusiones: Las autoauditorías en formato web ayudan:

• A registrar y medir la calidad de una parte del trabajo de los profesionales sanitarios, tomando como referencia los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales de cada especialidad.

• y a través del conocimiento de estos indicadores y de la correspondiente reflexión, a mejorar sus resultados y como consecuencia, su práctica sanitaria.

Contacto: Belén Jiménez Ojeda
belen.Jiménez@juntadeandalucia.es

C-070.- MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL TRAS IMPLANTAR UN PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INFORMATIZADA. ÁREA 4 AP MADRID.

Mena JM, Sánchez-Perruca L, Cañada A, Cárdenas J.

Objetivos: Describir la mejora de los resultados de criterios de Calidad Asistencial tras implantar un procedimiento de evaluación informatizada.
Método: El Programa de Calidad Asistencial del Área 4 recoge 5 criterios con 22 indicadores basados en la evidencia sobre enfermedades cardiovasculares. Desde 1999 se ha evaluado mediante auditoria de historias clínicas. Desde marzo de 2005 evaluamos automáticamente, a través de sentencias SQL, resultados de toda la población del Área (581.000 personas) con datos recogidos en la HC informatizada OMIAP. La facilidad del procedimiento ha permitido realizar 5 evaluaciones. Los resultados, desagregados por centro, médico y paciente se devuelven informáticamente a los profesionales asistenciales de los EAP, utilizándose para mejorar la atención a su población.
Resultados: En marzo de 2006 se evaluaron (en sólo 128 minutos) 87.941 pacientes con criterios de riesgo. Se procesaron 256.860 episodios diagnósticos CIAP, 200.253 prescripciones y 560.050 datos clínicos. Comparando datos entre marzo de 2005 y 2006, el número de pacientes hipertensos seguidos y bien controlados pasó de 30.098 a 34.045. Son seguidos 11.812 diabéticos (con un control de HbA1c del 75% en rango bueno-aceptable) frente a 10.615 previos. El seguimiento de LDL en cardiopatía isquémica aumentó en más de 1.000 pacientes, con un control del 76% en rango bueno-aceptable. Los pacientes de alto riesgo cardiovascular tratados con AAS pasaron de 19.204 a 20.450 y el tratamiento con IECAS en 2.823 pacientes con insuficiencia cardiaca aumentó hasta el 70% (67% previo). Además de la mejora individual tras el análisis de los datos entregado periódicamente a cada profesional, 17 EAP han desarrollado en 2005 ciclos PDCA específicos. Las oportunidades de mejora detectadas se relacionan, en general, con la falta de seguimiento adecuado (falta de petición de HbA1c o de LDL-col en los plazos establecidos) ya que el grado de control de la mayoría de los pacientes hipertensos, diabéticos o cardiópatas seguidos está dentro del rango bueno o aceptable y la utilización de antiagregantes o de IECAS es elevada comparada con otros estudios realizados en atención primaria.
Conclusiones: Nuestro programa de explotación permite la evaluación de toda la población del área con un coste mínimo, sin necesidad de muestreo y de forma sencilla y rápida. La devolución de resultados a los profesionales es la clave para impulsar la mejora, que ha sido muy significativa desde el inicio del nuevo procedimiento de evaluación.

Contacto: José Ma Mena Mateo
jmena.gapm04@salud.madrid.org

C-071.- APLICATIVO DE GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO OBJETIVO SINGULAR EN EL PLAN DE EXCELENCIA DE NUESTRO HOSPITAL.

Gancedo Z, Fernández ML, Díaz A, Fariñas C, Herrera P, Moreno M.

Objetivo: implantar un conjunto de actividades orientadas a potenciar el desarrollo del aplicativo gacela: gestor de cuidados de enfermería.
Métodos: La acción de mejora se ha iniciado en abril de 2006 tras la inclusión como objetivo singular en el Plan de Excelencia. Se ha utilizado la metodología REDER del modelo EFQM. El despliegue se inició con la creación de un grupo de trabajo con conocimientos previos sobre el aplicativo. Las fases de la acción de mejora fueron: 1. Elaboración y difusión de la guía de base de conocimientos validada; 2. Realización de una guía breve para nuevos usuarios Gacela y personal de nueva incorporación; 3. Difusión de los Manuales de Usuario mediante reuniones con las unidades; 4. Inclusión en la Intranet del hospital del contenido; 5. Creación de un Foro donde recoger dudas, sugerencias y resolución de problemas; 6. Programación de talleres-actividades formativas; 7. Diseño de indicadores cualitativos y cuantitativos tanto en relación con el grado de adhesión al aplicativo como de valoración de los procesos de enfermería.
Resultados: La difusión de la guía de base de conocimientos se realizó en todas las unidades de hospitalización mediante sesiones: 5 unidades, con una media de 3 sesiones. La Guía breve se ha incluido en Plan de Acogida para personal de nueva incorporación, habiéndose distribuido al 100% de las incorporaciones desde mayo. Actualmente está disponible en la página principal de la Intranet corporativa. Desde mayo está activo un foro de opinión y discusión, que a su vez se subdivide en varios foros, cada uno de ellos especifico sobre una parte del aplicativo: foros sobre úlceras por presión (UPP), inserción y mantenimiento de catéteres y registro de caídas. Respecto a la formación, se han realizado talleres dirigidos específicamente a personal de enfermería (5) y a otros profesionales que también acceden al aplicativo como consultantes: médicos y MIR (3). Finalmente, se han diseñado indicadores para valorar el grado de implantación del aplicativo. Estos indicadores abarcan cada una de las fases del despliegue comentadas: adhesión global al aplicativo, por planes y por registros especiales, todos ellos estratificados por unidades, para poder realizar actividades de benchmarking interno entre las mismas.
Conclusión: la identificación como oportunidad de mejora del aplicativo de gestión de cuidados y el despliegue establecido permite el desarrollo de dicha herramienta, así como un control continúo para el análisis y posterior evaluación.

Contacto: Mercedes Rodríguez Rodríguez
mrodriguez@hsll.scsalud.es

C-072.- AUTOMATIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN EL ENTORNO DE URGENCIAS.

Comas B, Puig D, Tarradas J, Agudo M, Rubio FJ, Roche JA.

1. Objetivo: El objetivo del proyecto es agilizar y automatizar el sistema de información en el entorno de urgencias, con herramientas integradas que, basadas en el sistema de información actual, aporten una mejora en los procesos actuales de contacto y seguimiento de los pacientes.
Para ello se planteó una pantalla gráfica informativa que mostrara en todo momento y con información actualizada el estado de los boxes de urgencias, los pacientes en cada box y los pacientes en espera de ser atendidos por los clínicos. La información que dicha pantalla requiere ya está disponible en el sistema y se trataba de recogerla e integrarla gráficamente.
2. Pantalla gráfica en urgencias
Existen dos configuraciones de pantallas para las dos áreas existentes en urgencias:

• Pantalla de ubicación de boxes

• Pantalla del área de observación, que incluye observación convencional y Unidad de corta estancia.

Ambas pantallas representan gráficamente ambas áreas y en cada box / habitación incluyen al paciente representado iconográficamente. Consideramos al paciente como un objeto gráfico con los siguientes atributos: Datos personales, Médico responsable, Laboratorio, Radiología, Ingresado (Si / No) , Unidad en la que está ingresado.
Desde dicha pantalla se puede acceder a toda una serie de aplicaciones necesarias para el manejo del paciente: ver resultados analíticos y radiológicos, abrir informe médico, acceso a la historia de enfermería, etc....
3. Banner informativo: En una parte visible de la pantalla existe un sistema de banner o mensaje crítico informando de pacientes con exceso de demora, es decir, pacientes que lleven más de X tiempo en la sala de espera esperando para ser atendidos por el médico.
El parámetro X debe ser parametrizable por rangos horarios y días de la semana, de forma que no es lo mismo un sábado por la tarde que un martes por la mañana.
4. Características técnicas: La pantalla será accesible desde cualquier PC a través de la intranet del hospital. Además se han ubicado dos pan-

talla exclusivas dedicadas las 24 horas a mostrar dicha información. Únicamente desde esas pantallas se puede arrastrar, quitar a un paciente de un box.
5. Conclusiones: La pantalla gráfica supone la aplicación de la tecnología al servicio de la información en los Servicios de Urgencias. Su implantación ha permitido conocer de forma automática la ubicación de los pacientes en el servicio de urgencias y el estado de su proceso asistencial

Contacto: Bernardino Comas Díaz
bcomas@hsll.es

C-073.- INFORMATIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Ibáñez-Nolla J, Fernández-Rodríguez T, Guzmán-Fernández M, Monjo-Garriga M, Vilar-Roquet D, Villagra V.

Objetivos: El crecimiento continuo y progresivo de la demanda en los servicios de Urgencias (SU), ha condicionado la necesidad de implantar sistemas de Tecnología de la Información para la mejora en la organización del trabajo y el acceso a esta información de manera segura y eficiente. En el mes de diciembre de 2004 se implantó la informatización del SU del hospital, aportando mejoras pero creando problemas derivados de la propia implantación y de los recursos disponibles. El objetivo del estudio se ha basado en la valoración de indicadores de calidad que han permitido la aplicación de mejoras continuas de calidad (MCC) tras la informatización del SU.
Métodos: Análisis de la aplicación de indicadores de calidad en la actividad de adultos desde la implantación del programa informático en el SU. Evaluación progresiva de algunos indicadores desde el principio de la aplicación y otros posteriormente, como las encuestas de satisfacción o pacientes que no esperan (NE).
Resultados: De diciembre de 2004 a abril de 2006 se han realizado un total de 113.238 visitas (47% de pediatría) con 10.372 ingresos; presión asistencial de adultos del 15%. Incremento de frecuentación del 23% Indicadores evaluados en el inicio del estudio: tiempo de estancia global (TGE) 156 minutos (m.), tiempo en sala de espera (SE) 63 m., tiempo en el box 93 m., tiempo de estancia en urgencias pendiente de ingreso 203 m., 43 reclamaciones el primer mes. Indicadores analizados posteriormente (mayo de 2005), NE 1,6%. La aplicación de las MCC produce una reducción progresiva de los tiempos al final del periodo de estudio en SE a 24 m., en box de 65 m., de TGE en 90 m. y pendiente de ingreso en 147 m. Disminución de reclamaciones a una media de 5 al mes y de NE a 1,1% en abril de 2006.
Conclusiones: La informatización del SU ha sido una herramienta fundamental para la mejora de la calidad, a pesar de los problemas propios de su implantación. Las medidas aplicadas han dado lugar a una mejora global de los indicadores y han evidenciado la necesidad de inversión de recursos materiales y humanos para mantener unos buenos indicadores con el incremento de actividad.

Contacto: Jordil Ibáñez Nolla
jibanyez@hgc.es

C-074.- DESARROLLO DE UN PROYECTO INTEGRADO DE FORMACIÓN CONTINUADA MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN EN RED.

Cantalapiedara JA , Gregori A, Gómez C, Rojo GA, Gil, AM, Peñalver R.

Objetivos: La elevada extensión de Castilla-La Mancha conlleva una alta dispersión del personal sanitario. Este proyecto desarrolla nuevas estrategias para atender las necesidades formativas , con independencia de su ubicación. Sus objetivos son:
• Facilitar el acceso de los profesionales a la formación continuada y a las fuentes de información para mejorar su desempeño, disminuyendo desplazamientos y costes.
• Facilitar la gestión, difusión, seguimiento, evaluación y registro de la formación.
• Agrupar recursos disponibles en Red para formación de los profesionales.
Métodos: El proyecto aprovecha los potentes desarrollos del Área de Tecnologías de la Información, a través de un Sistema de Teleformación basado en Web (LMS para e-learning QS Media/SATEC), con implantación en todos los Centros del SESCAM. Su desarrollo adaptado e integrado con la base de datos de Recursos Humanos y con el Aplicativo para la Gestión de la Formación, facilitan la formación a distancia con metodología e-learning o mixta (blended learning), así como todos los procesos necesarios para la Planificación, Gestión, Difusión, Seguimiento, Evaluación, Control de Calidad, Certificación y Registro de la formación. Desde su puesto de trabajo, o desde cualquier ordenador conectado a Internet, alumnos, profesores, tutores y administradores pueden acceder a la plataforma.
Resultados:
FORMACIÓN e-Learning: 2005

Nº Participantes:	3.414
Nº medio de plazas por edición	72
Nº conexiones	16.084
Horas de conexión	5.001
Nº horas lectivas	65.780

Los cursos "on line" fueron: OpenOffice (Writer, Calc, Impress, etc.), Urgencias Médicas y de Enfermería, Proyectos Turriano y Esculapio (Historia clínica electrónica), Seguridad Informática, Introducción e-Learning, Abordaje Violencia en Ámbito Sanitario, Farmacoterapéutica Basada en la Evidencia e inglés general en 6 niveles.
El tiempo medio de conexión fue 18 minutos. La mayoría de lunes a jueves, cayendo el viernes. La franja horaria de mayor actividad fue de 8 de la mañana a 1 de la tarde. El hospital con más conexiones fue el de Valdepeñas. La Gerencia de Atención Primaria con mayor actividad fue la de Albacete.
Conclusiones:
La teleformación:
• Permite actuaciones de alto alcance.
• Actualizaciones masivas de los conocimientos.
• Suma recursos a los ya existentes.
• Optimiza las inversiones realizadas.
• Permite canalizar los recursos excedentes a una mayor oferta formativa.
• Facilita la mejora continua de la formación

Contacto: Juan Fernández Martín
jfernandezm@jccm.es

C-075.- ERRORES EN EL PROCESADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.

Criado-Álvarez JJ, Muro-Ceballos I.

Objetivos: La Central de Esterilización de un hospital es un centro de una gran importancia para la calidad y la seguridad de los pacientes, por la gran cantidad de dispositivos médicos que en ella se procesan y que van a entrar directamente en contacto con el paciente. Se trata de medir y conocer los errores que se pueden producir en el procesado de los productos elaborados por la Central.
Métodos: La Central de Esterilización de la Fundación Hospital Alcorcón está gestionada por la empresa SERMED SA desde 1998, por lo que está obligada a tener una autorización administrativa según el RD 414/1996. Para asegurar su proceso se ha certificado según la UNE-EN ISO 9001: 2000 (2003/0656/ER/01), debido a que es un "proceso especial" en el que no se puede demostrar la seguridad del producto y se debe mantener la trazabilidad del mismo.
Se han establecido unos indicadores clave que permiten controlar el proceso como: número de cajas o contenedores procesados, cajas revisadas en quirófano, deterioro durante el lavado, suciedad tras el lavado, fallos en esterilización y problemas en el almacén estéril (roturas de envases, productos caducados...)
Resultados: Se presentan los resultados de los años 2004 y 2005. Se han procesado 24254 y 26549 cajas respectivamente en 2004 y 2005, de las que 2815 (11,6%) y 4239 (16%) no fueron revisadas por quirófano. En 2004 se deterioraron durante el lavado 14 productos (0,05%) y en el 2005 pasó a 65 productos (0,24%). Tras el lavado, había suciedad en 420 y 171 productos (1,73 y 0,64% en 2004 y 2005). Los fallos de esterilización fueron en 2004 de 506 (2,08%) y en 2005 de 284 (1,07%). Los errores de almacén fueron en 2004 de 87 (0,35%) y en 2005 de 88 (0,33%). De esta forma en 2004 se produjeron en total 1027 errores con contenedores (4,21%), mientras que en 2005 fue de 608 cajas (2,28%).
Conclusiones: Vemos que hemos rebajado los errores o fallos del 4,21% a un 2,28%, es decir, casi un 50%, en la mayoría de los casos por una

mejora en el lavado y por la reducción de los fallos de esterilización. Parte de esta reducción puede ser debida al sistema de calidad vigente, a la formación continuada del personal que trabaja en la Central, y al interés por ofrecer un producto seguro y de calidad para los pacientes. La aplicación de sistemas de detección de errores puede ser aplicado a una Central de Esterilización hospitalaria, como una medida de innovación dentro del sistema de gestión de la calidad de la Central

Contacto: Juan José Criado Álvarez
jjcriado@jccm.es

C-076.- DETECCIÓN DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS EN UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO AMFE.

Rebull-Fatsini J, Gombáu-Monteso C, Redo-Sabater V, Pujol-Casanova L, Cardona-Melo JL, Benaiges-Pallares J.

Objetivos: El AMFE (análisis modal fallos y efectos) es una metodología útil para identificar y prevenir problemas en los procesos antes de que ocurran. Como consecuencia del cambio de ubicación de la Central de Esterilización en nuestro hospital se utilizo un AMFE para identificar posibles efectos adversos antes de que ocurran. El objetivo del trabajo es describir los resultados obtenidos tras la aplicación de un AMFE de proceso en la Central de Esterilización, en el subproceso de transporte y entrega de material.
Material y método: Diseño: AMFE de proceso para detectar posibles fallos con posible afectación a la seguridad de las personas. Elección del proceso: subproceso de transporte y entrega, recogida de material y limpieza, obviando el subproceso de esterilización. Grupo de expertos seleccionados (Coordinador de Calidad, Supervisora, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Celador de esterilización) Periodo: durante el mes de mayo se hizo en cinco reuniones. Se realizó un diagrama de flujo para definir posibles fallos, efectos y causas. Se utilizó la tabla de análisis de riesgos y se cuantifico el Índice de Gravedad, de Aparición y el Índice de Detección, para fallos y efectos. Se establecieron las acciones de mejora en los puntos de mayor riesgo.
Resultados: Se analizaron 8 subprocesos dentro del proceso descrito, se detectaron 16 posibles fallos, que ocasionaron 10 efectos (Riesgo de infección, Riesgo de accidente, Rotura de material, retraso de intervenciones, etc...). Se priorizaron 3 fallos de acuerdo a la puntuación obtenida en el índice de prioridad de riesgos (I.P.R.): 1. Manipulación inadecuada de material estéril en la zona quirúrgica (IPR 450 ptos). 2. Posible confusión en la entregas de material (no estéril como estéril) (IPR 350 ptos). 3. Circular el material estéril y sucio con los circuitos de usuarios y profesionales (IPR 200 ptos).
Se han elaborado 15 acciones de mejora (para 1ª fallo 3 acciones, para 2º fallo 8 acciones y para 3ª fallo 2 acciones), como pueden ser: registros de salidas de material, formación a los profesionales, rediseño de los circuitos.
Conclusiones: El AMFE ha servido para detectar posibles fallos con afectación a personas en el subproceso de transporte y entrega de material en la Central de Esterilización y aplicar acciones de mejora y la delimitación de escudos en zonas criticas. Además ha sido útil para que el personal de esterilización analice en profundidad el circuito, conozca el funcionamiento e incremente la cultura de seguridad.

Contacto: Josep Rebull Fatsini
prebull.htvc.ics@gencat.net

C-077.- APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA.

Jabalera M, Puche G, Planas MJ, Nadal O.

Objetivo: Comprobar si la metodología de análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un método útil de análisis y priorización para prevenir la aparición de efectos adversos de una parte del proceso de medicación (citostáticos) en el HDIA de un hospital pediátrico.
Método: Se aplica la metodología de un AMFE de proceso.
Se estructura en 5 etapas:
1. Selección de un proceso de alto riesgo y creación del equipo de trabajo.
2. Descripción gráfica del proceso (diagramación del proceso, identificación del área de análisis, identificación del sub-proceso y elaboración del diagrama de flujo)
3. Análisis del riesgo
- Listar los fallos potenciales de cada uno de los pasos del proceso, determinar las causas y los posibles efectos de estos fallos.
- Puntuar los fallos en función de la gravedad del efecto y del índice de aparición y detección del fallo.
- Priorizar los fallos en función de la puntuación.
4. Definir acciones de mejora y medidas de resultado
- Definir las causas donde se puede actuar, las posibles soluciones, responsable, coste y tiempo requeridos.
- Definir indicadores para evaluar las soluciones propuestas.
5. Analizar y evaluar el nuevo proceso
Resultados: El proceso se ha dividido en 3 partes principales: prescripción, preparación y la administración. Se ha analizado la preparación de citostáticos y se han identificado 18 posibles fallos potenciales. Mediante el método AMFE se han priorizado los 4 fallos con mayor puntuación y definido un plan de acciones de mejora para evitar que se produzcan.
Conclusiones: La metodología AMFE ha resultado útil para priorizar acciones que eviten fallos potenciales en la fase de preparación de citostáticos en el HDIA. Aunque todavía no tenemos resultados de los indicadores definidos, el próximo objetivo será aplicar el método a la prescripción y administración, y de esta forma realizar un plan de seguridad de la Unidad que evite estos fallos potenciales e incremente la seguridad de nuestros pacientes pediátricos oncológicos.

Contacto: Mercedes Jabalera Contreras
mjabalera@hsjdbcn.org

C-078.- SEGURIDAD CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE PUNTOS CRÍTICOS EN PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.

Ibiricu A, Bueno MJ, Celma F, Vallejo E, Bilbao JA, Chacón A.

Objetivo: Identificar y analizar los errores y dónde se pueden cometer e implantar sistemas de notificación y vigilancia con el objeto de minimizar riesgos fomentando prácticas seguras
Método: Durante el año 2005 se llevó a cabo un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) del tema "Prescripción y Administración de Fármacos dentro del centro", identificando los modos de fallos o errores potenciales y conocidos y analizando las causas y efectos de cada modo de error. Se priorizaron modos de fallo identificados de acuerdo al índice de prioridad de riesgo (IPR). Se realizaron sesiones clínicas multidisciplinarias en todos los Centros de Atención Primaria (CAPs) para la puesta en común de los resultados del AMFE y del plan de acciones de mejora.
Resultados: Los fallos críticos priorizados a través del AMFE fueron: a) Registro de la prescripción (IPR=16) y b) Administración de fármaco (IPR=12).
Se elaboraron tres Procedimientos: 1-Prescripción de Medicación para Administración en el Centro. 2-Administración de Medicación en el Centro 3-Pase de llamadas telefónicas a consulta
Se unifica para todos los CAPs la modalidad informática de prescripción "Procedimiento Terapéutico" y se elabora protocolo de registro informatizado para enfermería de administración de medicación. Se decide restringir las llamadas telefónicas a las calificadas como urgentes; el resto se apuntarán en la agenda informatizada para que el profesional realice la llamada en cuanto tenga disponibilidad. Las llamadas internas pasarán a ser correos informatizados a excepción de las urgencias.
Se monitorizan: 1) la utilización de "Procedimiento Terapéutico" para la prescripción 2) la utilización del protocolo de "Administración de Medicación" con el registro de reacciones adversas y errores de medicación 3) número de actos "llamada telefónica" citados en las agendas 4) declaraciones en el "Buzón de Incidencias" de la intranet del Grupo.
Conclusiones: El uso del AMFE para prevenir eventos adversos nos ha permitido analizar en profundidad los procesos de prescripción y administración de fármacos en los CAPs. La definición de acciones de mejora y su implantación, conjuntamente con formación dirigida a los profesionales potencia la seguridad del paciente como una prioridad dentro de los sistemas de salud.
Queda pendiente adecuar el programa informático para la detección automática de errores en el registro de la prescripción y alertas farmacológicas y realizar un nuevo AMFE en los mismos procesos pero en esta ocasión fuera del centro.

Contacto: Ángeles Ibiricu Barro
aibiricu@grupsagessa.cat

C-079.- ADECUACIÓN DE LOS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN EN URGENCIAS. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS.

Oliva JA, Losada B, Usandizaga E, Gómez M, Llober E, Ferreres JA.

Introducción: El control del gasto farmacéutico ligado a la prescripción racional y eficiente de los medicamentos se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios del Sistema Público de Salud. lo que ha motivado un conjunto de medidas para adecuar los hábitos de prescripción, especialmente encaminadas a la incorporación de los fármacos genéricos.
Objetivo: Establecer las medidas oportunas para adecuar los hábitos de prescripción en urgencias, con la finalidad de adecuarla a las diferentes normativas establecidas. Se definieron como objetivos:
Obj 1: Porcentaje de prescripción >75% Inhibidores bomba protones (Inh.BP) genéricos (Omeprazol) en relación al total de prescripción de Inh.BP en presentación comercial.
Obj 2: Porcentaje de prescripción >70% de AINEs genéricos (ibuprofeno / diclofenaco) en relación al total de prescripción de AINEs en presentación comercial.
Obj 3: Porcentaje de prescripción >50% de analgésicos genéricos en relación al total de prescripción de analgésicos en presentación comercial.
Obj 4: Porcentaje de prescripción >50% de antibióticos genéricos en relación al total de prescripción de antibióticos en presentación comercial.
Material y Métodos: La intervención consistió en el desarrollo de las siguientes medidas: Difusión de los objetivos a todos los médicos de urgencias mediante reuniones periódicas, analizar los grupos terapéuticos sujetos a la intervención, elaboración de una guía de sustitución en función de la disponibilidad de fármaco genérico a una determinada presentación comercial, validación de la misma por los facultativos, incorporación de la guía al aplicativo informático de prescripción de urgencias como primera opción y seguimiento del proceso con difusión periódica de los resultados entre los facultativos.
Resultados: A lo largo del 2005, se han realizado un total de 36356 prescripciones, de las cuales un 29% corresponden a AINEs (10449), el 19% a analgésicos (6831), el 11 % a Inb H2 (3970) y un 10 % a antibióticos (3656). En relación a los objetivos propuestos se han obtenido: Obj 1: 76.5 %, Obj 2: 71%, Obj 3: 50%, Obj 4: 56%. En este periodo se han realizado un total de 16997 prescripciones de fármacos genéricos, lo que supone un 46.8% del total de prescripciones realizadas.
Conclusiones: La prescripción de AINEs, analgésicos, inhibidores BP y antibióticos constituyen los grupos farmacológicos de mayor prescripción en urgencias. La implicación de todos los profesionales es fundamental para la obtención de los resultados expuestos.
Contacto: Joan Antoni Oliva Vicedo
antoni.oliva@sanitatintegral.org

C-080.- MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN: ALGUNAS INICIATIVAS PRÁCTICAS Y SENCILLAS.

Martínez-Ortega MC, Altadill A, Martínez A, Fernández C, Rubio JS, Trujillo M.

Objetivos: Nos planteamos mejorar la calidad de la prescripción y conseguir una práctica clínica más eficiente. Decidimos comenzar con fármacos de uso frecuente (y mayor posibilidad de uso inadecuado): Pantoprazol, Corticoides inhalados, Heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y Antibióticos (AB).
Métodos: Revisamos la evidencia científica en la que apoyamos nuestras recomendaciones, la disponibilidad de sistemas de información sobre los fármacos a controlar y proporcionamos medidas concretas que ayuden a orientar y facilitar la prescripción adecuada. Se realizan durante el último trimestre de 2004 y primero de 2005, estudios transversales de uso de los fármacos a controlar, mediante revisión de pacientes que tienen pautados dichos fármacos., evaluando la adecuación a las recomendaciones establecidas. Mediante hoja impresa del sistema informático de Farmacia se envía a la planta de hospitalización las alarmas detectadas para ponerlas en conocimiento del médico responsable del paciente.
Resultados: Se detecta por parte de la Comisión de Farmacia un uso inadecuado de Pantoprazol del 27,63% en 2004, y de 18,31% en 2005. Se estima en un 10% el exceso de gasto para las heparinas de bajo peso molecular, por uso de enoxaparina (Clexane®) cuando se podría usar nadroparina (Fraxiparina®). Se revisan los datos de consumo general de AB y los de AB de uso restringido.
Se establecen las siguientes alarmas:
- Se pauta Pantoprazol intravenoso (IV) existiendo medicación oral y/o dieta oral
- Se pauta Clexane® como anticoagulante, en pacientes sin patología coronaria aguda
- Se prescriben corticoides sistémicos e inhalados simultáneamente
Se revisan, para asegurar la adecuación:
- Antibiótico IV más de 5 días
- Antibiótico oral más de 7 días
- Dos antibióticos simultáneos
- Quinolonas IV
- Aminoglucósidos y AB de uso restringido según control habitual
Se realiza seguimiento mensual por parte de las Comisiones de Farmacia y de Infección hospitalaria.
Conclusiones: Mediante sencillas alarmas se pueden obtener buenos resultados, y establecer una cultura de revisión permanente de la prescripción que beneficia al paciente y contiene el gasto. Las recomendaciones generales deben ser:
- Si es posible, prescribe el tratamiento Vía oral
- Revisa el tiempo de tu prescripción
- Ajusta la medicación: un fármaco importa
- Retira la medicación con agilidad: un día importa
Contacto: Mª Carmen Martínez Ortega
calidad@hospitaldejove.com

C-081.- CRITERIOS DE DISEÑO PARA LA ELABORACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN.

Valentín-Gamazo C, Ramos F.

Objetivos: Analizar las opiniones de Médicos de Atención Primaria (MAP) y Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) sobre los criterios que actualmente guían el diseño de los indicadores de calidad de prescripción (ICP) y los que deberían guiarlo.
Métodos: Entrevistas telefónicas mediante cuestionario estructurado a 906 MAP y 75 FAP seleccionados de forma aleatoria en los centros de atención primaria y gerencias de área del territorio español. Se realizó un pilotaje del cuestionario para asegurar la comprensión de las preguntas. Para el análisis de resultados se utilizó el Test de Pearson.
Resultados: Existe diferencia significativa ($p<0,001$) entre el MAP y el FAP en la identificación del criterio principal que guía el diseño de los actuales ICP. Entre los criterios propuestos: evidencia científica, económicos, eficacia, efectividad, ratio coste efectividad y seguridad; el económico fue el seleccionado por el MAP y la evidencia científica por el FAP como más influyentes.
Existe también diferencia significativa ($p<0,001$) entre MAP y FAP en la identificación del criterio principal que debería guiar el diseño de los ICP, aunque en este caso, ambos indican la evidencia científica como el aspecto más importante que ha de ser considerado para su diseño.
Finalmente, para cada uno de los colectivos, se han encontrado diferencias significativas ($p<0,001$) entre el criterio considerado más influyente actualmente y el que en realidad debería influir.
Conclusiones: Ambos colectivos consideran que el diseño actual de los ICP no se corresponde con el que debería ser. Esto nos indica la necesidad de una revisión de los mismos para lograr un mejor diseño, en el que el criterio principal sea la evidencia científica disponible.
Contacto: Carmen Valentín-Gamazo Valle
Carmen.Valentin@sanofi-aventis.com

C-082.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA Y HOSPITAL DE DÍA.

Pérez-Martínez V, Martínez-Bueno MA, Fernández-Álvarez S, López-Miras MD, Asensio-Villalba AI, Soler-Sánchez P.

Objetivo: Evaluar y mejorar la calidad de la preparación y administración de mezclas citostáticas.
Método:
Diseño: Ciclo de mejora.
Medio: Servicio de Farmacia y Hospital de Día Médico del Hospital Morales Meseguer.
Criterios:
C1. Los ciclos de quimioterapia se preparan con sistema de seguridad para citostáticos.

C2. La preparación de ciclos de quimioterapia se prepara sin punción del sistema de adición.
C3. Durante la administración de ciclos de quimioterapia no se produce transmisión de fármacos de un envase a otro.
C4. Durante la administración de ciclos de quimioterapia no se realizan manipulaciones en el sistema.
C5. Durante la administración de ciclos de quimioterapia no se producen derrames de las mezclas.
C6. Durante la administración de ciclos de quimioterapia no se producen salpicaduras de las mezclas.
Período: Durante el mes de Junio de 2005 se realizó la primera evaluación. La intervención consistió en el cambio del sistema de seguridad de preparación y administración de citostáticos, con formación y entrenamiento del personal. La segunda evaluación se llevó a cabo entre los meses de Enero y Febrero de 2006.
Casos: Ciclos de quimioterapia constituidos por dos o más fármacos y que fuesen administrados en Hospital de Día Médico. El número de casos evaluados en la primera evaluación fue de 68. Y en la segunda evaluación de 78.
Resultados: Primera evaluación: Los criterios con menor cumplimentación fueron el C1 (29,4%), C2 (29,4%) y C4 (36,8%). El C3 y el C6 obtuvieron un 98,5% y el C5 un 100% de cumplimentación. El total de incumplimientos en esta evaluación fue de 141.
Segunda evaluación: Existe un cumplimiento del 100% en los criterios C1, C2, C3 y C6. En los criterios C4 y C5 el cumplimiento es del 97,9%. El total de incumplimientos en esta evaluación fue de 2.
Conclusiones: Se han obtenido importantes mejoras en casi todos los criterios, reduciendo de manera significativa el riesgo en la preparación y administración de mezclas citostáticas.
Contacto: Mª de los Ángeles Martínez Bueno
mariaa.Martínez4@carm.es

C-083.- INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL HOSPITAL.
Abad R, Aibar C, Carcelen J, Agustín MJ, Gómez-Barrera M, Alonso-De Pablo V.

Objetivos: 1. Valorar la calidad del proceso de distribución de medicamentos en dosis unitarias mediante dos indicadores: % errores de llenado de carros y % discrepancias entre el perfil farmacoterapéutico del paciente en farmacia y el registrado en la gráfica de enfermería. 2. Analizar la influencia de las variables: unidad de hospitalización, día de la semana e intervalo entre mediciones.
Método: Estudio observacional prospectivo durante 5 semanas consecutivas, valorando los errores de llenado y los errores de concordancia entre la medicación registrada en farmacia y la anotada por enfermería, cotejando cualquier diferencia con la orden médica original (OM). Se analizaron seis unidades: A, B, C, D, E y F, estableciendo un turno rotatorio en el que cada día laborable se revisaba una unidad (B y D el mismo día) y todas fueron analizadas los 5 días laborables de la semana. La primera unidad se seleccionó al azar.
Resultados: Se revisaron los cajetines de 845 pacientes con 5194 fármacos y 9256 dosis, detectándose 101 fármacos incorrectos (1,94% de errores) sin diferencias en el día de la semana (p=0,58), ni entre las unidades de hospitalización A,C,D,E,F (p=0,78) pero sí entre B y el resto (p=0,007). Para el 2º indicador se analizó la concordancia del tratamiento de 845 pacientes con 5420 fármacos (6,41 fármacos/ paciente). Se detectaron 884 discrepancias en las transcripciones de la OM. De dichos errores, 233 (26,36%) corresponden a omeprazol, que no tiene especificada la dosis habitual de 20 mg y se excluyeron en el análisis posterior, resultando un % de error del 12,01% y de 0,77 el nº de errores/paciente. De las discrepancias, el 20,28% se asociaron a prescripción, el 47,62% a transcripción en farmacia, el 25,80% a transcripción por enfermería y el resto 6,30 % al traslado de la OM. El % de error de las unidades A y F fue superior (p=0,001) al de las unidades B,C, D y E, sin diferencias entre estas (p=0,180). No influyó el día de la semana (p=0,86) pero sí el tiempo entre revisiones, detectándose una mayor proporción en la revisión inicial (p=0,005) sin diferencias en las revisiones sucesivas.
Conclusiones: La medida de los indicadores permitió fundamentalmente valorar la calidad del trabajo realizado en farmacia y servirá de referencia para futuras evaluaciones. No se evidenció influencia del día de la semana en la medida de los indicadores. El % de error detectado no es independiente de la unidad de hospitalización. La propia revisión se asoció a una disminución en el número de errores.
Contacto: Reyes Abad Sazatornil
rabads@salud.aragon.es

C-084.- LA TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA DE LA CIRUGÍA CORONARIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES EN 2004.
Yetano J, López-Arbeloa G, Guajardo-Remacha J, Letona J, Barriola-Lerchundi M, Pérez-Alonso A.

Objetivo: El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es una base de datos con posibilidades de explotación para la medición de la calidad mediante indicadores. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha diseñado indicadores de calidad basados en datos administrativos similares al CMBD español. La Tasa de mortalidad hospitalaria y el Volumen de la cirugía coronaria (CC) son dos de estos indicadores. El primero refleja que una menor mortalidad está relacionada con una mejor calidad (estándar del 5%). El segundo aclara que, con un número de intervenciones anuales por debajo de un umbral, es difícil ofrecer una calidad aceptable (umbral mínimo de entre 100 y 200 casos anuales). El objetivo de esta comunicación es analizar la aplicación de la Tasa de mortalidad hospitalaria de la CC al CMBD de 2004 de los hospitales públicos españoles por comunidades autónomas (CCAA).
Métodos: Se tomó la definición de la Tasa de Mortalidad hospitalaria de la CC tal como lo entiende la AHRQ para construir una búsqueda con los códigos correspondientes a los diversos tipos de bypass coronario (del 36.10 al 36.19). Se hizo la búsqueda sobre el CMDB del Sistema Nacional de Salud de 2004 de los hospitales públicos españoles (3.587.790 altas válidas que suponen el 99,6 de las altas reales). Los datos que se pudieron conseguir fueron globales por CCAA lo que limita el estudio ya que los indicadores son por centro hospitalario. No se consiguió, por tanto, poder medir el Volumen de CC por hospital. Se obtuvo, a pesar de ello, la Tasa de mortalidad de la CC pero por CCAA.
Resultados: Se encontraron 7.706 episodios con CC. Las CCAA tuvieron casos que oscilaron desde 88 a 1.485. La Tasa de mortalidad hospitalaria global fue de 6,4 oscilando de 0,4 a 18,5. Hubo 10 CCAA que tuvieron una Tasa de mortalidad hospitalaria global superior al 5%.
Conclusiones: 1º/ El indicador de calidad AHRQ Tasa de mortalidad hospitalaria de la CC es utilizable con el CMBD español.
2º/ La Tasa de mortalidad hospitalaria global, un 6,4%, es superior al estándar americano.
3º/ Existe gran variabilidad del indicador entre las diversas CCAA que podría ser mayor si los datos fuesen por hospital.
4º/ Se debería poder conocer ambos indicadores por hospital para poder evaluar con más especificidad la calidad de dicha cirugía por centro.
5º/ La previsible utilización futura de indicadores de calidad basados en el CMBD obligarán al Sistema Nacional de Salud español a auditorías de la calidad del CMBD más frecuentes y sistemáticas.
Contacto: Javier Yetano Laguna
jyetano@hgda.osakidetza.net

C-085.- ¿SON ÚTILES LAS ESCALAS DE RIESGO QUIRÚRGICO?: VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DEL SCORE POSSUM EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.
Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Del Pozo P, Mengual-Ballester M, Aguayo-Albasini JL.

Introducción: Las tasas brutas de morbi-mortalidad tienen escaso valor como indicadores en auditorías quirúrgicas, y en la presentación de resultados en estudios publicados. Diversas escalas ajustadas a riesgo han surgido con el fin de evitar los problemas derivados del uso de tasas brutas. El objetivo de este trabajo es validar y aplicar la escala que más se adapte a las necesidades de nuestra práctica clínica.
Pacientes y métodos: Hemos comparado las principales escalas de riesgo existentes y, tras validar la escala POSSUM ((Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity), la hemos aplicado, prospectivamente, a los pacientes intervenidos por laparotomía programada en nuestro departamento de cirugía general (hospital nivel II) durante un periodo de 1 año. Han sido incluidos 210 casos. Posteriormente se han comparado, utilizando el test exacto de Fisher, los resultados predichos por la escala con los observados en la realidad.

Resultados: La validación fue satisfactoria, y en su posterior aplicación, obtuvimos: puntuación fisiológica media: 24,5 puntos (rango: 12 – 42 puntos); quirúrgica: 12,1 puntos (rango: 6-24 puntos). Fallecieron 5 pacientes y 81 presentaron morbilidad. Comparando los resultados observados con los predichos por el sistema POSSUM; no se hallaron diferencias significativas en el análisis por grupos de riesgo en cuanto a mortalidad ni morbilidad, excepto en el grupo de riesgo < 20%, en el que el POSSUM sobreestimó la mortalidad.
Conclusión: Se recomienda la validación y aplicación del sistema POSSUM en los diversos servicios quirúrgicos, para facilitar la comparación de resultados entre hospitales y unidades.
Contacto: Álvaro Campillo Soto
alvaroalcubo@yahoo.es

C-086.- NIVELES DE USO APROPIADO DE LA CIRUGÍA DE CATARATA EN GIPUZKOA.
Begiristain JM, Elizalde-Sagardia B, Mendicute del Barrio J, Eder-Labayru F.

Objetivos: La intervención de catarata constituye el procedimiento quirúrgico más extensamente empleado en todas las CCAA de España. La alta frecuencia de utilización del procedimiento catarata, las listas de espera que se generan y la variabilidad entre centros nos ha conducido a la necesidad de disponer de unos criterios explícitos de uso apropiado que estandaricen la práctica médica, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia médica y de la coste-efectividad.
Aplicar estos criterios explícitos (desarrollados según el método de RAND) para identificar el grado de utilización necesaria-apropiada-dudosa-inapropiada entre los distintos centros y el nivel de priorización (necesaria-apropiada) constituyen uno de los objetivos del estudio.
Material y métodos
Diseño: estudio prospectivo multicéntrico, multidisciplinar y coordinado.
Centros participantes: hospitales: Donostia, Bidasoa, Mendaro y Zumárraga.
Período Estudio: Octubre 2004 – 2007
Tamaño muestral: todos los pacientes que entran en lista de espera de cataratas en cada uno de los hospitales participantes
Fases:
- reclutamiento de pacientes hasta el alta
- seguimiento de 2 meses tras intervención

Se ha utilizado la metodología RAND de uso apropiado para definir los criterios explícitos a utilizar en la intervención de catarata por facoemulsificación.
Se han utilizado cuestionarios clínicos estandarizados en la recogida de la información necesaria para evaluar el nivel de adecuación.
Resultados: El nivel de mejora en el uso apropiado de la intervención es muy bajo ya que de los 1.753 pacientes incluidos en el estudio el procedimiento puede considerarse apropiado en un 82,6% de los pacientes y un 2,7% de las intervenciones han sido consideradas como inapropiadas.
Los niveles de uso apropiado descienden del 82,6% en al caso de la catarata simple a 69,2% en el caso de pacientes con retinopatía diabética.
Conclusiones: Se han definido las variables que más influyen sobre la evaluación de la catarata y la decisión para intervenir (agudeza visual pre-intervención, función visual, complejidad técnica, agudeza visual esperada tras-intervención, agudeza visual del ojo contralateral y/o de catarata con retinopatía diabética).
Los resultados obtenidos son extrapolables a la realidad asistencial de Gipuzkoa ya que los clínicos participantes son representativos de los oftalmólogos que realizan su práctica en Gipuzkoa.
Contacto: José Mª Begiristain Aranzasti
jbegiristain@ej-gv.es

C-087.- EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS CESÁREAS URGENTES Y PROGRAMADAS EN BALEARES.
Calvo-Pérez A, Campillo-Artero C.

Objetivos: La actuación clínica basada en evidencias y enmarcada en un sistema de gestión de calidad es determinante para prestar una atención de calidad. Entendiendo el parto como proceso asistencial, se presenta una estandarización de las indicaciones de las cesáreas urgentes y programadas y la evaluación de su adecuación, para reducir su variabilidad injustificada, mejorar la seguridad clínica y ofrecer un modelo para evaluar periódicamente su adecuación.
Métodos: Se consensuaron las indicaciones basadas en la evidencia de las cesáreas urgentes y programadas, y estándares de calidad (100% de adecuación para las programadas y 90% para las urgentes). Se establecieron cuatro grupos de cesáreas urgentes (riesgo de pérdida del bienestar fetal, parto estacionado, desproporción pelvi-fetal y fracaso de inducción), indicaciones específicas para cada uno e indicaciones para las programadas. En 2004 y 2005 se evaluaron cada bimestre todas las cesáreas urgentes y programadas del Hospital de Manacor con arreglo a las indicaciones consensuadas.
Resultados: Esta estandarización redujo o mantuvo la tasa de cesáreas inadecuadas dentro de los estándares fijados: el 40% fueron programadas y, de ellas, el 33%, debidas a presentación de nalgas. El 90% de las urgentes y el 100% de las programadas fueron adecuadas conforme a las indicaciones prefijadas.
Estos resultados fundamentan el proyecto de ampliación de la evaluación de su adecuación emprendido por el Servicio Balear de la Salud a todos los hospitales públicos de Baleares, cuyos resultados se obtendrán en junio de 2007. Se espera que dicho modelo, basado en un diseño pre-post, reduzca las cesáreas innecesarias, permita evaluar periódicamente su adecuación y aumentar la seguridad clínica de este procedimiento.
Conclusiones: Es preciso estandarizar las indicaciones de las cesáreas para reducir su variabilidad injustificada.
Ello obliga a especificar y consensuar sus indicaciones clínicas, en el marco de un sistema de gestión de las calidad, evaluar periódicamente su adecuación e introducir acciones de mejora continua.
Este modelo de adecuación permitió que el 90% de las urgentes y el 100% de las programadas fueran adecuadas conforme a las indicaciones prefijadas.
Con la aplicación de indicaciones precisas y estándares de adecuación se consigue, más que una tasa de cesáreas ideal (basada en criterios relativos), una proporción de cesáreas idóneas conforme a indicaciones basadas en la evidencia.
Contacto: Andrés Calvo Pérez
acalvo@hospitalmanacor.org

C-088.- PROTOCOLO DE CATÉTERES Y VÍAS: CICLO COMPLETO DE MEJORA CONTINUA.
Moreno M, González O, Valdor M, Flórez A, Barquín G, Rodríguez M.

Objetivos: Analizar los resultados de un ciclo de mejora continua, desde el análisis de situación previo, pasando por la implantación del protocolo y las evaluaciones de los resultados con la puesta en marcha de las acciones derivadas de las mismas.
Metodología: El ciclo comenzó en 2004 tras la elaboración de un protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares por un grupo de mejora multidisciplinar. Previó a la difusión e implantación del protocolo se realizó una encuesta de conocimientos a los profesionales y un análisis de situación mediante un estudio de seguimiento de un mes de duración realizado en todos los pacientes a los que se les insertó un catéter vascular. El periodo de estudio fue junio de 2004. Los resultados de estos estudios mostraron la necesidad de realizar talleres de capacitación y difusión del protocolo. Tras la implantación del protocolo y la finalización de las actividades formativas se repitió el estudio de conocimientos y complicaciones asociadas a catéteres en noviembre de 2005. De él se derivaron nuevas acciones de mejora. En mayo de 2006 se ha vuelto a realizar el mismo estudio para valorar el impacto de las últimas acciones de mejora puestas en marcha.
Resultados: El estudio inicial de conocimientos detectó necesidades formativas fundamentalmente en relación al mantenimiento de catéteres, equipos de infusión y recambios. El estudio de complicaciones mostró una incidencia del 25,4%, siendo la extravasación y la flebitis las más frecuentes. Desde 2004 se han realizado 50 talleres con 263 enfermeras capacitadas, lo que supone el 100% de la plantilla orgánica más los contratos eventuales. El estudio de complicaciones de 2005 mostró un aumento de la incidencia de las mismas (52%), que también pudieron ser debidas a cambios en el registro (inclusión en el aplicativo informático de gestión de cuidados). En este estudio se detectaron nuevos problemas no contemplados anteriormente de los que se derivaron

nuevas acciones de mejora (sesiones formativas por unidad, cambio en los sistemas de los catéteres). En el último estudio de complicaciones la incidencia ha sido de 35,7%, destacando la mejora en el % de extravasaciones.
Conclusiones: En el marco de un ciclo de mejora continua la implantación de un protocolo de catéteres y vías supuso un seguimiento exhaustivo del mismo. Una formación adecuada garantiza la implicación de los profesionales a quien va dirigido, traduciéndose esto en una mejor atención al paciente y una mejora de la calidad en nuestros cuidados
Contacto: Mª Ángeles Moreno de la Hidalga
mmoreno@hsll.scsalud.es

C-089.- LOS CATÉTERES VASCULARES Y LAS SONDAS VESICALES: PROCEDIMIENTOS FRECUENTES BAJO CONTROL.
González-Setién P, Gómez-Peral P, Zaldívar-Laguía I, Gómez-Cosío L, Sarabia-Lavín R.

Objetivos: Mejorar los conocimientos de los profesionales responsables del cuidado de pacientes.
Mejorar la seguridad de los pacientes con catéteres vasculares y sondas vesicales, basados en la mejor práctica posible.
Métodos: La inserción de catéteres y sondas vesicales, son técnica invasivas, aplicables a gran número de pacientes, con relación directa con la infección nosocomial. En el hospital se realizaron encuestas de conocimiento que aportaron, en el caso de los catéteres información sobre gran variabilidad en la práctica. Se crearon dos grupos de mejora (GM), con el propósito de actualizar los procedimientos. La actualización se centró en la evidencia científica y las recomendaciones de los CDC. El GM de catéteres realizó un manual con la definición de cuidados de los catéteres utilizados en el centro y el GM de sonda vesical, realizó un procedimiento definiendo cuidados de inserción, mantenimiento y retirada de la misma. Los procedimientos indican los registros que se deben realizar en la Historia Clínica: Gráfica Clínica y Hoja de Cuidados. Realizados según norma ISO 9001:2000. Revisados por Comisión de Infecciones, Servicio de M. Preventiva y Comisión de Cuidados y aceptados como procedimientos institucionales por la Dirección Gerencia. Implantados a finales de 2004, el GM participó en el despliegue. Recogidos como objetivos en el Contrato de Gestión de 2005.
En el mes de noviembre de 2005, se realizó una evaluación. La evaluación de cada procedimiento consta de varios criterios (fechas de colocación y retirada, cambios de sistemas, alergias...). Estudio retrospectivo, aleatorio, estratificado, de historias clínicas de pacientes ingresados en el mismo año.
Resultados: Catéteres: 285 pacientes estudiados; portaron catéter 221 (77,54%). Registrados en Gráfica Clínica 218 (98,64%) catéteres. Cuidados registrados en 140 (63,34%) de los casos. El número de pacientes con complicaciones asociadas a catéteres fue de 25 (11,31%).Sonda vesical: 292 pacientes estudiados; 59 (20.20%) portaron sonda vesical. Registrados en Gráfica Clínica 57 (96,61%) sondas. Cuidados registrados en todos los casos (100%). Se encontraron 5 (8,47%) pacientes con infección asociada a la sonda.
Conclusiones: Trasladar las mejores prácticas a la práctica diaria, presenta dificultades que se pueden mejorar facilitando la participación de los profesionales y la formación para el despliegue. Aumenta la llamada de atención cuando están recogidos en los Contratos de Gestión y se encuentran sistemáticamente "bajo control".
Contacto: Patricia González
mapgonzalez@humv.es

C-090.- RESULTADOS DE UN PROCESO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CIRUGÍA DE COLON ELECTIVA.
Navinés J. Navarro MD, Gaspar A, Montero J, Martín E, Badia JM.

Introducción: La infección de sitio quirúrgico (ISQ) es la principal complicación de la cirugía colo-rectal. La auditoria interna continuada de las complicaciones de un Servicio de Cirugía permite detectar áreas de mejora y diseñar medidas correctoras.
El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados de ISQ antes y después de la introducción de un nuevo protocolo de medidas perioperatorias para la reducción de la misma en cirugía electiva colo-rectal.
Material y métodos: Desde 2003 se realiza en nuestro hospital una auditoria contínua del índice de ISQ en los pacientes sometidos a cirugía electiva colo-rectal. El análisis de los resultados de 2003 y 2004 detectó un índice de ISQ superior al esperado y un escaso cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica. Se constituyó un equipo de mejora que incluía los cirujanos y enfermeras de la Unidad de Cirugía Colo-Rectal y miembros de la Comisión de Infecciones, modificándose el protocolo de profilaxis antibiótica y diversos procedimientos perioperatorios. El nuevo protocolo se aplicó desde julio del año 2005. Se presentan los resultados de adherencia al protocolo, tasas de ISQ, reintervenciones y mortalidad antes y después de su introducción.
Resultados: Se estudiaron 220 pacientes durante los 3 años. No se administró una dosis antibiótica intraoperatoria cuando estaba indicada en el 87 % de casos en 2003 y 2004. En 2003 y 2004, las tasas de reintervenciones y mortalidad fueron del 19 % y 18 %; y del 8 % y 4 %, respectivamente. En 2005, descendieron a 5 % de reintervenciones, y 0 de mortalidad. El índice de ISQ fue de 63,5% y 60,5% (años 2003 y 2004), frente a 21% en el año 2005 ($p<0,00002$). El índice de ISQ del primer trimestre de 2005 (n=17), cuando sólo se había informado de los resultados de ISQ y constituido el equipo de mejora, fue del 47%, mientras que el del resto del año (n=64), una vez aplicado el protocolo, fue del 14% ($p>0,015$).
Conclusiones:
1.-La implementación de medidas de profilaxis antibiótica, combinadas con cambios en los procedimientos perioperatorios, se acompañó de una reducción significativa en el índice de infección postoperatoria.
2.-El seguimiento del índice de ISQ, y la difusión a los cirujanos de dicha información, mejora los resultados postoperatorios de forma independiente.
Contacto: Eva Martín Sánchez
emartin@fhag.es

C-091.- NUEVO HORIZONTE EN EL ANÁLISIS DE LAS APENDICECTOMIAS, TRAS 10 AÑOS DE REVISIÓN SISTEMÁTICA.
Alejo M, Molinas J, Carrera R, De Caralt E, Toribio R, Pla J.

Hasta la actualidad la bibliografía aceptaba que la existencia de apendicectomias blancas era un parámetro inversamente proporcional a las perforadas, implicando una disminución de la morbilidad de los pacientes.
En los últimos años se ha visto que son factores independientes, estando las perforadas directamente relacionadas con el paciente y el sistema de atención primaria, y las blancas relacionadas con una inexactitud en el proceso diagnóstico, con posibilidad de aparición de complicaciones y un coste económico asociado. Tras 10 años de análisis sistemático de las apendicectomias por parte de Cirugía únicamente con estándar en blancas o innecesarias, se estableció como objetivo determinar, según la nueva bibliografía, cual era nuestro estándar en apendicectomias perforadas y establecer la nueva metodología de análisis.
La metodología utilizada fue analizar el 100% de las apendicetomias realizadas durante el 2005, valorando los parámetros socio-demográficos, tipo de clínica de inicio, intervalos entre llegada a urgencias (URG) y visita de Cirugía (CIR) y intervención quirúrgica, días de estancia, pruebas complementarias, complicaciones y si la perforación era atribuible a CIR. Análisis del coste de los procedimientos.
Resultados: 87.7% apendicitis agudas (26.2% perforadas), y 12.3% innecesarias. Visita en Primaria del 70% de las perforadas con 3 días de evolución. El 60% de las blancas requieren ingreso en observación antes de la intervención. Intervalo entre el primer contacto con URG y la intervención es de 34.4 h para blancas y 18 h en perforadas. Estancia de 3.7 días para las agudas, 4.1 d para las blancas y 12.2 d en las perforadas. El 21% de las perforadas puede atribuirse a una duda diagnóstica intrahospitalaria. El coste de una apendicectomia blanca es un 28.8% superior a una aguda, y una perforada cuesta un 64.5% más que una aguda.
Conclusiones: Se determina que la tasa de perforadas sea inferior al 20%, y en las blancas inferior al 12%. El 31% de las perforadas presentan complicaciones, no produciéndose en las blancas. El 79% de las perforadas es atribuible a Atención Primaria, siendo necesarias acciones conjuntas para disminuir la tasa. El 47% de los pacientes con apendicectomia blanca tuvieron nueva visita para determinar el diagnóstico final al persistir la clínica o para el control de la enfermedad diagnos-

ticada en la intervención quirúrgica. Hay una escasa utilización de exploraciones en las blancas, por lo que sería conveniente protocolizar esta patología.

Contacto: María Alejo Sánchez
qualitat@hgv.es

C-092.- EQUIPOS INTRAHOSPITALARIOS DE RÁPIDA RESPUESTA: NECESIDAD Y CARGA DE TRABAJO.

Jiménez-Muñoz AB, Sanchidrian-De Blas C, Granado-de la Orden S, Esteban C, Sánchez A, Rodríguez-Pérez P.

Objetivo:
1. Estimar el número de llamadas que se realizarían a los equipos de rápida respuesta (RRT), de acuerdo con el protocolo del Institute for healthcare Improvement, que actuarían para prevenir las paradas cardiorespiratorias
Métodos:
Diseño: Estudio observacional prospectivo
Población de estudio: Pacientes ingresados en el mes de octubre en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, que presenten alguno de los siguientes signos de alerta: Fr cardiaca <40 ó >130; Saturación de O2 <90%; Fr respiratorio <8 ó >25; TAS <90; Alteración nivel de conciencia; Anuria; Preocupación del personal sanitario. Exclusión: que la parada sea el acontecimiento final previsible
Recogida y análisis datos: El personal de planta ante la aparición de algún signo avisaba a Medicina Preventiva, quienes investigaban los sucesos rellenando una hoja de recogida de datos, mediante revisión de historias y entrevista al personal sanitario. Las variables se agrupan en 4 apartados: características del paciente; del episodio; actitud tomada y resultados. Se analizaron los datos expresándose en porcentajes y se realizó una estimación del número de llamadas al RRT
Resultados: Se produjeron 42 episodios susceptibles de avisar al RRT correspondientes a 29 pacientes, esto supuso un 11,6% de los ingresos. En medicina interna se produjeron 15 posibles avisos correspondientes a 8 pacientes y en Cirugía 27 avisos en 21 pacientes. La preocupación del staff e hipotensión, ambos con 28.57% son los signos que más veces fueron motivo de alerta.
La mayoría de las alteraciones se produjeron en el turno de noche (35,71%), seguido del de tarde (32.8%) y fueron detectados por enfermería (92.8%). En un 59.52% se necesitó la atención por parte del médico de alerta quienes en un 52.9% de los casos cambiaron el tratamiento. Un 30.95% de los episodios fue atendido por el médico de la planta y su acción principal fue indicar nuevas pruebas (46,1%). La acción más importante de enfermería, aparte de avisar al médico (38,4% de las veces), fue vigilar las constantes vitales(37,17%). Se produjeron 6 exitus.
Se ha estimado que de cada 100 pacientes habría 16.8% avisos al RRT (IC 95% 11.96-21.63) y un 1,2% de los pacientes sufrirían una parada susceptible de RCP (IC de 0,248 a 3.467)
Conclusión: A la vista de estos resultados parece probado que es importante la creación de los RRT, ya que éstos actúan para prevenir la parada.

Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

C-093.- ¿ME PREGUNTAS SOBRE MI CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL?.... ¡TOMA CAÑA!.

Barrasa JI, Altarribas E, Celaya S, Antoñanzas T, Beltrán A, García-Latorre F.

Objetivo: Conocer las percepciones y principales áreas de mejora en relación con la calidad de vida profesional a partir del análisis cualitativo de los extensos comentarios y sugerencias escritos por el personal del hospital en una encuesta de CVP.
Material y método: Se realizó un análisis de contenido, sintáctico, de la información recogida en el corpus textual constituido por las respuestas abiertas de 229 de las 972 (23,5 %) personas que respondieron la encuesta. En primer lugar el texto se codificó de forma libre por unidades semánticas. Los códigos se organizaron y agruparon posteriormente en categorías según criterios de afinidad temática y patrones discursivos. Por último, se elaboró de forma inductiva un marco explicativo para las opiniones de los participantes.
Resultados: Los participantes muestran gran desconfianza en el propio proceso de consulta como instrumento que vaya a servir para transformar sus realidades, señalan pocos elementos positivos y apuntan un fuerte tono de crítica en todos los comentarios. La estructura de sus comentarios se articula alrededor de los siguientes elementos: escaso reconocimiento por parte de la institución, las cargas de trabajo, poca colaboración interestamental, desigualdades entre profesionales, escasez y mala gestión de los recursos, agresiones del medio (físicas y relacionales), condiciones de contratación y deterioro de la calidad asistencial. Las ideas expresadas se transforman en auténticas exigencias a la institución en temas sobre escucha y reconocimiento a las personas, cercanía e implicación de mandos, necesidad de anular desigualdades, formación y desarrollo profesional, protección del trabajador, conciliación de vida familiar y laboral y asignación de recursos. El aumento de salario también aparece de forma muy frecuente pero con argumentaciones poco sólidas.
Conclusiones: Coherencia con los resultados cuantitativos de la encuesta. Gran negatividad y dureza de las respuestas que denota el gran calado y cronicidad de los problemas planteados. Como líneas de trabajo se proponen establecer mecanismos para dar voz a los profesionales; identificar informadores clave para invitarles a participar en procesos de consulta, cambio y mejora; establecer estrategias para reconocer la valía capacitación e implicación individual y favorecer el desarrollo de procesos participativos (organización-trabajadores) para estudiar alguno de los problemas planteados que rompan la desconfianza hacia la institución que parece latir en las respuestas.

Contacto: José Ignacio Barrasa Villar
jbarrasa@salud.aragon.es

C-094.- ESTUDIO DEL CLIMA LABORAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA.

Carbone-Ríhuete C, Granados-Arroyo B, Guijarro-Pastor C, Villena-Ugarte E.

Objetivos: La satisfacción de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias es un elemento fundamental del proceso asistencial, tan importante como la preparación científica del trabajador o la disposición de una determinada tecnología. Nuestro objetivo es medir el grado en el que el trabajador cumple sus expectativas y le aportan experiencias positivas, determinar si existe un papel modulador del clima laboral en relación con variables sociodemográficas y analizar la satisfacción en las diferentes categorías profesionales.
Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado febrero 2005 hasta febrero 2006. Para el estudio aplicamos el cuestionario Font Roja, adaptado por Aranaz. Rodríguez (1988). Junto con dicho cuestionario se elaboro por el equipo investigador otro con variables sociodemográficas y relacionadas con su vida laboral.
El programa informático utilizado para su posterior análisis fue el FileMaker.
Resultados: Se devolvieron 607 encuestas lo que supone una participación del 46,37%, la media de edad es de 42 años, la distribución por sexo el 22,24% son hombres y el 77,76% mujeres; la situación laboral es de 53,38% personal fijo y el 46,61% contratado.
Sobre variables de formación e investigación el 56% realiza cursos de formación, lectura de artículos el 23%, asisten a congresos 16% y el 5% realiza investigación.
El cuestionario de Font Roja analiza nueve factores de los cuales en nuestro centro los mejor valorados son las relaciones interpersonales, la relaciona con jefes / as y la presión en el trabajo. Por el contrario, los factores con peor resultado tienen que ver con la promoción profesional, monotonía, rutina y reconocimiento.
Conclusiones: La media de satisfacción global en nuestro hospital es de 2,51, considerando como valor de referencia normal 3; por que deberemos crear herramientas para reforzar los factores peor valorados, para ello proponemos una mayor participación de los trabajadores en la gestión de los objetivos y una responsabilidad compartida.
La formación es una de los aspectos más destacados.por un lado, para afrontar el estrés y combatir la monotonía y, por para potenciar la implicación del personal en la organización y facilitar su adaptación al puesto de trabajo.
Otra de las conclusiones es que la información y la comunicación entre los diferentes estamentos y los propios trabajadores entre si, y aspectos como el reconocimiento del trabajo bien realizado.

Contacto: Carmen Carbone Ríhuete
ccarbone@sescam.jccm.es

C-095.- LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS. EL ANÁLISIS DEL CLIMA LABORAL COMO ELEMENTO DE MEJORA.
Gratacós M, Arias E, Conde E.

Introducción: El Capiómetro es una encuesta de clima laboral para el grupo Capio cuya finalidad es conocer la opinión de los profesionales sobre diversos aspectos y para valorar el impacto del liderazgo, condiciones de trabajo y comunicación.
Objetivo: Estudiar la calidad "aplicada" a la gestión de RRHH. Justificar para qué sirve medir el clima laboral (a dónde queremos ir, dónde estamos, cómo obtener la información) y decidir si vamos a actuar a partir de los resultados obtenidos.
Metodología: Estudio en más de 150 centros en Europa (Países Nórdicos, Francia,Reino Unido y España), que afecta a todos los trabajadores (16.000) de diferentes categorías profesionales.
Febrero de 2006: aplicación del cuestionario a todos los centros de Capio España tras prueba piloto.
Cuestionario con 34 frases comunes a todos los Centros en Europa, con escala de valoración de 6 alternativas, que requiere 5 minutos para su cumplimentación, redacción sencilla y acogida positiva.
La metodología de trabajo incluye una guía de trabajo. El plan de trabajo incluye un plan de comunicación desde la Dirección a los jefes y supervisores y estos a sus equipos, a representantes de los trabajadores, cartas elaboradas desde Dirección, establecimiento de cronograma de acciones con definición de plan de trabajo, elaboración del primer apartado del cuestionario, preparación de documentación, elaboración de hoja de instrucciones para la pasación del Capiómetro, fechas y metodología de aplicación y recogida por responsables de centro o unidad y envío en fecha determinada para su tratamiento.
Resultados: En España el porcentaje de respuestas obtenido ha sido del 68% sobre el total de la plantilla, lo que ha merecido una valoración positiva, teniendo en cuenta que ha sido la primera vez que se distribuye y responde el cuestionario en nuestro país, en el mismo período, en todos los Centros y contando con todos los trabajadores (4.300).
Se ha realizado un análisis global con resultados positivos, agrupados en tres franjas y con distintos criterios. Asimismo, se han analizado los puntos fuertes y áreas de mejora.
Conclusiones: Analizados los resultados, nuestro Plan general para el presente año contempla aquellas acciones orientadas a la mejora de la comunicación y transmisión de feedback a los profesionales y se realizará un nuevo Capiómetro en el 2007.
Contacto: Elena Arias Menéndez
earias@idcsa.net

C-096.- DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS DE LIDERAZGO PARA ACOMPAÑAR EL CAMBIO HACIA UN MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA DESCENTRALIZADA.
Ferrari MC, Palmieri MA, Buso A.

Introducción: El Futuro Hospital Materno Infanto Juvenil, que dependerá del Gobierno Provincial y se pondrá en funcionamiento en los próximos dos años, decide incorporar un nuevo modelo de gestión innovadora para darle mayor eficiencia a la gestión. A la luz de la misión, visión, valores (calidad, calidez, compromiso social) definidos en forma conjunta por todos los actores que participarán en el proyecto, se planteó en forma conjunta cuáles serían las competencias necesarias para los líderes que llevarán adelante la consolidación cultural de la organización hacia un modelo de Gestión pública descentralizada.
Objetivos: Impulsar el cambio en la gestión hacia un modelo descentralizado que contemple la estructura plana matricial, la gestión por procesos, el trabajo en equipo, recompensas al desempeño, enfoque en el usuario, mediante la indagación en el cliente interno de las competencias requeridas.
Método: Un especialista externo formado en Gestión de Calidad, presentó un listado de 13 competencias cognitivas, tecnológicas y actitudinales necesarias para los cargos de conducción/ dirección en salud hacia el nuevo modelo de gestión mediante cinco reuniones de trabajo en equipo multisectorial y multidisciplinario. Fueron sujetas a discusión y posteriormente indagadas mediante procesos de diálogo personal y posterior cuestionario de indagación confidencial. Se recolectaron los datos que fueron procesados y analizados por el especialista en calidad.
Resultados: Implicación del cliente interno en el proceso de cambio organizacional. Diseño de perfiles de puesto y selección de competencias clave en convergencia con el modelo de cultura participativa. Fueron seleccionadas las 8 siguientes competencias: liderar, comunicar, trabajo en equipo, negociar, evaluar, delegar, escuchar, innovar.
Compromiso de Dirección y equipo.
Conclusiones: La visión estratégica y el liderazgo efectivo de la Dirección hacia una cultura participativa, con un enfoque de trabajo en equipo multidisciplinario, sistémico y proactivo, permite implicar al cliente interno hacia el cambio organizacional un proceso compartido.
Contacto: Cristina Ferrari Ferrari
icem@icem.com.ar

C-097.- APROXIMACIÓN A UN MAPA DEL CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Cantero M, Domenech P, Miquel A, Redondo J, Cruz M, Mayol J.

Objetivos:El conocimiento es un valor en alza en la mayoría de las organizaciones y su gestión constituye una de las corrientes de gestión más en boga desde comienzos de los noventa. La gestión del conocimiento consiste en gran medida en una gestión estratégica del capital intelectual en una organización, con la finalidad de añadir valor a los productos y servicios que ofrece. En el entorno sanitario, y de forma más agudizada en el sistema público se produce una situación paradójica: los entornos sanitarios se consideran ejemplos de organizaciones de gestión del conocimiento (organizaciones que basan su éxito en la información, compuestas por un número grande de trabajadores "de base" especialistas en lo que hacen y carentes de mandos intermedios) y sin embargo la gestión del capital intelectual es prácticamente nula. La gestión del conocimiento pasa por la optimización de la gestión de aquellas actividades vinculadas con él y que actúan de activadoras, facilitadoras y catalizadores del mismo (Formación Continuada, Investigación, Comisiones, Grupos de Trabajo, etc). Nos planteamos como objetivo elaborar un mapa del conocimiento de Atención Primaria (AP).
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se diseño una encuesta autoadministrada estructurada en 5 apartados: datos de contacto, formación, docencia, grupos de trabajo y comisiones, e investigación. La encuesta se remitió por correo electrónico y ordinario a los profesionales del área en el mes de marzo. La recogida de la encuesta se realizará de manera continuada.
Resultados: A 31 mayo 2006 se han recibido 151 encuestas lo que supuso una tasa de respuesta cercana al 20%. Se ha elaborado una base de datos en Access en la que se encuentran incluidas quién sabe qué, que personas son expertas en determinados temas, qué profesionales tienen interés en participar en ciertas actividades, etc. La información recibida ha permitido identificar la formación en investigación, experiencia docente, participación en grupo de trabajo y comisiones, y participación en proyectos de investigación, así como las áreas de interés de los profesionales del área de AP.
Conclusiones: A partir de la base de datos elaborada se pueden identificar a los profesionales más idóneos para ciertas actividades y de esta manera mejorar el rendimiento del capital intelectual con el que cuanta la organización en temas de formación, docencia, grupos de trabajo e investigación. Esto también va a permitir detectar área de interés, oportunidades de mejora e impulsar líneas de investigación.
Contacto: Mireia Cantero Caballero
mcantero.gapm08@salud.madrid.org

C-098.- ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ (2010-15).
Gallo-García C, Irastorza-Aldasoro A, García-Rotllan J, Prados-Torres D, Pérez-Tapias A.

Introducción: El análisis de las necesidades futuras de formación de especialistas sanitarios es uno de los objetivos estratégicos y organizativos del Sistema Sanitario Público Andaluz.
En el año 2002 se inició el estudio sobre el análisis de las necesidades futuras (cinco y diez años) y en el pasado año se revisó.
El estudio se ha diseñado como una herramienta básica, útil para revisar y detectar las necesidades de formación en cualquier momento, siempre que no se produzca un cambio profundo en las políticas sanitarias.

Consideraciones Generales: Se plantea como hipótesis que las necesidades de especialistas sanitarios y por tanto las necesidades de formación de especialistas en el S.S.P.A., vienen determinadas por variables independientes relacionadas con:
- Los pacientes (morbimortalidad, necesidades sentidas de salud; y demográficas);
- Los profesionales (demografía profesional; regulación laboral)y
- Las actuaciones organizativas sanitarias (carteras de servicios, planes integrales y de salud, accesibilidad al sistema de salud).
Objetivo General: Identificar las necesidades de formación de nuevos especialistas en Andalucía a medio plazo, cinco y diez años, para satisfacer las exigencias asistenciales del S.S.P.A. y configurar un modelo explicativo de las variables que influirán en las necesidades futuras de especialistas.
Se describen tres niveles:
1.un primer nivel correspondiente al análisis de situación, incorporando las posibles entradas y salidas de especialistas al Sistema, manteniendo una situación sin crecimiento,
2.un segundo escalón en el que ya se incorporan las necesidades de formación especializada suscitadas por la incorporación de los nuevos servicios, centros y planes, la evolución demográfica y de morbimortalidad en la población andaluza, en el periodo de 5 y 10 años, y
3.un tercer nivel en el que se valoran las tendencias de desarrollo de las especialidades.
El primer y segundo nivel se corresponden con el denominado análisis cuantitativo y el tercer nivel, con el análisis cualitativo.
Conclusiones:
- Detectar el % de jubilaciones por especialidad en los próximos 5 y 10 años.
- Según las variables del estudio, se detectarán especialidades que pueden ser deficitarias o excedentarias en formación, en los próximos cinco y diez años.
- Contrastar las conclusiones del estudio cuantitativo con los resultados del estudio cualitativo (tendencias de las especialidades expresadas por los informantes claves a través de DELPHI).
- Definir y establecer líneas de actuación
Contacto: Carmen Gallo García
carmen.gallo@juntadeandalucia.es

C-099.- LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL COMO INSTRUMENTO PARA LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS.
Armenteros-Ortiz P, Jiménez-Carmona A, Campaña-Blanco A, López-Carreto P, Moreno-Sánchez I, Aguilera-Peña F.

Objetivo: Analizar la experiencia de los supervisores de nuestro hospital con la Evaluación del Desempeño Profesional (EDP), como herramienta de gestión para la mejora y desarrollo del profesional.
Material y método:
Estudio descriptivo transversal: Los sujetos de estudio han sido todos los supervisores de Hospitalización del Hospital General y Materno-Infantil, que hayan realizado la EDP más de una vez. Los datos están referidos al primer trimestre de 2006, según los resultados de las evaluaciones de 2005.
Para la recogida de los datos se ha elaborado un cuestionario autocontestado y anónimo de seis preguntas con una escala de Likert de cinco puntos como opciones de respuesta y un apartado de observaciones, de las que se hará análisis de discurso.
El análisis se ha realizado utilizando medidas de tendencia central (media y mediana) y rango.
Resultados: Se obtienen veinticinco encuestas válidas para el estudio, correspondiendo al cien por cien de la población encuestada.
Preguntas de encuesta:
1. Considera la EDP una herramienta facilitadora de la comunicación en su unidad. Mediana 4 y rango (1-5).
2. Cree que la EDP compromete al equipo en la consecución de objetivos. Mediana 3 y rango (1-5).
3. Piensa que esta herramienta muestra matices de subjetividad. Mediana 3 y rango (1-5).
4. Considera la EDP en su último apartado-plan de desarrollo individual-es útil para establecer acuerdos en su unidad. Mediana 3,5 y rango (1-5).
5. Le ayuda para evaluar los resultados y establecer planes de mejora. Mediana 3 y rango (2-5).
6. Ha influido el cambio en la ponderación de las competencias, en la puntuación final de la EDP. Mediana 5 y rango (1-5).
Conclusión: En general los resultados de opinión tienden a situarse en el punto intermedio, lo cual nos dificulta el análisis. Tan solo los encuestados se decantan porque la EDP, ha sido una herramienta facilitadora de la comunicación y que la ponderación de las competencias ha influido en la puntuación global. Por lo que cabe pensar que habría que profundizar en cada una de las dimensiones estudiadas para mejorar el análisis.
Para concluir, la EDP ha sido útil para mejorar la comunicación y relación entre la supervisión y su equipo de trabajo.
Contacto: Pedro Armenteros Ortiz
pedroarmenteros@andaluciajunta.es

C-100.- ¿POR QUÉ HACER MEJORA DE LA CALIDAD?. LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES.
Altarribas E, Navarro-Gistau C, Barrasa JI, Moreno P, Castán S, Salvador T.

Objetivos: Analizar las opiniones de los profesionales participantes en dos seminarios de formación sobre los motivos que, desde su punto de vista, justifican la realización en el centro de actividades de mejora de la calidad (AMC).
Material y métodos: Una de las estrategias seguidas en el centro para implicar a los profesionales en las AMC ha sido la de programar seminarios de formación seleccionando a los candidatos a través de los mandos intermedios. El objetivo último era que los participantes propusieran proyectos de mejora para poderlos contrastar con los intereses de la Dirección. En la primera parte del seminario se hacía una tormenta de ideas sobre los motivos que creían que existían para hacer AMC en el centro. Con las ideas literales expresadas por los participantes se ha realizado un análisis cualitativo, puramente sintáctico, codificando las expresiones en diferentes categorías en función de su significado aparente y de las aclaraciones y comentarios vertidos durante el debate que siguió a la tormenta de ideas.
Resultados: Participaron 35 profesionales (50 % médicos y 50 % DUE) que formularon 50 opiniones sobre los motivos para hacer AMC. Las razones apuntadas tienen que ver principalmente con la necesidad de adaptarse a los numerosos cambios existentes (en enfermedades, en tratamientos, en diagnósticos, en expectativas de pacientes), con la de introducir mejoras en la organización del trabajo (unificación de criterios, reparto de tareas), por que lo consideran un medio para mejorar los resultados (del centro y del paciente), como forma útil para el crecimiento personal y profesional, como medio de supervivencia para asegurar el mantenimiento de los puestos de trabajo, por la toma en conciencia de que existen errores y por la irremisible necesidad de tener que avanzar para no quedarse atrás. Otros participantes también apuntaron la imposición política, la moda e incluso las apariencias como otros motivos para ese fin.
Conclusiones: La visión que los profesionales tienen de la necesidad de hacer AMC no parece centrarse exclusivamente en la dimensión científico técnica, sino que obedece a un abanico más amplio de intereses entre los que destacan la necesidad de adaptarse a un sistema que sienten en constante cambio, los problemas diarios de organización del trabajo y la necesidad de obtener resultados, tanto económicos como asistenciales. La predisposición de los profesionales para el desarrollo de AMC parece buena a tenor de las convicciones expresadas.
Contacto: José Ignacio Barrasa Villar
jbarrasa@salud.aragon.es

C-101.- EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA, CON INDEPENDENCIA DE SU UBICACIÓN, A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.
Marco O, Oliva JA, Esteve J, Rosell I, Ximenis M, Juncosa S.

Introducción: Conseguir la estandarización de un proceso es un elemento clave para el optimo funcionamiento de cualquier organización.
Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en la UCE, ubicada en dos unidades de hospitalización diferentes. Conocer el posible impacto del cambio de ubicación a través de los resultados obtenidos en una encuesta de satisfacción.
Material y Métodos: En enero 2006 se incorporó la UCE a la cartera de servicios de nuestro centro. Se elaboró un Manual de Funcionamiento

y una encuesta de satisfacción específica para la UCE, tipo liker, (5 Muy correcto,4 Correcto,3 Regular,2 Deficiente,1 Muy deficiente,= no sabe/contesta) donde se les pedía en el momento del alta del paciente la opinión, de forma anónima, sobre la atención, información, trato, confort y expectativas. Por motivos organizativos la UCE fue trasladada de unidad de hospitalización a mediados de marzo, convirtiéndose en un punto de inflexión en el estudio como variable "no esperada". Estudio prospectivo descriptivo de Enero a Mayo del 2006 con una muestra de 100 pacientes (50 en cada unidad) ingresados en la UCE. Mediante las puntuaciones de la encuesta, se compararon los resultados en ambos periodos.
Resultados: En ambas Unidades, el equipo médico era el mismo, las variaciones residían en el personal de enfermería, administrativo y en la estructura de la unidad. En cuanto a la atención general prestada , el 98% dio la máxima puntuación en las dos unidades y en un 2% (1 caso) fue regular (unidad B). La información que recibieron sobre su enfermedad fue valorada en 34 en el 88% y regular en el 12% (unidad A) y 34 en el 94 % y regular en el 6% (B). En relación al trato médico recibido fue valorado en 34 en el 100% en A y B, el de enfermería obtuvo un valor de 4 en el 95% y regular en el 5% en ambas unidades y el del personal administrativo fue valorado en 34 en el 91.7% y 95.5% respectivamente. No hay diferencias en relación al confort percibido. Para el 95% de los encuestados (A y B), se cumplieron sus expectativas en relación a su ingreso, con una puntuación media de 8.7 y 8.9 respectivamente.
Conclusiones: La elaboración multidisciplinar de un Manual de Funcionamiento y su despliegue entre los profesionales implicados en la UCE, con independencia de su ubicación física, constituye el elemento clave en la obtención de los resultados expuestos. Las encuestas de satisfacción constituyen un excelente método para el control de la calidad de un proceso.
Contacto: Joan Antoni Oliva Vicedo
antoni.oliva@sanitatintegral.org

C-102.- PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE CONCEPCIÓN - CHILE.
Prieto-Vega L.

Los objetivos del estudio fueron identificar la brecha existente entre expectativa y percepción de la atención recibida por 72 pacientes del servicio de medicina adulto de un hospital público chileno, identificar las dimensiones que le son más o menos significativas y relevantes, referente a la calidad de atención e identificar las dimensiones que mayormente afectan la percepción del paciente. Es un estudio no experimental, transversal y correlacional – causal. En muestra aleatoria (Por proporción e Intervalo de confianza 0.95 % y 5% error), se aplica la escala SERVQUAL del Dr. A. Parasuraman de 22 itemes, al ingreso y al alta del paciente en forma voluntaria, por encuestadores entrenados. La confiabilidad alfa de Cronbach de la escala expectativa (0.84) y percepción (0.92). Los resultados (SPSS 12): Cae la percepción del servicio en relación a la expectativa en un 17,1 % ($p<0.000$). Las dimensiones de seguridad, apariencia, capacidad de respuesta, confiabilidad y empatía, tienen una percepción menor ante la expectativa del servicio, estadísticamente significativa. (t student $p<0.000$). Las dimensiones más relevantes para el paciente son: Confiabilidad (27,8%), Seguridad (25%) y las dimensiones menos relevantes para el paciente son: Apariencia (50%), y Empatía (18%). La variable de percepción de calidad del servicio y las variables de: percepción de confiabilidad, capacidad de respuesta, apariencia, seguridad, percepción que no se cometen errores, percepción del servicio en tiempo prometido, percepción que se hacen las cosas bien a la primera vez y percepción de personal suficiente para atención integral, son dependientes entre sí. ($p<0.000$). Se concluye que: Existe una alta expectativa de un servicio de excelencia pero una percepción muy por debajo de lo esperado. Al paciente le interesa mayormente la confiabilidad y seguridad del sistema. Es secundaria la apariencia y empatía. Finalmente, se concluye que la percepción de confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, percepción que no se cometen errores, percepción del servicio en tiempo prometido, percepción que se hacen las cosas bien a la primera vez y percepción de personal suficiente para atención integral, influyen en la percepción de satisfacción global del servicio percibido. ($p<0.000$). La información y diagnóstico que aporte este estudio es útil para gestionar los cambios necesarios tanto para el trabajo del equipo médico en general como para la alta gestión hospitalaria.
Contacto: Luis Prieto Vega
lprieto@udec.cl

C-103.- ¿EL ANCIANO QUE ACUDE A LA CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA ESTÁ SATISFECHO CON NUESTRA ATENCIÓN?.
Alcober P, Cucullo JM, Villar T, Hellin MJ, Guajardo I, Navarro M.

Objetivo: Conocer la satisfacción de una población anciana que asiste a una consulta externa de geriatría a demanda de los Equipos de Atención Primaria.
Metodología: Estudio descriptivo de los pacientes remitidos a la consulta externa de nuestro Servicio de Geriatría. La recogida de información se realizó de manera anónima en dos semanas diferentes (diciembre de 2005/mayo de 2006). Se suministró un cuestionario adaptado a nuestras necesidades, siendo contestado por el paciente o acompañante al final del proceso asistencial e introducidas en un buzón. La encuesta consta de 15 preguntas: infraestructura, atención recibida por el personal sanitario, información, documentación, transporte sanitario y una ventana de sugerencias; puntuación de 0 a 3. Dado las características de la encuesta se consideró buen resultado, puntuaciones superiores a 2,5.
Resultados: Se recogieron 71 encuestas, todas ellas correctamente rellenadas. Las puntuaciones fueron las siguientes: Adecuación de la sala de espera (2,14), Atención de la enfermera (2,85), Atención del médico (2,87), Escucho el médico su problema (2,82), Información sobre su enfermedad (2,58), Satisfacción sobre las pruebas (2,66), Adecuación del informe (2,51), Solución a su problema (2,48), Facilidad de tramites (2,66), Horario (2,51), Días de demora (2,36), Transporte sanitario (2,31), Adecuación de pruebas (2,55), Satisfacción por el servicio (2,68). Sugerencias realizadas 8; positivas 3, negativas 5 (demora, burocracia)
Conclusiones: 1. Encuesta de sencilla cumplimentación en nuestra población geriátrica. 2. En general el grado de satisfacción fue alto. 3. Los aspectos peor valorados fueron los referentes al transporte sanitario, infraestructura y demora. 4. Como líneas de mejora y dado las características de nuestro centro solo podríamos actuar sobre la demora.
Contacto: Pilar Alcober Lamana
palcober@salud.aragon.es

C-104.- ¿COMO VALORAN LOS CLIENTES LA ASISTENCIA SANITARIA REALIZADA POR EL 061 EN CATALUÑA (SEM-061)?
Gasso M, Galup C, Marzal L, Casanovas M, Albo I, Clemente PA.

Objetivos:Obtener información sobre el nivel de satisfacción de la población asistida en Cataluña que haya utilizado el servicio de urgencias y emergencias, en el que ha intervenido un recurso del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM-061) .Encontrar áreas de mejora que permitan a la organización responder de manera satisfactoria a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.
Métodos:Estudio observaciónal y descriptivo mediante encuesta telefónica a la población atendida en Cataluña por unidades de transporte sanitario de SEM-061. La recogida de información se realiza mediante un cuestionario estructurado de recogida de información. La persona seleccionada desconocía a priori que iba a ser encuestada. La selección de las personas a entrevistar se efectúa de manera aleatoria a partir de la base de datos de SEM. Se contacta con el cliente a los 10 días de ocurrida la intervención. Se utilizo una escala numérica con 10 alternativas. Se excluyen del estudio los menores de 16 años. Tamaño de la muestra: 800 entrevistas en 80 días, seleccionadas por Región Sanitaria según número de incidentes.
El margen de error para toda la muestra es de + 3,5% para un nivel de confianza del 95% en la hipótesis más adversa ($p=q=0.5$)
Variables/Criterios: Equipamiento ambulancias, Trato recibido, Tiempo de respuesta, Competencia de los profesionales, Información recibida, Tiempo respuesta asistencial.
Resultados:Los ciudadanos que necesitaron alertar a un servicio de urgencias y emergencias sanitarias utilizaron, en un 82,6% el teléfono 061, el número del Centro de Salud en un 6,75%, y en un 3,13% el 112.El motivo por el que necesitaron asistencia fue en un 82.13 % por causa médica, y el 17.88 % por accidente. El promedio de puntuación, en una escala del 0 al 10, por la asistencia recibida fue un 8.91, un 8.75 respecto a la equitación del vehículo, 9.17 respecto al trato recibido,

9.07 en relación a la competencia profesional, 8.76 en la información recibida, 8.79 en el tiempo de respuesta del recurso sanitario.
Conclusiones:La satisfacción de los usuarios respecto a la asistencia prestada por SEM es muy alta, mejorable en algunos aspectos como el de la información.La variable tiempo (alerta-respuesta), es el indicador más importante para medir la satisfacción del ciudadano, en aquellos casos en los que la respuesta asistencial estaba valorada como no satisfactoria obtendríamos las puntuaciones más bajas en las otras variables, aunque no estuvieran directamente relacionadas (trato, equipamiento ambulancias).
Contacto: Montserrat Gasso Ribas
mgasso@sem.es

C-105.- SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HOSPIDOM) DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A, De Damborenea MD, Plaza JC.

Introducción: El Servicio de HOSPIDOM se creó en octubre del año 1983 con el fin de prestar una asistencia especializada en el domicilio del paciente que permitiera adecuar el recurso de las camas hospitalarias y minimizar el gasto hospitalario sin disminuir la calidad asistencial. En el año 2002 se introdujeron las encuestas de satisfacción en este Servicio, y desde entonces se recoge la percepción de los usuarios bienalmente.
Objetivos: 1. Analizar la evolución de las características del servicio prestado por HOSPIDOM desde la perspectiva del paciente. 2. Identificar áreas de mejora que faciliten la fijación de objetivos a medio plazo.
Métodos: 1. Se crea un grupo de trabajo de para analizar los resultados desde 2002 a 2006. 2. Se clasifican las dimensiones del Servicio (Trato, Información, Calidad técnica, Confort, Alivio del Dolor, Resultados Clínicos, Global). 3. Se elabora un formato para recoger tendencias, objetivos y comparaciones con otros hospitales de la corporación. 4. Se define la unidad de medición "valoración positiva". 5. Se analiza el impacto de cada una de las dimensiones en la satisfacción global.
Resultados: 1. TENDENCIAS: las tendencias son negativas en todas las dimensiones de la calidad del Servicio (destaca la disminución bienal de un 5% en el alivio del dolor y de un 3,7% en los resultados clínicos). 2. Objetivos: los objetivos se alcanzan en las dimensiones de Trato (valoración positiva >96%), Información (valoración positiva >94%) y Calidad técnica (valoración positiva >96%). 3. COMPARACIONES: Los resultados son favorables en las dimensiones de Trato, Información, Calidad técnica, Alivio del dolor y Resultados clínicos. La accesibilidad presenta resultado peor que el de los hospitales comparados.
Conclusiones: 1. Aunque el Servicio de HOSPIDOM es, comparado con otros servicios hospitalarios, muy bien valorado por los usuarios, la diferencia entre las expectativas y el servicio prestado ha aumentado en estos cinco años. 2. Los objetivos fijados en el Plan Estratégico se alcanzan en las áreas de Trato, Información y percepción de la Calidad técnica. 3. La variación entre percepción "muy buena" o "excelente" depende de las dimensiones "calidad técnica" e "información proporcionada por el médico".
Contacto: Mikel Latorre Guisasola
mlatorre@hcru.osakidetza.net

C-106.- ¿DISCRIMINA EL SERVQHOS ENTRE LAS DIFERENTES ÁREAS CLÍNICAS?.
Calvente MJ, Granado S, Sanchidrian C, Jiménez-Muñoz AB, Rodríguez C, Velasco C.

Objetivos: Analizar las diferencias entre las distintas áreas clínicas midiendo las expectativas y percepciones de los pacientes mediante el instrumento SERVQHOS administrado en la posthospitalización.
Material y métodos:
Diseño: Estudio descriptivo transversal en el HGUGM.
Población: todos los pacientes dados de alta en los servicios de hospitalización de un hospital terciario en el año 2006. El tamaño muestral se calculó para identificar diferencias entre Áreas -Servicios según datos de altas del CMBD considerando un porcentaje esperado de satisfacción global del 65%. Se ha obtenido una muestra total de 5.452 pacientes aumentada a 9.002 por estimar un porcentaje de pérdidas del 70%.
Recogida de datos: Se empleo como herramienta una encuesta autoadministrada SERVQHOS que se envió al alta del paciente por correo ordinario junto con el Euroqol –5d como descriptor de la calidad de vida relacionada con la salud.
Resultados: Devolvieron el cuestionario 3000 pacientes (respuesta del 55.5%). La población satisfecha supuso el 94.2 % de los respondedores .El índice Servqhos fue 3.78 (DS 0.76), el índice estandarizado fue 0.69, la media de la calidad objetiva fue 3.64 (DS 0.70) y la subjetiva 3.92 (DS 0.76). Se ha observado que el 66.6% de las preguntas que valoran la calidad objetiva permite establecer diferencias entre áreas clínicas sobre todo en las preguntas referentes a la calidad objetiva (el 66.6%) de los ítem. y sólo el 40% de las de calidad subjetiva discriminan. Aspectos como señalización, puntualidad de las consultas, aspecto del personal, trato personalizado diferencian a los distintos Institutos o a determinados departamentos. Las mejoras implantadas (nuevo edificio) también son detectadas por la encuesta.
Conclusiones: Se ha comprobado que el Servqhos es una buena herramienta que permite la comparación entre Áreas-servicios desde el punto de vista de las expectativas y percepciones del usuario. Los resultados de este estudio pueden ser una buena herramienta para establecer Áreas de mejora a las distintas Áreas-servicios.
Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

C-107.- INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL FOMENTO DE LA LACTANCIA NATURAL.
Sánchez S, Manzanares S, Martín AI, Nuño S.

Objetivo: Determinar la eficacia de la información ofrecida, por los profesionales de enfermería, a las madres que optan por amamantar a sus hijos tras el parto.
Método: Estudio descriptivo transversal observacional mediante cuestionario anónimo con 9 preguntas cerradas, que ha incluido variables relacionadas con: información sobre la lactancia natural, conocimiento de la técnica de amamantamiento, beneficios y recomendaciones. La población a estudio fueron las madres que han permanecido en la unidad de obstetricia tras parto eutócico, instrumental o cesárea. El periodo de estudio ha sido de 6 meses en 2005. La entrega del cuestionario se realizaba el día que se notificaba el alta y en éste se incluía el propósito del estudio, la garantía del anonimato y las instrucciones para su cumplimentación y entrega. Análisis estadístico con la aplicación SPSS 10.0.
Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 1745 madres, recogiendo un total de 392 (22%) encuestas cumplimentadas; 275 (70%) madres manifestaron que la información recibida, durante su estancia en el hospital, fue suficiente y adecuada, de éstas, cuando se les preguntó si consideran necesario ofrecer al niño los dos pechos cada vez que mame, el 27% contestó que no es preciso; el 80% afirmó que la lactancia natural es suficiente para la alimentación del niño y el 94% manifestó conocer la importancia de los calostros durante los primeros días de vida de su bebé; el 53% sabía que no es preciso mantener un horario rígido para dar de mamar; el 49% consideraban que la lactancia natural precisa más tiempo que la artificial; el 68% que no es necesario ofrecer agua, suero o leche artificial después de cada mamada o entre la misma, el 38% de las madres pensaban mantener la lactancia natural entre 3 y 6 meses y el 48% durante 6 meses o más. No se han encontrado diferencias significativas entre las respuestas de este grupo de 275 madres y el grupo de 68 (17%) madres que consideraron la información insuficiente: 31%, 71%, 87%, 47%, 53%, 59%, 28% y 43%, respectivamente.
Conclusiones: La intencionalidad del mantenimiento de la lactancia durante 6 meses o más resulta superior, según revisiones de estudios anteriores; es una referencia para el seguimiento de tendencias. Los datos obtenidos plantean la necesidad de ampliar el estudio para confirmar si la información que se proporciona influye o no en el nivel de conocimientos adquiridos por las madres. Conocer su opinión nos permite el abordaje de oportunidades de mejora.
Contacto: Sagrario Sánchez Rentero
sagrariosr@sescam.jccm.es

C-108.- LA SEGMENTACIÓN DE LOS PROCESOS: UNA HERRAMIENTA PARA EL TRATO DIFERENCIADO DE LOS PACIENTES.
Jové A, Remacha J, Rovira D, Iglesias A, Bosch S, García-Camps E.

Objetivo: Actualmente la gestión de la prestación económica de la Incapacidad Temporal (IT) por Contingencia Común se aborda de manera uniforme para la totalidad de la población protegida.

La influencia probada de diferentes variables en los procesos de IT, nos llevó a plantear la identificación de grupos homogéneos en relación a la edad, género, grupo diagnóstico y duración de los procesos de baja.
Métodos: Se han estudiado 86.991 bajas laborales integradas en el sistema a lo largo de 2.005. Se han considerado las siguientes premisas:
- que a 15 de Mayo están en situación de alta
- que disponen de información sobre la patología que ha originado el proceso
Sobre esta población se ha realizado un análisis tipológico no jerárquico.
Resultados: Las premisas para la formación de los grupos han sido:
Tener un mínimo del 10% de los casos en cada grupo
Que el conjunto de segmentos represente más del 75% del total de la población estudiada
De las diferentes pruebas realizadas, se ha seleccionado la segmentación en 5 grupos que incluye el 94,31% de los procesos analizados.
El Grupo 1 contiene el 15% de los casos, el Grupo 2 el 25, el Grupo 3 el 22%, el Grupo 4 comprende la mayor proporción con un 27% y el Grupo 5 un 11% siendo el segmento más pequeño.
La identificación de cada grupo viene definida por unas características principales en cuanto a las variables estudiadas:
Grupo 1: La mayor proporción de casos corresponde al género masculino, con una edad media de 55 años y un 30% presenta patología ósteo-muscular.
Grupo 2: Está representado mayoritariamente por hombres de 27 años de edad media. Son procesos cortos y se corresponden con fracturas, contusiones, etc.
Grupo 3: La población incluida en este grupo tiene una edad media de 41 años y presenta principalmente patología ósteo-muscular. La duración media es inferior a la del Grupo 1.
Grupo 4: La mayoría de los procesos corresponde a mujeres (91%) con diagnóstico dentro del grupo de Embarazo, Parto y Puerperio.
Grupo 5: Este grupo es el que presenta mayor duración media, una proporción de mujeres del 63% y un 23% de diagnóstico de embarazo.
Conclusiones: La identificación de los diferentes segmentos nos puede permitir el tratamiento diferenciado de cada uno de los grupos obteniendo con ello una mayor calidad en el servicio prestado al paciente.
Los resultados nos invitan a profundizar en el estudio de otras variables que puedan explicar las diferencias observadas entre los distintos segmentos y dentro de cada un de ellos.
Contacto: Alba Jové Riera
ajoveriera@mutuauniversal.net

C-109.- UNA ESTRUCTURA DE PENSAMIENTO PARA LA GESTIÓN. ORGANIZACIÓN MEDIANTE MAPAS MENTALES.
Dueñas-Fuentes JR, Sánchez-Gómez B, Duarte-Clíments G, Reca Bueno I.

Objetivos: La gestión del servicio lleva consigo la organización funcional de este. Realizar una gestión eficaz y eficiente nos induce a la necesidad de estructurar el servicio, siguiendo los flujos del pensamiento lógico. Por otra parte, el conocimiento por parte del equipo de la estructura de la organización y su vinculación en ella, hace esta más comprensible, creativa y participativa desde la premisa del dinamismo, influido por los mapas mentales.
Planificar la gestión integral del servicio de Atención al Usuario de forma estructurada, dinámica y siguiendo el flujo lógico del pensamiento.
Métodos:
• Estructura de mapas mentales de Buzan T.
• Análisis de procesos, mediante reingeniería
Resultados: Estructura de mapa mental para la organización del Servicio de Atención al Usuario del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga
Desglose de los procesos para su control y evaluación
Innovación para la gestión de los servicios.
Conclusiones: Es necesario seguir trabajando con técnicas de creatividad para introducir innovaciones en el servicio que favorezcan la mejor atención al usuario.
La organización vista desde este prisma, favorece las relaciones interpersonales y la comunicación entre los diferentes departamentos de atención al usuario.
Los procesos desglosados e interrelacionados permiten el seguimiento y la evaluación.
Contacto: Mª Begoña Sánchez Gómez
begona.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

C-110.- ACREDITACIÓN DEL PRIMER SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, SEGÚN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE LA SEMES.
Busca-Ostolaza P, Aginaga-Badiola JR, Hernando-Uzkundum A, Preciado-Barahona MJ Aranzabal-Conde A, Gurrutxaga-Arriola I.

Introducción: La SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES) tiene entre sus objetivos fundacionales la promoción de la calidad de la asistencia, en busca de la excelencia. Para este fin creó un grupo de trabajo que elaboró por consenso un sistema de acreditación de Servicios de Urgencias de hospitales (SUH), estableciendo un manual de normas o estándares que incluyen los requisitos y el procedimiento de evaluación para obtener la acreditación, homogéneos para todo el estado. En la elaboración de las normas se tuvieron en cuenta los requisitos de otras Sociedades Científicas y Fundaciones, así como las regulaciones administrativas de las distintas Administraciones Públicas del estado y de los países miembros de la Unión Europea.
A pesar de haberse publicado los estándares en 2004, ningún SUH había conseguido cumplir con los requisitos para conseguir la acreditación.
Objetivo: Evaluación de un Servicio de Urgencias de un hospital terciario, según los estándares de acreditación de la SEMES.
Metodología:
- Elaboración del mapa de procesos, instrucciones técnicas, protocolos,..
- Solicitud de la acreditación por parte del SUH.
- Cumplimentación por parte del Jefe del Servicio del listado de comprobación remitido por la Unidad Central de Acreditación de SEMES.
- Análisis del listado por el equipo evaluador designado
- Realización de la evaluación in situ del Servicio.
- Informe de acreditación del Servicio.
Resultados: De los requisitos del Apartado (Apdo) A Requisitos generales, que consta de 4 estándares (Std): obligatorios 3 y recomendaciones 1 (O:3-R:1), el comité realizó 1 recomendación. Del Apdo.B Recursos (96 Std: O:62-R:34) el comité realizó 4 recomendaciones y estableció 2 deficiencias que fueron subsanadas. Del Apdo C Organización funcional (63 Std: O:43-R:17) el comité realizó 3 recomendaciones.
La resolución final del dictamen fue la acreditación del Servicio de Urgencias para tres años.
Conclusiones:
- Nuestro Servicio ha sido el primero en conseguir la acreditación de la SEMES.
- Esta ha sido fruto del trabajo de todo el equipo humano (celadores, auxiliares, DUE, médicos y técnicos de calidad) con el apoyo de la Gerencia del Hospital.
- Este sistema de evaluación permite revisar y subsanar las deficiencias detectadas, con la mejora continua de los estandares de calidad.
- Permite además unificar criterios de calidad con el resto de SUH.
Contacto: Pablo Busca Ostolaza
pbusca@chdo.osakidetza.net

C-111.- IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS.
González-Llinares R, Iruretagoyena-Sánchez M, García-Urbaneja M, Pérez-Boillos MJ, Letona- Arámburu J, Redondo-Sánchez M.

Introducción: Mejorar la seguridad de los pacientes constituye una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios, siendo uno de sus objetivos reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión según Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 Enero-2003.
Objetivos:
1. Desplegar el sistema de gestión de calidad al Proceso de Transfusión de Hemoderivados (PTH) en Osakidetza.
2. Definir requisitos mínimos corporativos del sistema de gestión del PTH 3. Potenciar la formación en gestión de sistemas de calidad.
Metodología:
- Presentación del proyecto a gerencias de organizaciones de servicios con Banco de Sangre
- Constitución del grupo de trabajo (responsables calidad y PTH)
- Sesiones de formación-acción según cronograma:
1.Fase de planificación (enero-mayo 2006): 6 sesiones de 4 horas de duración cada una, con documento base "Guía de Gestión por procesos e ISO 9001:2000" (Osakidetza), exposición teórica de metodología de gestión de procesos y exposición del equipo gestor del trabajo realizado.

2. Fase de ejecución (hasta octubre 2006)
3. Fase de seguimiento y evaluación
- Evaluación grado de satisfacción del grupo de trabajo
Resultados: Participación de 11 centros y 35 profesionales
Descripción del PTH:
- Misión: Administrar componentes sanguíneos solicitados a pacientes con necesidades transfusionales (urgentes y programadas). Utilizando los recursos disponibles más adecuados según evidencia científica, adoptando medidas necesarias para minimizar riesgos inherentes a la transfusión, garantizando la disponibilidad, y una información comprensible al paciente y/o familiares.
- Flujograma: Secuencia de actividades desde solicitud de transfusión hasta paciente transfundido con responsables y documentación. Se definen los puntos críticos: trazabilidad, hemovigilancia
- Interacciones con procesos de apoyo, estratégicos y operativos con entradas, salidas y características de calidad
- Medición y seguimiento: Indicadores de resultado, proceso, satisfacción y puntos críticos.
Requisitos mínimos corporativos:seguridad (hemovigilancia/trazabilidad), accesibilidad, información y satisfacción
Grado de satisfacción deseada:>90%
Conclusiones: El despliegue de sistemas de gestión de calidad es fundamental para garantizar la mejora continua en la calidad de la asistencia sanitaria.
La existencia de un sistema de gestión de la calidad en el PTH favorece la implantación y despliegue de los requisitos técnicos.
Contacto: Rosa González Llinares
rgonzalez@sscc.osakidetza.net

C-112.- CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000 EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.
Herrero R, Darpon J, Urruela M.

Objetivos: El hospital de Basurto en el año 2003, Elabora su II Plan estratégico 2003-2007. De la combinación de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se definieron nacieron líneas estratégicas que, identificadas en base a las líneas de Negocio, Clientes, Personas y Sociedad permitirán alcanzar la Visión.
Concretamente en la perspectiva de negocio en la estrategia 3 CALIDAD EN LA GESTIÓN. Nos ayudaría a alcanzar la visión aplicando herramientas organizativas orientadas a mejorar la competitividad (sistemas de gestión de la calidad, modelo EFQM)
Por otro lado el Plan de Calidad de Osakidetza -Sertvicio vasco de salud igualmente marca objetivos y programas de actuación para la mejora de la calidad del servicio sanitario y de la calidad de la gestión donde en este último se marca de forma inequívoca la extensión de la certificación ISO 9001-2000 a una parte de los procesos de las organizaciones de servicios en función de la evaluación de su impacto sobre la participación y satisfacción de los profesionales, y de los resultados para el servicio sanitario.
Método: Se ha realizado formación en gestión por procesos a los responsables de los diferentes procesos y subprocesos con la ayuda de una empresa externa.
Se han utilizado los métodos de discusión dirigida y el brainstorming que han permitido el intercambio de ideas entre los miembros de un grupo reducido de personas, entre 5 y 8, que se han discutido de manera informal con un mínimo de normas, constituyendo un grupo de discusión. En este grupo se han visto y discutido entre las personas los intereses comunes la resolución de los problemas que aparecían, se han tomado decisiones y adquirido información par aporte recíproco.
Todo ello con el máximo de espontaneidad y libertad de acción, limitando solamente por el cumplimiento mas o menos flexible de algunas normas generales que favorecen el proceso. Se han levantado actas de todas las reuniones indicándose en cada una de ellas las acciones a llevar a cabo para la siguiente reunión.
Resultados: El proceso de gestión de sistemas de información tiene definida su ficha conformada por los apartados siguientes:
Misión
Alcance
Responsable/equipo Gestor
Clientes
Interacciones con otros procesos
Recursos humanos recursos de equipamiento
Mapa de procedimientos
- GESTIÓN DE USUARIOS
- DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE APLICACIONES CORPORATIVAS
- EXPLOTACIÓN
- GESTIÓN DE INSTALACIONES

Requisitos legales y técnicos
Definición de indicadores para el seguimiento y medición del proceso.
Contacto: Rafael Herrero Heredero
rherrero@hbas.osakidetza.net

C-113.- RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2000 EN URGENCIAS GENERALES DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.
Preciado-Barahona MJ, Busca-Ostolaza P, Aranzabal-Conde MA, Aginaga-Badiola JR, Cancio-Fanlo M, Hernando-Uzkudun A.

Objetivo:Una de las estrategias elegidas para la fusión de los Servicios de Urgencias Generales de dos Hospitales de Agudos de la red sanitaria pública, consistió en utilizar como herramienta la Norma ISO 9001:2000 para la definición y gestión del nuevo proceso de Atención Urgente. El objetivo era diseñar un proceso nuevo.
Métodos: Grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de los dos Servicios, Admisión y Calidad. Definición del mapa de procesos, misión, clientes, entradas, salidas y redacción del procedimiento general. Una vez implantado de sistema de gestión, el seguimiento del mismo, que se realiza de forma sistemática en las reuniones mensuales del equipo de trabajo. En dichas reuniones se tratan los siguientes aspectos: Seguimiento de indicadores, incidencias y no conformidades; resultados de las encuestas de pacientes; Quejas y Reclamaciones recogidas en el SAPU; análisis de desviaciones y apertura de las Acciones Correctivas y de Mejora derivadas; resultados de Auditorías Internas y Externas; Seguimiento de objetivos.
Resultados. Se han elaborado perfiles profesionales y Plan de Formación anual. Establecido frecuencias y tipo de control para todos los equipos y aparatos. Se han firmado pactos con los Servicios de Apoyo y acuerdos de actuación con otros Servicios Clínicos. Se han establecido un total de 49 indicadores de actividad, calidad y plazo para la medición del proceso. Se ha realizado una Auditoría Interna y una Externa por AENOR, tras la cual se ha concedido el certificado ISO 9001:2000. El nº de pacientes atendidos mensualmente oscila entre 7.500 y 8.500; cerca del 90% de pacientes se trían en 5m; el tº de atención a los pacientes de prioridad 1 es de 10m; el tº de estancia es 4h para más del 70% de las altas; el % de readmisiones en 48h ronda el 3%; el 97% de registros médicos y el 71% de enfermería cumplen los criterios de calidad establecidos; cerca del 90% de episodios se codifican según CIE-9; más del 90% de pacientes, están en Observación menos de 36h; la inadecuación de los ingresos según AEP, se mantiene debajo del 10%; la mortalidad es < 0,15%; más del 90% de pacientes encuestados valoran positivamente trato, respeto a la intimidad, interés mostrado por el personal, la claridad de la información y la asistencia en general; se reciben menos de 10 quejas al mes.
Conclusión: Esta metodología de trabajo ha conseguido sistematizar la gestión del proceso de atención urgente sirviendo además como tractor para la mejora del propio servicio y de otros servicios relacionados.
Contacto: Mª Jesús Preciado Barahona
mjprecia@chdo.osakidetza.net

C-114.- EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Núñez D, Carabaño R, López G, Nogueras S, Román M, Sianes A.

Objetivo: El Programa de acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, es una herramienta orientada a garantizar la gestión de la calidad, reconocer los niveles de calidad e impulsar la mejora continua. Los objetivos son analizar:
1. Los resultados del Programa de Acreditación de las UGC de Atención Primaria (AP).
2. Las similitudes y diferencias entre la fase de autoevaluación (AE) y evaluación externa (EE).
Método: Análisis descriptivo de las UGC de AP en las fases de AE y EE ,

teniendo en cuenta los registros de la aplicación informática ME_jora C. La acreditación consta de 4 fases: solicitud (fase 1), AE (fase 2), enfoque externo (fase 3) y seguimiento (fase 4), valorándose 112 estándares.
Resultados: Se analizaron 25 UGC de AP que finalizaron la fase 3. La AE duró una media de 169 días (69-300), implicándose una media de 15 profesionales por proyecto (2-53) y 13 como responsables de áreas de mejora (AM) (0-25). Se identificó una media de 340 evidencias positivas (EP) (52-888) y una media de 94 AM (12-186), orientadas fundamentalmente hacia generación de guías, protocolos, procedimientos y registros (22%), acciones formativas y de difusión (22%), modificaciones organizativas (14%), evaluaciones periódicas (13%) y otros (33%).
Comparación entre el grado de cumplimiento entre AE y EE:Usuarios:participación, satisfacción y derechos (AE: 87,9%;EE: 72,4%), Accesibilidad y continuidad en la asistencia (AE: 79,6%; EE: 61,5%), Documentación clínica (AE: 90%; EE: 79,3%), Gestión de procesos asistenciales (AE: 95,2%; EE: 66,4%), Actividades de promoción y programas de salud (AE: 86,9%; EE: 74,3%), Dirección (AE: 82,9%; EE: 60,3%), Profesionales, desarrollo y formación (AE: 72,8%; 35,7%), Estructura, equipamiento y proveedores (AE: 82,6%; EE: 63,2%), Sistemas y tecnologías de la información(AE: 83,1%; EE: 76,4%), Sistemas de calidad (AE: 84,6%; EE: 65,3%) y Resultados (AE: 78,8%; EE: 58,3%).
Conclusiones: Las UGC de AP han desarrollado la AE en un periodo de 5 meses, participando activamente los profesionales en la generación de EP y AM.
Las mayores diferencias entre la AE y EE están en: profesionales, desarrollo y formación, y gestión de procesos asistenciales.Las mayores coincidencias son en: documentación clínica, actividades de promoción y programas de salud, sistemas y tecnologías de la información. Es en profesionales, desarrollo y formación donde se precisa de un mayor margen de mejora, que conduzca al progreso de las UGC.
Contacto: Calidad Sanitaria de Andalucía
carmenm.valle.ext@juntadeandalucia.es

C-115.- LA ACREDITACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA EN ANDALUCÍA.
Centeno J, Periáñez M, Valverde E, Martín M, Fernández R, Villanueva L.

En el marco del desarrollo profesional continuo, la formación continuada, se constituye como un pilar básico en la vida laboral de los profesionales sanitarios, permitiendo el mantenimiento, la mejora y adquisición de sus competencias, en términos de respuesta a las necesidades de desarrollo, de resolución de problemas y de contribución al avance y transformación del Sistema Sanitario.
Por ello, desde Andalucía, se propone el diseño e implantación de un programa para la acreditación de Centros y Unidades de Formación Continuada.
Objetivos: Garantizar el aprendizaje integral y continuo de calidad de los profesionales sanitarios en Andalucía.
Promover la mejora continua del servicio prestado por centros y unidades de formación continuada, mediante la identificación de espacios de mejora.
Incrementar la confianza de los profesionales en la oferta formativa, mediante la garantía de unos servicios de calidad.
Promover la implicación de los profesionales en el Modelo de Calidad y Acreditación, favoreciendo la adecuación de competencias y la transferencia del aprendizaje al puesto de trabajo y la capacidad de incorporar innovaciones científicas, tecnológicas y organizativas.
Metodología: El programa se basa en tres elementos clave: la elaboración de estándares de calidad, el desarrollo de un proceso de acreditación y la orientación del informe de acreditación hacia la mejora continua, soportado por una herramienta informática en entorno web.
El proceso encuentra su mayor relevancia en la fase de autoevaluación, a través de la cual los centros y unidades de formación identifican su posición actual y determinan adónde quieren llegar, organizándose con plena autonomía, tanto en la detección de elementos de mejora como en las actuaciones necesarias para la consecución de los mismos.
Resultados: El proceso de acreditación culmina con la certificación de la calidad del Centro o Unidad de Formación Continuada, en el nivel Avanzado, Optimo o Excelente, siendo el principal resultado el estímulo que supone para los centros y unidades de formación y los profesionales de los mismos, conocer cuáles son sus puntos fuertes, sus potencialidades y sus áreas de mejora y progreso.
Conclusiones: El programa de acreditación de centros y unidades de formación continuada pretende, no sólo contribuir a la calidad de la formación continuada, sino ayudar a los profesionales sanitarios a obtener aquellas competencias que facilitarán su reconocimiento como profesionales acreditados.
Contacto: Mayte Periañez Vega
mariat.perianez@juntadeandalucia.es

C-116.- LA CERTIFICACIÓN ISO COMO HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA GESTIÓN.
Clemente PA, Casanovas M, Marzal L, Gasso M, Albo I, Fortuny B.

Objetivo: Justificar la certificación ISO como herramienta útil para la gestión de la integración de tres empresas que daban respuesta a la demanda de un servicio sanitario urgente, solicitado al 061.
Método: Estudio descriptivo de la sistemática seguida, en la fusión de las tres empresas de emergencias extrahospitalarias que realizaban el mismo servicio en el territorio de Cataluña. Su misión es dar respuesta a las situaciones de emergencias y urgencias extrahospitalarias así como información y consejo sanitario a los ciudadanos y ciudadanas en Cataluña. Dentro del proyecto de integración se establece el criterio de Servicio Conforme como base para establecer y fijar objetivos de calidad de acuerdo con los requerimientos de la norma ISO 9001:2000.
Definimos servicio conforme como aquel que cumple las siguientes características:
- Accesibilidad al SEM-061.
- Atención telefónica adecuada tanto en trato como en información.
- Que se proporcione el consejo telefónico adecuado
- Que se active el recurso adecuado de acuerdo con la patología/situación.
- Que el tiempo de respuesta sea el adecuado según los estándares establecidos.
- Que el recurso actúe adecuadamente (trato, actuación y traslado).

Resultados:
- Se monitorizaron las siguientes variables, que nos permitieron asegurar el control de los proceso fundamentales, y se identificaron como indicadores críticos: Tiempo de coordinación - Tiempo de respuesta asistencial.
- Se monitorizó el coste de la no calidad (demoras, reclamaciones).
- Durante la fusión no se observó ningún cambio destacable en las métricas respecto a los estándares establecidos.

Conclusiones: La implantación de la norma ISO 9001:2000 en las dos empresas nos aportó las siguientes ventajas:
- Tener los procesos fundamentales perfectamente identificados.
- Asegurar el control de los procesos.
- Mantener la identificación y la trazabilidad de productos y procesos.
- Un mejor conocimiento de las relaciones cliente-proveedor.
- Una optimización de los recursos materiales y humanos de la empresa.
- Un mayor conocimiento de los objetivos de la empresa por parte de todo el equipo.
- Control de los Costes de no calidad.

Contacto: Monserrat Gasso Ribas
mgasso@sem.es

C-117.- SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: UNA APUESTA ESTRATÉGICA PARA UN FUTURO PRESENTE.
Suárez-González T, Ron-Martínez N, Roibas-Valdés A, Fernández-González A.

Objetivos: Los objetivos que se persiguen con la puesta en marcha de este proyecto no difieren de los de cualquier otra organización que haya decidido implantar un sistema de gestión de la calidad pero, sin perder de vista nuestra máxima prioridad: los pacientes. Por tanto, podemos decir que con este proyecto tratamos de lograr que nuestra atención se encuentre centrada en los pacientes y su entorno, alcancemos los máximos resultados médicos posibles a través de la cualificación y formación de los profesionales, dispongamos de los protocolos mas adecuados y los apliquemos; todo ello, obteniendo el máximo rendimiento del presupuesto disponible.
Metodología: Para lograrlo es necesario crear y sostener en el hospital una "cultura de calidad" por tanto, la Comisión de Dirección, tras una deliberación serena ha decidido llevar a cabo las siguientes acciones:

1. Implantar progresivamente a lo largo de 12 años (2004-2016) y con una estrategia para su desarrollo previamente definida, un sistema de gestión de la calidad conforme a la Norma ISO 9001:2000 en todo el hospital como sistema de soporte
2. Incorporar a una persona experta en implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad para garantizar el desarrollo y sostenibilidad de todo el proyecto
3. Desarrollar la Gestión por procesos para asegurar la mejora continua
Resultados: Los resultados concretos que actualmente ya se reflejan en los Laboratorios de nuestro Hospital, Certificados según la ISO 9001:2000 en abril de 2005, y que se pretenden obtener en toda la organización para lograr los objetivos pretendidos son:
Técnicos: Organización del trabajo, normalización de tareas y procesos, establecimiento de criterios de inspección, reflexión continua, sistemática y ordenada de la metodología de trabajo, disminución de errores...
Económicos: Optimización de recursos, ahorro de costes de no calidad...
Internos: Comprensión de la metodología de trabajo por todo el personal, mejora de la comunicación inter e intra-departamental, mejora de la cooperación entre los profesionales, autoconfianza y autonomía de trabajo, motivación del personal, fidelización del personal...
Externos: Satisfacción de los pacientes y sus familias, mejora de la imagen...
Conclusiones: La calidad hoy en día se ha convertido en la base de la supervivencia de las organizaciones y en una poderosa herramienta de mejora, por lo que se hace inminente la necesidad de incorporar al ámbito sanitario políticas y estrategias de calidad como eje central para alcanzar los objetivos propuestos.
Contacto: Tácito Virgilio Suárez González
gerencia.gae6@sespa.princast.es

C-118.- ¿ES APLICABLE LA NORMA ISO 9001:2000 AL PROCESO ASISTENCIAL?.
Colina A, Guerra N, Regúlez P, Mezkorta K, Herrero R, Urruela M.

Introducción: Al igual que las empresas industriales el hospital comenzó aplicando la norma ISO 9001:2000 a los procesos de apoyo, en concreto al proceso de Anatomía Patológica y al Laboratorio de Análisis Urgentes, esto sucedía en el año 2001.
Objetivos: 1) Gestionar el proceso asistencial según la norma ISO. 2) Proporcionar una asistencia adecuada desde el ingreso hasta el alta. 3) Conseguir que los clínicos vieran la norma como una herramienta útil y compatible con el trabajo asistencial.
Metodología: En el año 2003 se constituyeron cinco grupos de trabajo multidisciplinares para los procesos de Hospitalización a Domicilio, Psiquiatría Infanto-Juvenil, Atención Urgente al Niño, Parto y Puerperio y Hospitalización en Neurología. Para el desarrollo de los procesos se utilizó la metodología formación-acción. Las reuniones se hacían cada tres semanas con todos los grupos con una duración de dos horas. La coordinación estaba a cargo de la Unidad de Calidad, que aportaba el soporte metodológico y de estructura.
Se definieron los mapas de proceso, las fichas, procedimientos y registros de acuerdo a la metodología consensuada en el hospital para todo tipo de procesos
Resultados: A finales del año 2005 los cinco procesos superaron la auditoría externa obteniendo la certificación ISO 9001:2000.
Si bien los procesos tienen indicadores diferentes, hay una dimensión de la calidad común para todos ellos que es la seguridad, ésta puede estar medida en errores de medicación, caídas de pacientes, infección nosocomial, reingresos, sujeción mecánica, úlceras por presión, etc.
Todos los gestores han elaborado un plan de gestión para el proceso en el que se recogen los objetivos marcados por el propio proceso y los que proceden del plan de gestión del hospital.
Conclusiones: 1. La norma ISO 9001:2000 es totalmente aplicable al proceso asistencial. 2. Se ha conseguido un acercamiento entre la cultura clínica y asistencial. 3. Se han sistematizado todas las actividades, orientándose éstas hacia el paciente. 4. Se han establecido diferentes niveles de responsabilidad dentro del proceso. 5. Los equipos han entrado en una dinámica de mejora continua. Han percibido la relevancia de las interacciones, entendiendo que su proceso no es algo aislado dentro de la organización sino que está en relación con otros y, que por lo tanto es imprescindible que todos cumplamos con los requisitos establecidos.
Contacto: Alberto Colina Alonso
murruela@hbas.osakidetza.net;
acolina.hzum@osakidetza.net

C-119.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN CONFORME A LA NORMA ISO 9001:2000 EN EL PROCESO DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA.
Unzaga I, Bengoa I, Cáceres M, Gorostidi A, Durán H, Vigiola S.

Introducción: El área económico-financiera del Hospital de Cruces se distribuye en cinco funciones: Compras y almacenes, Contabilidad y Tesorería, Facturación Contrato-Programa, Facturación externa y Contratación administrativa. En total, la componen 52 personas. Coincidiendo con el enfoque adoptado por la organización central de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, en el año 2003 nos planteamos orientar la gestión del área hacia una gestión por procesos enmarcadaá en la norma ISO 9001:2000.
Objetivos: 1. Describir los resultados de la implantación del Sistema de gestión de la Calidad en el área económico-financiera del Hospital. 2. Identificar las áreas de mejora que surgen de la medición y análisis de los datos generados por el Sistema.
Métodos: 1. Se creó un grupo de trabajo formado por el director y cinco responsables de servicio del área. 2. Se contrató una asesoría externa que se responsabilizó de la formación y del seguimiento de la implantación. 3. Se identificaron los clientes y otros grupos de interés, así como sus expectativas. 4. Se elaboraron las fichas de procedimientos y se elaboró el plan de trabajo. 5. Se definieron las responsabilidades y se creó el Comité de Calidad del área.
Resultados: 1. Las expectativas de los clientes las obtenemos de reuniones periódicas con ellos. 2. La mejora continua se desarrolla a partir de los resultados de las reclamaciones y la realización de acciones correctivas. 3. Se ha elabora un cuadro de mando con indicadores y objetivos anuales. 4. La revisión del sistema se realiza mediante reuniones trimestrales de seguimiento y las auditorías interna y externas. 5. Todas las personas participan mediante la recogida de incidencias y rellenando los registros. 6. Se favorecen alianzas con proveedores mediante su evaluación. 7. La gestión de la documentación se facilita con la utilización de una aplicación informática específica.
Conclusiones: 1. El sistema descrito es un método de mejora continua del trabajo, orientado hacia el cliente, que identifica puntos débiles, controla, mide resultados y es validado externamente. 2. Las no conformidades con los requisitos han disminuido más de un 50%, que se explica por la mayor aceptación del sistema entre las personas del área. 3. La disminución de las acciones correctivas en casi un 60% permite orientar la actividad del área hacia las acciones preventivas y de mejora.
Contacto: Iñaki Unzaga
iunzaga@hcru.osakidetzal.net

C-120.- EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001.
Anero E, Urien A, Ruiz J, Zubeldia M, Montes M, Fernández R.

Objetivos de la implantación.
Establecer un sistema de gestión de la calidad para las actividades de la Dirección de Servicios generales, que permita:
- Introducir una política de calidad ajustada a las actividades.
- Disponer de una metodología de mejora continua.
- Definir pautas para cada actividad: procedimientos específicos de trabajo.
- Organizar y documentar los métodos de trabajo.
- Definir criterios comunes de gestión.
Metodología aplicada: Establecimiento de una política de calidad, definiendo Principios, Misión y la concreción de dicha Política de Calidad.
Implantación del Sistema de gestión de calidad de acuerdo a la norma ISO 9001, basado en la mejora continua, como un ciclo de planificar-hacer – comprobar - actuar.
Sistema de seguimiento del Sistema de Calidad, a través de:
- Planificación: Comité de Calidad.
- Actuaciones, seguimiento de No Conformidades, Acciones Correctiva, Encuestas de satisfacción y seguimiento de indicadores.
- Verificación: Auditorías Internas e externas.

Resultados : Procedimientos e indicadores.
Se definen los procedimientos que figuran a continuación, con sus indicadores respectivos y encuadrados en los siguientes Servicios/Secciones/Unidades:
- Servicio de Seguridad e Ingeniería: Horno de incineración de residuos y depuradora de gases, Vigilancia y seguridad, mantenimiento de instalaciones contra incendios.
- Servicio de Alimentación: producción en cadena fría, retermalización, emplatado y distribución.
- Sección de Ingeniería Electrónica: mantenimiento de equipos preventivo y correctivo.
- Servicio de Mantenimiento: mantenimiento de instalaciones preventivo y correctivo.
- Personal subalterno: procesos administrativos del mortuorio, mensajería, área quirúrgica y retén.
- Servicio de Hostelería y Coordinación de Limpieza: gestión de residuos, Limpieza y Lavado y suministro de ropa.
Resultados y conclusiones: Encuestas de seguimiento de Servicios Generales
Se elaboran encuestas de seguimiento de Servicios Generales, con los apartados referentes a los servicios prestados, como son:
- Ingeniería electrónica.
- Limpieza.
- Mantenimiento de instalaciones y edificios.
- Mantenimiento de instalaciones contra incendios.
- Vigilancia y seguridad.
- Lencería: distribución de ropa.
Certificación del sistema.
Mejoras adoptadas
Contacto: Emilio Anero Calvo
eanero@hcru.osakidetza.net

C-121.- MANUAL DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS: ÁREAS DE CALIDAD.
Núñez D, Murcia A, Nogueras S, Carabaño R, Turiño JM, Palop A.

Objetivo: Describir las áreas de calidad que conforman el Manual de estándares para la acreditación de las Unidades de Hemodiálisis por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Método: El Manual de Estándares, se ha elaborado por un comité de expertos sanitarios y expertos en calidad y acreditación, junto a las aportaciones de expectativas mediante grupos focales de usuarios, contextualizándolo al Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía.
Resultados: El Manual se compone de 84 estándares de calidad (36 obligatorios). Está estructurado en cinco bloques divididos en 11 criterios: 1. Usuarios: satisfacción, participación y derechos (para facilitar una asistencia orientada al usuario y que contemple sus necesidades, expectativas y derechos), 2. Accesibilidad y continuidad asistencial (descripción de la oferta de servicios y capacidad de garantizar la continuidad de la prestación sanitaria), 3. Documentación clínica (gestión de la información clínica del paciente), 4. Gestión del Proceso Asistencial Insuficiencia Renal Crónica (actuaciones para su implantación y mejora), 5. Actividades de promoción y programas de salud (implicación en actuaciones que influyan en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables), 6. Dirección y planificación estratégica (impulsar una cultura de calidad, cumplimiento de objetivos estratégicos y de mejora continua por parte de sus responsables), 7. Desarrollo profesional continuo (elementos para garantizar la adecuación de los profesionales a los puestos de trabajo), 8. Estructura, equipamiento y proveedores (estándares dirigidos a garantizar un entorno seguro y funcional), 9. Sistemas y tecnologías de la información (desarrollo de sistemas y tecnologías de la información como soporte de la actividad), 10. Seguridad y gestión de riesgos (identificación y prevención de riesgos, gestión ambiental y de emergencias) y 11. Resultados de la Unidad (monitorizar y evaluar la consecución de objetivos propuestos e incorporar áreas de mejora).
Conclusiones: Las áreas de calidad contempladas (participación, derechos, accesibilidad, continuidad, expectativas, proceso asistencial, promoción, seguridad asistencial, procesos de soporte, gestión ambiental, evaluación de resultados, mejora continua) en el programa de acreditación permite el reconocimiento de una unidad de Hemodiálisis de calidad.
Contacto: Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
carmenm.valle.ext@juntadeandalucia.es

C-122.- CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA (CD) COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR (UCM) DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP).
Puig D, Cabrer J, Plovins J, Pou J, Rezola J, Corrales A.

El desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en AP ha sido una actividad de rápida generalización en los últimos 10 años por presentar un porcentaje bajo de complicaciones y secuelas (seguridad), una menor lista de espera respecto a la especializada (accesibilidad), y una alta satisfacción por parte del paciente y el médico de familia.
Objetivos: Analizar la actividad quirúrgica realizada durante los años 2004 y 2005 en la UCM del Centro de Salud (CS) Camp Redó y estudiar la CD, entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las lesiones, como indicador de calidad.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional, realizado en un CS de ámbito urbano, con una población de referencia de 27000 habitantes, en una UCM constituida por 3 médicos de familia y 1 enfermera. Se registró el tipo de técnica quirúrgica, diagnóstico clínico, y solicitud o no de estudio anatomopatológico, mediante cumplimentación de una hoja de registro específica, contrastándose después con el informe de diagnóstico microscópico remitido desde el hospital de referencia. Los datos se analizaron con soporte informático SPS Windows, con significación estadística para $p<0.05$.
Resultados: Total pacientes atendidos 588. No intervenidos 6%. Técnicas más utilizadas: crioterapia 37%, bisturí eléctrico 24%, exéresis fusiforme 19%, shaving 6%. Lesiones más frecuentes: verrugas víricas 36%, dermatofibromas 26%, queratosis seborreicas 9%, nevus 8%. Total muestras remitidas para estudio: 87 (16%). CD global 68%. CD específica: nevus 79%, queratosis seborreicas 100%, dermatofibromas 50%. Lesiones malignas detectadas 9. Sólo 1 complicación (infección herida).
Conclusiones: La UCM presenta una CD similar a la de la mayoría de las series y garantiza la seguridad de las intervenciones, disminuyendo el tiempo de espera. El estudio ha permitido un control en la calidad de la asistencia, proporcionando herramientas útiles para mejorar la organización de la actividad y la formación de los profesionales.
Contacto: Diego Puig Fortuny
mbobrador@hotmail.com

C-123.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CENTRO DE SALUD DE TORREBLANCA, EMPLEANDO LQAS.
Suárez-Varela JF, Rodríguez-Vazquez S, Cabrera-Escribano C.

Objetivos. Evaluar la calidad de la atención al paciente hipertenso en el Centro de Salud (CS) de Torreblanca empleando la técnica del Muestreo Aleatorio por Lotes (LQAS) constituyéndose cada cupo médico como un lote (unidad de análisis), y determinar si el LQAS es una buena herramienta para la evaluación de Unidades Clínicas.
Diseño. Estudio Descriptivo longitudinal y retrospectivo.
Emplazamiento. Centro de Salud de Torreblanca.
Participantes. Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de Hipertensión Arterial (TA >140/90 mm Hg) atendidos en el CS de Torreblanca. Total de pacientes 3178.
Mediciones principales.1) Evaluación del Riesgo Cardiovascular (RCV). 2) Indicación de modificaciones del estilo de vida. 3) Pacientes en tratamiento con diuréticos tiazidicos y/o Betabloqueantes (BB). 4) Registro HTA. 5) Control HTA (TA < o = 140/90 mm Hg).
Resultados. De los 12 lotes analizados ninguno cumplió con los cinco indicadores a los estándares prefijados, 1 cupo médico cumplió con cuatro indicadores, 3 cumplieron con tres, 7 con dos y 1 solo con uno. En cuanto al porcentaje global de cumplimentación de los indicadores el 21% de los hipertensos tienen calculado el RCV, al 58% de los mismos se les han indicado modificaciones del estilo de vida y el 61% esta en tratamiento con diuréticos tiazidicos y/o beta bloqueantes, habiéndosele registrado la TA en los últimos 9 meses al 77,5% y tienen un adecuado control de la TA (< o = a 140/90) el 56,8% de los hipertensos.

Conclusiones. La calidad de la atención al paciente hipertenso en nuestro centro de salud es buena en líneas generales, sobretodo en el apartado del tratamiento y seguimiento, siendo deficiente en lo que se refiere al aspecto del diagnostico evaluado (determinación del RCV). Consideramos la técnica del Muestreo Aleatorio por Lotes ideal para establecer un sistema periódico de evaluación dentro de las actividades rutinarias de los servicios o centros de salud.

Contacto: Juan Fernando Suárez-Varela Úbeda
jusuvar@telefonica.net

C-124.- CAPTACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS PARA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL.

Vítores MP, Sanz T, Pose B, Sandoval N, Núñez F, Sánchez S.

Objetivos: Aumentar la captación de pacientes diabéticos para educación para la salud grupal (eps).
Metodología: La identificación del problema se realizó en la evaluación de cartera de servicios 2001.
Se creó un grupo de mejora compuesto por los responsables de calidad y de educación para la salud de 20 Equipo de Atención Primaria (EAP) y miembros de la Comisión de Calidad del Área.
El grupo de mejora realizó el análisis de causas mediante un diagrama de Ishikawa. Este análisis fue presentado en cada uno de los 20 EAP en una sesión que permitió priorizar las causas identificadas.
Se definieron 7 criterios de calidad: 3 referidos al registro en historia clínica, 1 referido a la planificación de los grupos y 3 referidos a la formación de los profesionales. Se llevó a cabo un estudio del nivel de cumplimiento de estos criterios durante el 2001. Se evaluó una muestra aleatoria de 1794 Historias clínicas de pacientes diabéticos (criterios 1 a 3), 23 proyectos de eps grupal para diabéticos (criterio 4) y 350 profesionales (criterios 6 y 7).
En el 2003 se definen de forma consensuada las medidas de mejora a desarrollar, organizas en 3 niveles:
Gerencia: elaboración de un Programa Marco de eps grupal para diabéticos, diseño de protocolo en la historia clínica informatizada (OMI) para toda educación grupal, programar formación.
Comisión de Dirección del EAP: planificación anual de esta actividad, coordinación con EAP de turnos contrarios.
Profesionales del EAP: informar a pacientes, registrar en Historia Clínica.
Resultados: En la evaluación realizada en el 2001 observamos:
En el 8,8% de las historias clínicas de pacientes diabéticos constaba información facilitada al paciente sobre esta actividad; en el 5,5% constaba que el paciente había realizado esta actividad.
El 60% de los grupos realizados estaban correctamente planificados.
El 47% de los profesionales evaluados tenían formación en educación grupal.
El número de grupos de eps para diabéticos aumentó de 19 en el 2001 hasta 24 en el 2005.
El número de pacientes que realizaron esta actividad en el 2001 fue de 226 y en el 2005 de 341.
Conclusiones: Hemos conseguido aumentar el número de grupos y de pacientes que han realizado eps grupal en los últimos años.
Es necesario seguir insistiendo en la implantación de algunas medidas de mejora propuestas. La utilización del protocolo de eps grupal en OMI permitirá evaluar esta actividad de forma rápida y fiable.

Contacto: Teresa Sanz Cuesta
tsanz.gapm09@buzon.salud.madrid.org

C-125.- APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE APÓSITOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Ochandorena-Juanena MS, Pérez-Rivas FJ, López-Tortosa J, García-López M, Solano-Ramos V, Beamud-Lagos M.

Introducción: Las ulceras cutáneas constituyen un importante problema de salud tanto por sus repercusiones sociosanitarias como por las repercusiones económicas. En el último trimestre del año 2003 se inició en el Área un ciclo de mejora sobre el suministro de productos para el cuidado de las personas con úlceras cutáneas con el objetivo de realizar un uso racional de dichos productos, optimizando los recursos y basando las actuaciones en la evidencia científica disponible
Material y métodos: Tipo de estudio: Descriptivo transversal
Ámbito de estudio: Centros de Salud y Residencias ubicadas en el Área 11 de AP de Madrid
Periodo de estudio: Enero 2004/Diciembre 2005
Resultados: Problemas Identificados:
- Elevada Prescripción de Apósitos
- Catálogo de Apósitos No Actualizado
- Gran variabilidad en consumo entre EAP y Residencias
- Carencias/Limitaciones formativas
- Ausencia de Sistema de Información específico

Líneas de Mejora (Despliegue):
- Elaboración de un cuestionario de satisfacción/utilización de apósitos con el objetivo de conocer la opinión de los profesionales del Área.
- Elaboración de una hoja de sugerencias sobre productos del catálogo
- Actualización del catálogo de productos disponibles en Almacén de Área.
-Inclusión como línea prioritaria en Documento Marco de Formación Continuada
-Establecimiento de unos estándares de consumo y asignación de presupuesto para cada Unidad Funcional (incluidas residencias).
-Inclusión en cuadro de mandos de los indicadores de seguimiento de costes.
-Elaboración de una Hoja de Evaluación Terapéutica sobre Uso Racional de Apósitos.
-Definición del sistema de información necesario para el seguimiento del proceso.

Seguimiento Indicadores Económicos:
Los resultados obtenidos tras monitorización mensual de los indicadores de costes, muestra una tendencia muy favorable ya que mientras que el incremento en el gasto por prescripción (6.9%) se ha situado en términos similares al incremento de gasto global de prescripción del Área (5.4%), en el suministro directo a través de Almacén se han disminuido los costes un 33.1 %, lo que supone una disminución global del 9.7%.
Conclusiones: Las líneas de trabajo definidas han permitido mejorar la gestión económica de los productos para el cuidado de las personas con úlceras cutáneas.
Disponer de un sistema de información y de unos indicadores específicos ha permitido realizar el seguimiento del proceso e identificar nuevas áreas de mejora sobre las que se han definido líneas específicas de intervención.

Contacto: Francisco Javier Pérez Rivas
jperez.gapm11@salud.madrid.org

C-126.- ANÁLISIS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PLURIPATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Canela T, Espelt P, March E, González S, Rodríguez M, Dalmau E.

Justificación: El incremento de la población junto con el aumento de la esperanza de vida implica en los profesionales de la Atención Primaria de Salud la necesidad de replantearnos el abordaje y la atención (cuidados) a las persona con pluripatología y dependencia.
Al mismo tiempo las expectativas de la población respecto a la calidad de vida y la demanda de respuesta de los servicios sanitarios han ido evolucionando en el mismo sentido.
Objetivos
1. Conocer la aportación de los equipos de Atención Primaria en la atención a las personas con problemas de salud crónicos.
2. Valorar el nivel de calidad en los cuidados que el equipo da a las personas con 4 o mas procesos de salud crónicos.
Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de los registros (Historia Clínica Informatizada) comparativo entre dos ABS de características similares en el Área de Tarragona. Una de ellas con 16000 hab. y un 17,6% de índice de envejecimiento y la otra con 25000 hab. un índice de envejecimiento del 18,9%.Se selecciona la muestra a partir de la codificación diagnóstica de los 5 procesos crónicos mas prevalentes en A.P
1. Obesidad, 2. Hipertensión, 3. Diabetes Mellitus, 4.Dislipemia, 5. EPOC
La muestra incluye los usuarios que tenian codificados 4-5 diagnóstico anteriormente nombrado.
Se identifican 107 casos en ABS 1 y 153 en ABS 2que cumplían los criterios establecidos.
De los casos encontrados se analiza el grado de control del proceso biofísico a partir de los protocolos establecidos en el Área ; y el grado de accesibilidad a los servicios de consulta médica, de enfermería, y servicios de urgencias.

Resultados: Casos en situación de control

1. Obesidad:	3,33%
2. Hipertensión:	24,7%
3. Diabetes Mellitus:	43,6%
4. Dislipemia:	48%
5. EPOC:	8,4%
Accesibilidad	
Área Básica 1	
Visita Médica	53,96%
Visita enfermería	38,35%
Visitas Urgencias	7,7%
Área Básica 2	
Visita Médica	52,36%
Visita enfermería	33,67%
Visita Urgencias	13,95%

Conclusiones: En el ABS 1 existe una mayor homogeneidad entre profesionales y una mayor implicación de enfermería.
En el ABS " la atención de enfermería tiene una implicación más baja con una gran variabilidad entre los profesionales con el consiguiente aumento de la Atención Urgente y puntual.
A mayor implicación de enfermería mayor control de los usuarios sobre su situación de salud.

Contacto: Teresa Mª Canela Argenmol
tcanela@aptr.scs.es

C-127.- VALORACIÓN DE LA APORTACIÓN MULTIDISCIPLINAR A LAS PERSONAS CON PROCESOS DE SALUD CRÓNICOS.

González-Gonzalo S, Milan-Valles M, Rojas-Mercader C, Rodríguez-Pena M, March-Domingo E, Ansa-Echeberria X.

Justificación: Las situaciones de salud vinculadas a la pluripatología impactan en la carga asistencial de los equipos de atención primaria desde perspectivas diferentes y con la sensación por parte de los profesionales de estar "atrapados" en un círculo de visitas y visitas con pocas posibilidades de resultados objetivos en salud.
Objetivos: Objetivar la demanda asistencial vinculada a los procesos de salud crónicos.
Facilitar la información necesaria para que los Equipos de Atención Primaria elaboren estrategias de mejora en el abordaje de las situaciones de pluripatología.
Metodología: Se han analizado de un total de diez Áreas Básicas que pertenecen a la Dirección de Atención Primaria de Tarragona- Valls, los pacientes con pluripatología crónica (4-5 procesos biofísicos) y se han contabilizado el número de visitas médicas, de enfermería y el núm. de visitas realizadas a los servicios de Atención Continuada- Urgencias hospitalarias durante el último año.
El comparativo del num. de visitas médicas-DUI-urgencias se ha realizado entre las diferentes Áreas Básicas y sus profesionales.
Resultados: Se ha observado que en las ABS donde existen un mayor número de visitas de enfermería hay un mayor grado de resolución de procesos, lo que hace que disminuya la demanda generada a los servicios de Atención Continuada- Urgencias.

Contacto: Sonia González Gonzalo
sgonzalez@aptr.scs.es

C-128.- INTERVENCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO PERSONAL EN ADOLESCENTES.

Monter-Ardanuy MR, Sotillos-Nubla A.

Se describe una intervención educativa de 2 años de duración en adolescentes de un Instituto de la Sierra Norte basada en el trabajo de valores que inciden directamente en la salud en esta etapa de la vida (autoestima, afectivo-sexual)
Objetivos: Prevenir alteraciones de la salud propias de esta etapa de la vida (autoimagen, conductas alimentarias, conductas de riesgo sexual, prevención de hábitos tóxico...) mediante intervenciones educativas en el ámbito de la enseñanza y oferta de atención especifica en la consulta joven.
Métodos: Se presenta un proyecto de Intervención en adolescentes sobre Desarrollo personal y salud al Instituto de secundaria de Soto del Real. El proyecto es aceptado y se inicia en el curso 2004-2005, sobre una población de segundo de la ESO de 14 años. La actividad continúa en el curso 2005-2006 . Se impartieron 6 sesiones en cada curso escolar y participaron 325 alumnos. Se utilizó metodología participativa con medios audiovisuales como soporte
Resultados: El proyecto se llevó a cabo durante dos años consecutivos con buena aceptación por parte de los adolescentes y del Equipo docente. Los temas que demostraron mas éxito entre los alumnos fueron el trabajo en afectivo sexual, las conductas alimentarias y la autoestima
Conclusiones: La intervención grupal en adolescentes se demostró efectiva ya que genera valores útiles en la prevención de problemas propios de esta etapa de la vida

Contacto: Mªdel Rosario Monter Ardanuy
rmonter.gapm05@salud.madrid.org

C-129.- MEJORA DE INDICADORES DE SALUD EN HIPERTENSOS MEDIANTE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Collado A, Doblado O, Morales E, Glaria T, Jiménez C, Espejo T.

Objetivos: Comprobar la utilidad de la aplicación sistemática de las recomendaciones de una guía de práctica clínica en pacientes hipertensos en la mejora del control de la enfermedad y en la disminución de la morbimortalidad.
Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas.
Muestra inicial: hipertensos diagnosticados en una zona básica de salud en los 5 años previos a la implantación de la guía con al menos 4 visitas anuales durante el periodo de estudio. (n=289). Periodo de estudio: 1/1/2001 - 31/12/2005.
Criterio de inclusión en la cohorte expuesta: pacientes con constancia en su historia clínica del uso de las herramientas propias de la guía en al menos el 66% de las visitas durante los 5 años del estudio. (n=38)
Cohorte no expuesta: n=235 (16 pérdidas)
Comprobación de la comparabilidad de las dos cohortes respecto a edad, sexo y presencia de diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, obesidad o enfermedad cardiovascular previamente diagnosticada. Al observarse diferencia estadísticamente significativa en la presencia de dislipemia, los individuos con este diagnóstico son eliminados (n=42)
Seguimiento mediante explotación de los registros informatizados de la historia clínica (Microsoft Access) y procesamiento estadístico (SPSS). Se realizan cálculos del riesgo relativo y su intervalo de confianza para el evento más favorable en aparición de enfermedad cardiovascular, mortalidad total y de causa cardiovascular, cumplimiento terapéutico y control de cifras tensionales (criterio: Departamento de Salud).
Resultados: en la cohorte expuesta se observa un mejor cumplimiento terapéutico (RR=1,37; IQ 95%= 1,02-1,86 para la dieta y RR=1,35; IQ 95%= 1,21-1,52 para la medicación), un mejor control de la tensión diastólica (RR= 1,19; IQ 95%= 1,11-1,27), una menor incidencia de infarto agudo de miocardio(RR=1,03; IQ 95%= 1,01-1,06) y accidente cerebrovascular (RR=1,04 IQ 95%= 1,01-1,07) y una menor mortalidad cardiovascular (RR=1,03 IQ 95%= 1,01 – 1,05) y total (RR=1,13 IQ 95%= 1,07 – 1,18). No se observan diferencias en la incidencia de angina ni en el control de tensión sistólica ni global.
Conclusiones: en nuestro estudio, la aplicación sistemática de una guía de práctica clínica mejora el cumplimiento terapéutico y se asocia con una menor mortalidad y morbilidad cardiovascular. Sin embargo, vistas las diferencias tan ajustadas, y las limitaciones del diseño, consideramos necesario ampliar el estudio a un periodo más largo de tiempo que permita aumentar la muestra con sujetos de otros centros.

Contacto: Antoni Collado Cucò
acollado@grupsagessa.com

C-130.- LAS ENFERMEDADES RARAS (ER) EN UN CENTRO DE SALUD RURAL: UN INTERÉS PRODUCTIVO.

Ortega-Calvo M.

Objetivo: Las enfermedades raras (ER) deben ser objeto de investigación en atención primaria porque son fructíferas desde un punto de vista biológico. Los avances en el diagnóstico molecular y la flexibilidad que nos permite Internet las hacen accesibles a los médicos de familia.
Métodos. El entorno ha sido una consulta de medicina general atendida de forma continua por un especialista en medicina de familia con interés en las ER. La consulta estaba ubicada en un centro de salud de la provincia de Sevilla. Período temporal: 1992 - 2002.

Resultados: Reacciones Adversas a Medicamentos Raras: La primera fue un cuadro "parecido" a la enfermedad del suero en un paciente varón de 44 años que había sido tratado con cefonicida IM por una complicación post-quirúrgica. La segunda fue una hiperprolactinemia (documentada desde primaria y no derivada) causada por el tratamiento con verapamilo en una mujer hipertensa de 37 años de edad. Entidades Nosológicas Raras: La primera fue una mujer de 38 años, fumadora de 30 cigarrillos / 24 horas que hizo una lesión inflamatoria en el hemitórax derecho. Tras seis meses de estudio en Neumología y una toracotomía exploradora se llegó a la conclusión de que padecía una granulomatosis broncocéntrica con aspergilosis no invasiva y un déficit en la función oxidativa de los PLMF. Desde primaria pudimos contactar con A.W.Segal, (Londres). Después de haberle llevado sangre fresca a su laboratorio recibimos el informe de que esta paciente padecía una enfermedad granulomatosa crónica por déficit en p-67 phox (Respiration.1999; 66: 547–550). La otra ENR ocurrió también en otra mujer, esta vez de 45 años, sin antecedentes de hipertensión arterial que sufrió una pérdida conciencia. En el hospital se le diagnosticó de una hemorragia subaracnoidea (HSA) idiopática (dos angiografías normales). En nuestra historia clínica había registrado un episodio de hemorragia ocular externa que había sido diagnosticado como una episcleritis aguda dos años antes de la HSA. Asumimos la hipótesis de que podían tener la misma causa. Tras dos años de pruebas biológicas se le diagnosticó un déficit en el pool de plaquetas asociado a talasemia minor (Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.2004;13:189 – 191).
Discusión. Vistos los resultados creemos que es eficiente el interés en las ER desde un centro de salud rural. La sistematización en los apartados de fármaco vigilancia de RAMR y diagnóstico de ENR es una hipótesis clasificatoria de resultados para atención primaria.
Contacto: Manuel Ortega Calvo
ortegacalvo@terra.es

C-131.- ESTILOS DE PRÁCTICA DEL FISIOTERAPEUTA ASOCIADOS A LA ADHERENCIA A LOS PROGRAMAS DOMICILIARIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.
Medina-Mirapeix F, Lillo-Navarro MC, Gómez-Arnaldos F, Escolar-Reina P, Montilla- Herrador J, Meseguer-Henarejos AB.

Objetivos: Describir qué aspectos de la práctica profesional del fisioterapeuta influyen en el cumplimiento de los programas de ejercicios domiciliarios dirigidos a pacientes de Atención Temprana.
Métodos: Estudio cualitativo usando grupos focales. Se realizaron 7 Grupos Focales en los que participaron 28 padres y madres de niños que reciben fisioterapia en diferentes centros de asistencia sanitaria y atención temprana, en los que habitualmente reciben recomendación de seguir un programa domiciliario de ejercicios. Esta técnica fue llevada a cabo mediante un guión flexible de preguntas abiertas por expertos del tema en estudio pero desconocidas por los padres entrevistados. En cada grupo focal había un moderador y un observador.
Cada grupo focal fue grabado y posteriormente trascrito. El análisis de Grupos Focales se desarrolló en 3 etapas: 1.Selección de las frases más significativas; 2. Agrupación inicial de las frases significativas en categorías y temas; 3.Validación de las categorías y redefinición en su caso. Finalmente, todos los investigadores de nuevo comprobaron la adecuación de la interpretación de los datos y se aseguraron que la asignación de los datos fue sistemática y verificable.
Resultados: Los seis temas que emergen en relación a las influencias de la práctica profesional del fisioterapeuta en el cumplimiento del programa domiciliario son: adecuación temporal de las pautas, consistencia en los criterios de recomendación, uso de técnicas de apoyo al aprendizaje, retroalimentación o refuerzo al aprendizaje, la información justificativa del tratamiento y la información sobre evolución y pronóstico.
Conclusiones: Los hallazgos sugieren que los profesionales necesitan ser conscientes de los factores de su práctica profesional que influyen en el cumplimiento de los programas domiciliarios para niños. Este conocimiento permitirá introducir mejoras en el abordaje del tratamiento domiciliario de fisioterapia en niños, que conduzcan a la mejora de los resultados, y por lo tanto, de la calidad de la atención.
Palabras clave: adherencia, programas domiciliarios, atención temprana.
Contacto: Ana Belén Meseguer Henarejos
anabelen@um.es

C-132.- INTERACTUACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE LA ANIMACIÓN SOCIO-CULTURAL Y EL EQUIPO DE MAESTROS EN PEDIATRÍA.
Requena-García JA, Ávila-Alexandre LA, Lucas-Imbernón FJ García Fernández C, Sahuquillo-Talaya C.

Objetivos:1º.- crear un equipo multidisciplinar que mejore la estancia de los pequeños pacientes. 2º.- unir enseñanza y tiempo de ocio, como dos cosas entretenidas y básicas para el desarrollo del niño hospitalizado. 3º.- coordinar esfuerzos encaminados al aprovechamiento del tiempo de hospitalización pediátrico. 4º.-mejorar la calidad del ingreso pediátrico.
Métodos: un equipo multidisciplinar formado por un animador socio-cultural, un maestro y tres profesores de un equipo de Atención a domicilio y de la unidad de transtornos del comportamiento alimentario. Organizar todo el tiempo libre de los niños de forma coordinada y atendiendo factores culturales, lúdico-recreativos, formativo-educativos y de ocio creativo. Conseguir los recursos para alcanzar los fines propuestos y hacer que el niño ingresado o que necesite atención domiciliaria no eche de menos su entorno vital y sea lo mas feliz posible en el medio hospitalario.
Resultados: 1. Horarios adecuados de actuación y actividades que ayuden al niño a organizar su tiempo y su estancia priorizando la Atención medico-sanitaria. 2. Creación de una ludoteca, una compacteca, videojuegos, una ciberaula con internet, informática y telematica, un aula con Atención educativa, clases directas a pie de cama, organización de fiestas señaladas, biblioteca infantil y diversos prestamos de material recreativo, lúdico y cultural. 3. Equipo de voluntariado de apoyo, que realiza talleres de normalidad y de ocio creativo. 4. Atención directa a todos los niños de la provincia que por diversas razones no pueden asistir a su centro de enseñanza. 5. Puesta en marcha de una revista que encauza y organiza las diversas inquietudes del niño hospitalizado y que es testigo de su paso por el centro hospitalario.
Conclusiones: 1. Hemos mejorado en torno al ocio creativo de nuestros pequeños pacientes. 2. La educación no se interrumpe por la enfermedad y continua su ciclo vital. 3 hay un equipo multidisciplinar que consigue interactuar en bien del pronto establecimiento del niño enfermo. 4. Se ha creado un entorno menos hostil y mas acorde a las preocupaciones del niño hospitalizado. 5. Hemos optimizado recursos al unir esfuerzos y hemos dado respuesta a las necesidades derivadas de la Atención al niño hospitalizado.
Contacto: José Antonio Requena García
lazaroa65@yahoo.es

C-133.- PLANIFICACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA.
Núñez-Alonso E, Hellin-Gracia MJ, Alcober-Lamana P, Ochoa-Calvo P.

Objetivo del proyecto: Responder a las necesidades de los cuidadores del paciente con demencia , en dos aspectos fundamentales:- La prevención de la aparición del Síndrome del Cuidador, proporcionando información y entrenamiento para cuidar mejor y cuidarse mejor.- La mejora de la Atención del Paciente
Metodología empleada:
-Realización de una encuesta de valoración de sobrecarga del Cuidador " Zarit y Zarit".
-Análisis de la misma, confirmándonos sobrecarga en el 91,49 % de los encuestados
-Puesta en marcha de la Consulta de Enfermería, ofertando Atención personalizada y Atención telefónica
Resultados obtenidos hasta este momento:
Resultados de la Encuesta:Nº de encuestas entregadas: 62
Nª encuestas recibidas: 44
Nº de encuestas que indican no sobrecarga: 4 (9, 09 %)
Nº de encuestas que indican sobrecarga leve: 5 (11, 36 %)
Nº de encuestas que indican sobrecarga intensa: 35 (79, 55 %)
Desde Enero se han atendido en la Consulta que se oferta en principio 2 horas/semana de forma presencial y todas las mañanas de lunes a viernes
Atención telefónica :
-38 consultas telefónicas
-39 consultas presenciales
Total Cuidadores: 28
Total Pacientes: 25

Conclusiones:
- Se detecta la sobrecarga evidente de los Cuidadores de pacientes con demencia
- Se confirma por ello la necesidad de la puesta en marcha de la Consulta (debido a la alta demanda se ha tenido que ampliar la oferta de atención)
-La consulta esta bien integrada en la organización, quien facilita los recursos humanos y materiales, para poder llevarla a cabo.
- La retroalimentación inicial ha resultado positiva favoreciendo acciones de mejora que se han podido instaura de forma rápida.

Contacto: Pilar Alcober Lamana
palcober@salud.aragon.es

C-134.- MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Muruzabal-Martínez A, Iribarren-Irure E, Villalgordo-Ortín P Aranguren-Zunzarren MI.

Objetivo. Garantizar la Continuidad de los Cuidados de Enfermería mediante la planificación del alta del paciente en el Hospital con el fin de asegurar el cuidado en otros niveles de atención sanitaria y/o de promover la participación del paciente en sus cuidados favoreciendo su autonomía.
Método. En septiembre de 2000, el Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea (SNS-O) aprobó el Plan de Coordinación Primaria-Especializada orientado a garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente. Desde ese ámbito la Dirección de Enfermería del Hospital de Navarra vio necesario establecer una vía de comunicación con otros niveles asistenciales. En 2001, se elaboró un Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) siendo entregado por el paciente a la enfermera de su Centro de Salud o enviado mediante Fax. Esta situación no aseguraba su recepción.
En 2004, se desarrolla un sistema de comunicación más seguro con otros niveles asistenciales a través del servidor de base de datos de la Historia Clínica Informatizada (HCI) utilizada en la Asistencia Especializada del SNS-O. Este avance tecnológico motiva la unificación del ICCE por y para todos los Hospitales de la red pública consensuado con Atención Primaria durante el año 2005. A su vez, se ve la necesidad de reforzar la educación sanitaria proporcionada al paciente o cuidador, mediante información escrita adicional sobre el cuidado de su salud. Cada Unidad de Enfermería elabora aquellas Recomendaciones de cuidados que precisan los pacientes que habitualmente son atendidos por las enfermeras de dicha Unidad.
Resultados. 1. Creación de un único ICCE para todo el SNS-O. 2. Validación, registro y envío del informe a través del servidor de HCI. 3. Asegurar la recepción del ICCE con una marca electrónica en el registro de informes de HCI. 4. Elaboración de 50 Recomendaciones al alta. 5. Disponibilidad del Manual de Recomendaciones en formato electrónico en la Intranet del Hospital pudiendo imprimir desde cualquier Unidad de Enfermería. 6. Disponibilidad del Manual en formato papel para su consulta en todas las Unidades de Enfermería.
Conclusiones. El hecho de haber establecido una buena coordinación con otros niveles asistenciales y de dotar al paciente y/o cuidador de los conocimientos y habilidades necesarias para su autocuidado, influye en una percepción de control adecuado de su situación proporcionando bienestar, lo que posibilita una recuperación integral del paciente mejorando con todo ello la calidad del Proceso.

Contacto: Esther Iribarren Irure
direnfhn@cfnavarra.es

C-135.- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL: COORDINACIÓN EFECTIVA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.

Ferrándiz-Santos J, Morillas-Sáinz JD, Ruiz-López P, Díaz-Tasende J.

Objetivo: Mejorar el intervalo temporal de intervención diagnóstico-terapéutica en pacientes con sospecha clínica de carcinoma colorrectal mediante la coordinación protocolizada entre atención primaria (AP) y especializada (AE)
Método: Planificación en 3 fases hasta alcanzar 100% de la cobertura poblacional.
Rediseño del circuito asistencial: Selección de criterios clínicos según la evidencia científica (Guías práctica clínica) para identificar pacientes en AP susceptibles de colonoscopia (solicitud directa en AP). Adecuación del soporte informático en AP (programa OMI).
Criterios de inclusión (<50 años): a) Masa palpable en hemiabdomen derecho, b) Tumoración rectal detectada en la exploración manual, c) Anemia ferropénica con sospecha de origen digestivo, d) Alta sospecha de CCR por pruebas radiológicas o de imagen previas, e) Rectorragia asociada a cambios de hábito intestinal (> número de deposiciones y/o disminución consistencia de las heces) >4 semanas. En > 50 años (a, b, c y d idénticos): e) Rectorragia persistente (>2 semanas) sin síntomas anales asociados, f) Cambio en el hábito intestinal (>número de deposiciones y/o disminución consistencia de las heces) >6 semanas.
Indicadores claves de proceso: % de pacientes remitidos a endoscopia con criterios correctos; demora media de realización de endoscopia (< 15 días); de resultado: morbilidad neoplásica (ante patología quirúrgica, remisión directa a Cirugía).
Resultados: Datos previos al proyecto: Demora media desde consulta en AP hasta realización de colonoscopia: 4,5 meses.
Colonoscopias solicitadas por AP: 60 (54 exploraciones realizadas, 6 ausencias). Demora media en practicar la colonoscopia: 14,5 días.
Criterios correctos de derivación (90,5%). Edad media 66,5 años.
Hallazgos endoscópicos: (81,5 % de colonoscopias). Total lesiones: cáncer colorrectal (27,8%); otras lesiones (diverticulosis 20,4%, adenomas 16,7%, colon espástico 6%, otras lesiones 2-3,7%, sin lesiones 16,7%)
Conclusiones: El rediseño del procedimiento ha obtenido los objetivos de tiempo previstos, asociando un significativo porcentaje de morbilidad relevante.
La adecuación de remisión de pacientes desde AP ha sido notable. El desarrollo en fases evita la sobrecarga asistencial de las unidades de endoscopias.
El proyecto ha sido valorado para su potencial aplicación en otras áreas sanitarias.

Contacto: Juan Ferrándiz Santos
jferrandiz.gapm11@salud.madrid.org

C-136.- CONTINUIDAD Y COLABORACIÓN EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LOS PROCESOS.

Rivera F, Carreras M, Ortega MA.

Objetivos:
- Continuidad en el proceso asistencial al paciente de Salud Mental
- Integrar Atención Primaria y Dispositivos propios de Salud Mental
- Actualización permanente de conocimientos y técnicas
- Asignar más responsabilidad a los Equipos de Atención Primaria en el control de pacientes diagnosticados de alguna patología psiquiátrica menor.

Métodos:
• Descripción de la misión , visión, mapa de procesos de la dirección de procesos de salud mental.
• Priorización de procesos.
• Descripción del proceso de Psiquiatría Menor
• Implantación del proceso:

Resultados:
• Creación de la figura del consultor psiquiátrico que permite a los profesionales de Atención Primaria consultar sus dudas. Cada centro tiene un siquiatra de referencia que reserva una hora diaria para atender estas consultas de profesionales
• Sesiones de comentario de casos. Solicitadas por los centros.
• Incorporación a la cartera de servicios de enfermería de AP de planes de cuidados específicos para el paciente de Salud Mental: Técnicas de Relajación

Conclusiones:
• La gestión por procesos permite ofertar al paciente un proceso orientado y centrado en sus problemas.
• El proceso permite la comunicación , la colaboración y la unificación de criterios entre los diferentes profesionales de las diferentes unidades y servicios.
• La derivación de pacientes a Atención Especializada se hace de forma consensuada y con seguimiento previo del caso por parte de los psiquiatras.
• Permite generar mejoras de las actividades en función de las necesidades de los pacientes y la implantación de nuevas actividades y técnicas.

• Permite la incorporación continua de los últimos conocimientos sobre las diferentes patologías pertenecientes a la psiquiatría menor.
Contacto: Félix Rivera Sanz
frivera@riojasalud.es

C-137.- ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL Y COORDINACIÓN PREALTA.
Salvador- Vila I, Arco-Rodríguez S, García-Lázaro M, Guasch-Ibáñez B, Villanueva-Alonso A, Vilarroya-Font C.

Objetivos: Ofrecer atención sanitaria y social integral a domicilio, a fin de preservar la salud y la autonomía de las personas en su hogar.
Coordinar con los equipos de atención domiciliaria el alta de los pacientes ingresados que precisen asistencia a domicilio.
Métodos: Somos una organización sanitaria municipal que cubre cuatro niveles asistenciales: atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y domiciliaria. Ésta última se incorporó en 2005 con la creación del Servicio de Atención Integral a Domicilio (SAID).
El SAID es un dispositivo pionero que integra servicios sanitarios y sociales a domicilio, agrupando la gestión de los recursos mediante un modelo de puerta de entrada única y un gestor de casos. Éste tiene una visión global de la persona y su entorno y activa los recursos más adecuados a cada caso y en cada momento.
En este contexto hemos implantado un protocolo prealta que permite planificar tempranamente el alta de los pacientes que requieran asistencia a domicilio, y enlaza el hospital de agudos y el centro sociosanitario con los equipos de atención domiciliaria del SAID, garantizando la continuidad de los cuidados.
El protocolo marca los plazos de notificación anticipada del alta y de la primera visita a domicilio. Se han definido: circuito, responsables, sistemas de información e indicadores de seguimiento.
Resultados: El SAID se está implantando de forma progresiva y ya ofrece: hospitalización a domicilio; atención al paciente paliativo, geriátrico complejo, crónico complejo y estable; ayuda domiciliaria; teleasistencia; comidas a domicilio; y préstamos de material. En breve se pondrá en marcha: lavandería y limpieza del hogar.
En cuanto al protocolo prealta, hemos analizado a los pacientes incluidos y los servicios que han recibido en el marco del SAID, así como varios parámetros de cumplimiento (adecuación de la derivación, plazos de preaviso y de primera visita etc.).
Conclusiones: Se considera que los servicios que unifican prestaciones sanitarias y sociales son la alternativa de futuro en zonas urbanas.
Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

C-138.- NECESIDADES DE INFORMACIÓN PARA UNA DERIVACIÓN DE PACIENTES EFICIENTE Y EQUITATIVA A MEDIA ESTANCIA.
Elosegi-Vallejo E, Berigistain-Aranzasti JM, Larrañaga-Padilla I, Elizalde-Sagardia B, Dorronsoro-Goikoetxea I.

Objetivos. Desde el año 2004, se ha implementado progresivamente en los diferentes servicios sanitarios la herramienta de derivación de pacientes "Cuestionario de valoración sociosanitaria: derivación de pacientes a media estancia y dispositivo sociosanitario". El cuestionario consta de un triple baremo; médico, de enfermería y social; con igual peso ponderado para cada uno de los apartados y una puntuación global de 100 puntos. El objetivo es describir el sistema de información que acompaña a todo paciente para el que se solicita cama de media estancia, desde la solicitud del servicio hasta el alta del dispositivo asistencial. Material y métodos. Disponemos de 208 camas de media estancia y 80 camas sociosanitarias para una población ligeramente superior a 600.000 personas. Servicio de Hospitalización a domicilio. Determinación de los criterios de aplicación del cuestionario: Paciente con puntuación total ponderada < 33.33 puntos es candidato a ser derivado a su domicilio habitual. Paciente con puntuación total ponderada > 33.33 puntos es candidato a ser derivado a un dispositivo asistencial sanitario o sociosanitario. Paciente con una puntuación ponderada suma de médico y enfermería > 26.66 es candidato a ser derivado a media estancia sanitaria. Paciente con una puntuación ponderada social que representa al menos el 80% de la puntuación ponderada suma de médico y enfermería es paciente candidato a dispositivo sociosanitario. Formación de las personas responsables de la derivación en cada hospital.Resultados. La solicitud de derivaciones ha incrementado en el tiempo que lleva instaurado el cuestionario..El punto de corte ponderado (33,33) es el recomendado para la realidad asistencial actual de Gipuzkoa. El mismo debe ser adaptado a las necesidades de la población y a los cambios en los dispositivos asistenciales. Existe una relación directa entre la intensidad de la dependencia detectada y el recurso asignado. En su caso las demandas de mayor puntuación acceden a un ingreso de media estancia y según disminuye la puntuación aparecen los ingresos temporales y los recursos alternativos sociales o sociosanitarios.
Conclusiones. Los resultados obtenidos han conducido a utilizar de forma sistemática este Instrumento de derivación a pacientes para los que se solicita un dispositivo de media estancia y/o un dispositivo sociosanitario como la Cruz Roja. La utilización de este Instrumento está permitiendo disminuir la variabilidad en la derivación y utiliza las mismas escalas para valorar la dependencia.
Contacto: Elena Elosegui Vallejo
eelosegi@chdo.osakidetza.net

C-139.- LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A MEDIA ESTANCIA.
Sánchez-Urcelay I, Elosegi-Vallejo E, Begiristain-Aranzasti JM, Larrañaga-Padilla I, Dorronsoro-Goikoetxea I.

Objetivos. En Gipuzkoa y desde el año 1999 este servicio centraliza todas las solicitudes de demanda de cama de m.e. y sociosanitarias; dichas demandas proceden tanto de Atención Primaria como de la atención especializada (pública y concertada). El personal administrativo es el receptor fundamental. El objetivo del trabajo consiste en conocer el nivel de desarrollo actual de la evaluación de las demandas, la validación de la información recibida, la informatización de los cuestionarios utilizados en la continuidad del proceso de derivación de pacientes a media estancia. Material y métodos. El servicio recibe demandas de 16 centros de Atención Primaria, 5 hospitales públicos, 4 hospitales concertados y 2 hospitales de media estancia. Contamos con 208 camas de m. e. y 80 camas sociosanitarias para una población ligeramente superior a 600.000 personas. Este servicio durante el año 2005 ha gestionado 1.858 demandas para asistencia de media estancia. La evaluación de la demanda por el servicio administrativo se realiza en cuatro fases. I: se evalúan los datos administrativos y epidemiológicos: II: se valida la información médica, de enfermería y social y el proyecto de salida. III: se comunica al servicio solicitante la aceptación/negación de la solicitud y en caso de aceptación se gestiona el dispositivo y la cama con el hospital que va a recibir al paciente. IV: informatización de los datos. Resultados. La solicitud de derivación ha incrementado en los últimos años, 7% en el año 2004 y 18% en el año 2005. Por el contrario las denegaciones a las solicitudes han disminuido 8% el año 2004 y 10% en el año 2005. Han sido devueltas al servicio solicitante 3% de solicitudes por no constar variables epidemiológicas y de gestión fundamentales. El tiempo medio de la gestión de una demanda es de 2,1 días (0-5). Este tiempo medio se incrementa en momentos de elevada demanda de hospitalización (epidemia de gripe en el año 2004). El análisis efectuados a detectado a 18 pacientes en los que no constaba la variable TIS, 25 pacientes que alguno de los subapartados del Barthel estaba en blanco y 30 pacientes en los que la variable situación económica del pacientes estaba en blanco. Conclusiones. La validación de los datos recibidos y su informatización permiten realizar un análisis exhaustivo de la gestión del paciente para el que se solicita un dispositivo asistencial de media estancia. La implicación del personal administrativo en la gestión de la derivación de pacientes en un servicio de admisión es fundamental.
Contacto: Irene Sánchez Urcelay
irenesan@chdo.osakidetza.net

C-140.- LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL COMO BASE DE UN NUEVO MODELO DE ACCESO DE PACIENTES A UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA.
Clavo-Sánchez A, Salcini-Macias A, Ron-Rivera A, González-Guerra V, Rodríguez-Bouza M, Pérez-Santos O.

Objetivo: Establecer un sistema de accesibilidad de pacientes especialmente frágiles al Hospital Juan Grande asegurando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles.

Método: nuestro centro es un hospital privado-concertado sin puerta de urgencias que realiza una hospitalización médica de media-larga estancia. Los ingresos médicos proceden de los traslados realizados desde Urgencias del Hospital de referencia. A través del presente procedimiento, se estableció, mediante la coordinación de la Delegación Provincial de Salud, un sistema de acceso directo de determinados pacientes a nuestro centro para ingresos y consultorías. Se realizaron varias reuniones con Atención Primaria (enfermería Comunitaria de Enlace, Médicos de Familia, DCCU, EPES-061, y hospitales afectados para definir los flujos de entrada de los usuarios en el programa. Finalmente se procedió a la difusión del procedimiento en Atención Primaria y en los hospitales. Se presentan los resultados obtenidos entre el 23 de mayo de 2005 y el 21 de mayo de 2006.
Resultados: se incluyen un total de 293 casos que corresponden a 216 pacientes. La edad media de los pacientes fue 80 años siendo varones el 58,7%. Según el protocolo de trabajo acordado, se estableció contacto con el centro previo a la derivación del paciente en el 82,9% de los casos, siendo lo mas frecuente a través de la Coordinadora-061 (37,5%). El transporte más utilizado para acceder al centro fue la ambulancia convencional (57%). De los casos derivados, 280 (95,5%) precisaron ingreso y 13 (4,5%) fueron consultas con posterior derivación a Atención Primaria. Los motivos más frecuentes de contacto fueron: infección respiratoria/neumonía y deterioro general (13,9%); y EPOC (11,6%). La estancia media de estos pacientes fue de 15,4 días siendo inferior a la estancia media del servicio de Medicina Interna (17,51 días). El 78,4% de los casos tenían algún tipo de problema social según la escala sociofamiliar de Gijón (riesgo de problema social 31,9% y problema social establecido 46,5%).
Conclusiones: El programa definido potencia las relaciones interniveles entre los profesionales y facilita la accesibilidad del paciente al sistema sanitario sin coste adicional, optimizando los recursos ya existentes. Se evita el paso de estos usuarios por el área de Urgencias del Hospital de referencia y se obtiene una estancia media más baja como consecuencia de la actitud proactiva de los profesionales.
Contacto: Antonio Clavo Sánchez
aclavo@jerez.betica.sanjuandedios-oh.es

C-141.- PROCESO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A DISPOSITIVOS SOCIO-SANITARIOS.
Rivera F, Olivares M, Carreras M.

Objetivos:
- Dar la respuesta con la información y el trato adecuado a las necesidades de los pacientes ingresados que por sus características personales, sociales y por las del proceso que ha originado el ingreso en el hospital de agudos ya no necesitan los medios diagnósticos y terapéuticos que ese centro hospitalario puede ofrecerles, y en cambio necesita un periodo de estancia en un centro sociosanitario antes de su reincorporación a su entorno habitual.
- Lograr que el paciente disponga de los recursos más adecuados a su situación en cada momento
- Continuidad en el proceso asistencial al paciente
- Integrar Atención Sanitaria y Dispositivos propios Sociosanitarios
- Actualización permanente de la situación y estado de los centros y pacientes

Métodos:
Descripción de la misión , visión, mapa de procesos de la dirección de procesos de sociosanitarios.
Priorización de procesos.
Descripción del proceso de derivación a dispositivo sociosanitarios
Implantación del proceso:
• Información y formación a profesionales. Principalmente enfermería como detectores de necesidades en los pacientes y familiares
Resultados:
El informe de actividad del Centro de Convalecencia Los Jazmines en Haro del 1º Cuatrimestre de 2006 ofrece las siguientes cifras:
• Nº de derivaciones 49 pacientes
• Estancias totales 2259 estancias (72.49 % ocupación media total)
• Nº pacientes rechazados 0 pacientes
• Días de demora 0 días
• La edad media de los pacientes derivados se sitúa en 75 años; y los diagnósticos más frecuentes: ACV, Epoc, Insuficiencia respiratoria, Neumonía, Fracturas de cadera, tumores sin cuidador, Prótesis de rodilla...
• La estancia media de los dados de alta desde el inicio de la actividad de 35 días.
Conclusiones:
• La puesta en marcha del Proceso de Derivación de Pacientes a Dispositivos Sociosanitarios y Centro de Convalecencia se ha desarrollado de modo satisfactoria.
• La utilización del nuevo dispositivo de convalecencia "Los Jazmines" en Haro se ha desarrollado de modo paulatino aumentando la estancia progresivamente.
• Ha sido utilizado por todos los servicios y áreas de asistencia del hospital, y con más frecuencia por aquellos que era previsible según los criterios establecidos de derivación.
• Los diagnósticos de derivación más frecuentes coinciden con los establecidos en el documento del Proceso de Derivación.
Contacto: Félix Rivera Sanz
frivera@riojasalud.es

C-142.- ESPECIALISTA CONSULTOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
Miquel A, Vinuesa M, García J, Barba M, Ortigueira JA, Granados C.

Objetivos: Una de las debilidades del sistema sanitario español es la coordinación entre atención primaria (AP) y especializada (AE): el tiempo de espera para la atención en algunas especialidades, y la comunicación entre los profesionales de los Centros de Salud y los del hospital son áreas claramente mejorables. Se impone la búsqueda y el desarrollo de fórmulas que intenten abordar esta situación en aras de conseguir que la atención al paciente sea trasversal, continua, integral e integrada dentro del objetivo de la mejora continua de la calidad asistencial. Nos planteamos como objetivo principal la integración de la asistencia diagnóstica y/o terapéutica entre AP y AE en el área un área sanitaria mediante la creación de la figura de "consultor". Como objetivos específicos consideramos: mejorar la comunicación bidireccional entre los profesionales de ambos niveles, racionalización y mejora del tiempo de espera para la atención en consultas, mejorar el nivel de conocimiento mutuo del proceso asistencial en ambos niveles y mejorar la satisfacción de los profesionales de ambos niveles.
Métodos: A través de 3 reuniones de 1 hora de duración entre los diferentes niveles asistencial implicados (un área de atención primaria y 2 hospitales) se elaboró un documento de consenso en el que se concretaron los especialidades y personas implicadas, actividades a realizar (sesiones presenciales de los especialistas en los equipos de AP, comunicación entre AP y AE para dar respuesta a dudas y problemas organizativos), así como la forma de comunicación preferentemente vía correo electrónico, contenido de la comunicación, difusión y evaluación.
Resultados: Se ha establecido en el área sanitaria 12 especialidades, 23 médicos de AE y 258 facultativos de AP que participan en el proyecto de consultores. Se ha incluido un registro en la historia clínica informatizada de AP que permite realizar un seguimiento de las consultas.
Conclusiones: El proyecto ha comenzado su pilotaje en mayo 2006 y se prevé evitar las derivaciones inapropiadas, mejorar la derivación del paciente de AP a AE, solucionar dudas diagnósticas y/o terapéuticas de resolución rápida sobre el proceso asistencial de pacientes vistos en AP (que no requieren necesariamente la derivación directa al especialista), permitir que el especialista de AP, dentro de un cauce institucional, pueda comunicarse con el especialista de Especializada y fundamentalmente establecer nuevas vías de comunicación y coordinación.
Contacto: Ana Miquel Gómez
amiquel.gapm08@salud.madrid.org

C-143.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
Navarro-Moya FJ. Ramón-Esparza T, Castillo-Gómez C, Paredes-Sidrach de Cardona A, Sáez-Soto AR, Leal-LLopis J.

Objetivo: diseñar e implantar el proceso de continuidad de cuidados de enfermería para todos los Hospitales Públicos de la Región de Murcia.
Método: durante el año 2005 y parte de 2006 la Subdirección General

de Calidad de la Consejería de Sanidad de Murcia constituyó un grupo de trabajo de profesionales clave formado por representantes de las Direcciones de Enfermería de todos los Hospitales de la red pública del Servicio Murciano de Salud, un representante de Servicios Centrales y dos representantes de AP. Tras evidenciar los déficit del proceso de continuidad de cuidados y ante la necesidad de garantizar la continuidad asistencial, se realizó revisión bibliográfica, revisión de evidencias y mediante técnicas de consenso se consiguió definir de manera unificada:
- Población/pacientes susceptibles de continuidad de cuidados
- Circuito administrativo y canales de comunicación entre AP y AE.
- Modelo corporativo de Informe de Continuidad de Cuidados (ICC)
- Indicadores para monitorizar la calidad del proceso de continuidad de cuidados.
- Plan de medición.

Resultados.
1. Población/pacientes susceptibles de continuidad de cuidados: se definieron los servicios y procesos clínicos en los que es necesaria la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales.
2. Circuito administrativo y canales de comunicación: para el envío de informes a AP cada hospital definió un circuito administrativo con sus Centros de Salud de referencia, con la premisa de que el paciente no podía ser en ningún caso el vehículo para hacer llegar el ICC a su Enfermera de Familia.
3. Modelo corporativo de ICC: se creó un modelo corporativo de informe común a todos los Hospitales del SMS basado en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la taxonomía NANDA y la Clasificación Internacional de Intervenciones de Enfermería (NIC).
4. Indicadores: se construyeron tres indicadores para monitorizar la calidad del proceso utilizando criterios de validez, fiabilidad, utilidad y factibilidad. Se asegura la fiabilidad mediante pilotaje.
5. Plan de medición: se definió el plan de medición de todo el proceso, incluida la periodicidad y fecha de revisión de indicadores.

Conclusiones: se ha conseguido un diseño unificado para un proceso complejo y clave para garantizar la continuidad asistencial. Destaca el amplio consenso obtenido por lo que tras su implantación es posible la comparación entre todos los Hospitales de la red.

Contacto: Francisco Javier Navarro Moya
fjavier.navarro@carm.es

C-144.- IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA CLÍNICA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS.

Marco O, Oliva JA, Esteve J, Parejo S, Romero C, Da Ponte R.

Introducción: la continuidad asistencial constituye un elemento clave en la eficiencia del proceso asistencial. En este sentido, la incorporación de la Enfermera Clínica, puede convertirse en el elemento integrador en la atención de los pacientes hospitalizados.
Objetivos : Evaluar el impacto de la Enfermera Clínica (EC) en el proceso de hospitalización en función del número y tipología de los avisos realizados al médico de guardia. Conocer la etiología de los avisos para así establecer posibles áreas de mejora en el proceso de hospitalización.
Material y Métodos: La implantación de la EC en las unidades de hospitalización se llevó a cabo en Febrero del 2006 y una de sus funciones principales es la coordinación y gestión de los cuidados de enfermería durante todo el proceso.
Estudio comparativo descriptivo entre los meses de Marzo a Mayo del 2005 y 2006 respectivamente. Desde el servicio de Urgencias se recogen, en una base de datos elaborada en Excel, los avisos del personal de enfermería al médico de guardia que se producen en las unidades de hospitalización durante la franja horaria entre las 15-08 h los días laborables y 08-08 h en fines de semana y festivos, para poder realizar la codificación de las causas y su posterior análisis.
Resultados:Durante el periodo a estudio del año 2005 se contabilizaron 778 avisos mientras que en el 2006 fueron 392(Å 49.6%). Los avisos por motivos médicos (clínica aguda del paciente) no han presentado variaciones; 61.6% en el 2005 y un 69.4% en el 2006. En los avisos relacionados con los tratamientos prescritos por los Servicios responsables de la hospitalización, se observa una reducción del 65.3% (118 vs 41) y una reducción del 78.7% en los que corresponden a ver resultados pendientes de pruebas complementarias solicitadas por los médicos de los Servicios responsables de los pacientes ingresados (94 vs 20). Los avisos relacionados con la extravasación del acceso vascular que motivó el cambio de tratamiento endovenoso a oral pasaron del 3.98%(2005) al 5.4%. No se observaron diferencias significativas, en avisos por motivos administrativos (6.4% vs 5.4%) o por información (0.8% vs 1%).
Conclusiones: La incorporación de la EC ha mejorado la eficiencia del proceso de hospitalización en cuanto a valorar y dar continuidad a los tratamientos prescritos y el control de los resultados de pruebas complementarias. El mejor control de las pautas de tratamiento endovenoso para evitar complicaciones en los accesos vasculares, constituye nuestra actual área de mejora .

Contacto: Olga Marco
olga.marco@sanitatintegral.org

C-145.- COMPARTIR OBJETIVOS Y TRABAJAR JUNTOS GARANTIZA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Egea-Romero MD, Santiago-García C, Bayo-Zaera A, Victoria-Jimeno C, Sánchez-Bolea T, Rivera-Peñaranda S.

Objetivos:
• Analizar la accesibilidad de Atención Primaria (AP) al Servicio de Tocoginecología de su Hospital de referencia.
• Introducir actuaciones para disminuir los tiempos de espera (TE) y mejorar los circuitos.
• Mejorar la coordinación entre AP y Atención Especializada (AE).

Métodos:
ÁMBITO y emplazamiento: 4 Centros de Salud que comparten el mismo Hospital de referencia. Se efectuó un primer análisis por ambas gerencias, detectando las siguientes oportunidades de mejora:
A.- Demora excesiva para acceder a las consultas de Tocología y Ginecología.
B.- Acceso desde AP a agendas únicas de Ginecología y Tocología, lo que ocasionaba esperas iguales en ginecología diagnóstica, screening, patología preferente, etc. y también para tocología de alto y bajo riesgo y ECO tocológica.
C.-Circuitos inoperantes y muy burocratizados (recitaciones del servicio de Tocoginecología a través de AP, derivaciones dentro del servicio utilizando varias visitas).
Intervención: Se abordó el problema mediante reuniones conjuntas entre el Servicio de Tocoginecología, las direcciones AP y AE y los médicos de familia de los Centros de Salud, con la colaboración de Microbiología y Hematología para consensuar aspectos como determinaciones serológicas e incompatibilidad Rh.
Se instauraron las siguientes medidas correctoras:
1) Creación de agendas diferenciadas con acceso directo desde AP: Ginecología diagnóstica, ginecología de screening, unidad de mama, incontinencia, embarazo normal, embarazo de alto riesgo y bienestar fetal.
2) Se habilitaron huecos para citación de casos preferentes.
3) Se facilitó el acceso telefónico desde AP, para comentar casos clínicos y citar sin demora casos urgentes.
4) Elaboración de un protocolo conjunto de atención al embarazo.
Tras la implantación de las medidas correctoras se ha hecho un análisis preliminar y continuamos trabajando para mejorar.
Resultados:
1ª evaluación (Junio 2005):
- Demora para acceder a tocología: 54 días.
- Demora para acceder a ginecología: 109 días.

2ª evaluación (Abril 2006): No hay demora para casos urgentes, mama, ECO y monitores del embarazo
- Demora para acceder a tocología: 46 días
- Demora para acceder a Ginecología: 80 días.

Conclusiones:
1.- La coordinación AP-AE es posible y mejora la accesibilidad y calidad de los servicios.
2.- Los circuitos directos agilizan los procesos.
3.- Los cambios organizativos que afectan a muchos profesionales deben contar con todas las partes implicadas y necesitan tiempo para obtener resultados.

Contacto: Mª Dolores Egea Romero
mdolores.egea2@carm.es

C-146.- LA CONSULTA COMO SISTEMA DE DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD.

Egido P, Yagüe MD, Revillo MJ, Grupo de Mejora de la Calidad

El grupo de mejora de la calidad invitó a todo el personal del Servicio de Microbiología a participar en la definición de los objetivos de calidad del año 2006. Se consideró la fórmula de "consulta anónima" como la idónea para conseguir una implicación mas espontánea.
Objetivos
1. Conocer las áreas de mejora percibidas por los integrantes del servicio.
2. Fijar dos objetivos de calidad que se desprendieran de las opiniones recogidas.
3. Implicar a todo el personal en las tareas de calidad.
Material y métodos
Se diseñó una consulta abierta con dos apartados:
-1ª: Descripción de dos situaciones susceptibles de mejora
-2ª: Cómo acometerlas
La consulta se entregó a todo el personal del Servicio (facultativos, residentes, enfermeras, TEL, auxiliares de enfermería y administrativos), junto a una carta firmada por el grupo de mejora, solicitando la participación e indicando el plazo de entrega y el lugar dónde depositar las respuestas, de forma anónima.
Resultados
Se entregaron 59 consultas y se obtuvieron 20 respuestas (34%); de ellas, se desprendieron 35 temas de mejora y otras tantas sugerencias, que se agruparon en 6 áreas:
1. Fase preanalítica: 11 sugerencias distintas que iban desde la toma de muestras hasta los circuitos internos del laboratorio
2. Fase analítica: 5 sugerencias distintas relativas a distribución del trabajo.
3. Fase postanalítica: 4 sugerencias distintas relacionadas con la entrega y recepción de informes en las plantas.
4. Control de reactivos: 3 sugerencias idénticas.
5. Motivación, formación e información: 10 sugerencias relacionadas con temas muy diversos, desde acceso a la formación hasta relaciones personales.
6. Tecnología: 2 sugerencias relacionadas con la manualidad de las técnicas.
De estas sugerencias se escogieron dos objetivos para el año 2006:
- Mejorar la información relacionada con calidad al personal de enfermería y administrativo
- Establecer un sistema de control de reactivos.
Los criterios utilizados para la selección fueron:
- El número de sugerencias coincidentes,
- Grado esperado de implicación de los integrantes del Servicio.
Conclusiones:
1. Las sugerencias obtenidas nos permitieron conocer las áreas de mejora percibidas y elegir dos objetivos en los que está trabajando el grupo de mejora y el servicio.
2. Todas las sugerencias realizadas se relacionaban con aspectos cotidianos del puesto de trabajo, y no con aspectos globales de la organización.
3. El Grupo de Mejora utilizará el mismo sistema para elegir los objetivos del 2007
Contacto: Pilar Egido Lizán
pegido@salud.aragon.es

C-147.- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA TRAMITACIÓN DE TARJETAS SANITARIAS.

Fernández-Conde J, Sánchez-Verde B, Núñez-Maestro R.

Objetivos: Mejorar la calidad con que las Unidades Administrativas (UUAA) de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) gestionan las solicitudes de Tarjeta Sanitaria (TSI). Crear un Sistema de Información o Cuadro de Mando que ofrezca datos sobre evolución y calidad en los procedimientos de propuesta, validación y revisión de TSI.
Métodos: Programa de gestión de la calidad. Se identificaron las oportunidades de mejora en cada uno de los pasos o procesos (información al usuario, propuesta, validación/rechazo y gestión del rechazo) de una TSI. Se abordó así la TSI en todo su dinamismo y trazabilidad. Del análisis de datos y de la información recabada de expertos y profesionales implicados se definieron las siguientes actuaciones: convocatoria de cursos de TSI, edición de un Manual, construcción y monitorización de indicadores de calidad, explorar los nuevos canales de comunicación (correo @, web), evaluación e incentivación. Temporalmente el programa se inicia en diciembre de 2003. Se buscó la implicación de los profesionales mezclando la información con la evaluación y su incentivación.
Resultados: En el período diciembre 2003 a diciembre 2005 el esfuerzo formativo fue: 7 cursos, 86 horas lectivas y 102 certificados. En Enero 2005 se editó un Manual de TSI que se actualiza trimestralmente en la intranet. En el año 2005 el contrato de gestión con los EAP incorporaba objetivos de calidad en TSI. La fórmula de la incentivación de las UUAA del año 2005 incluye los resultados de la evaluación de los indicadores de calidad en TSI. Durante el año 2005 quedaron definidos y cerrados cuadros de mando de: calidad en la propuesta, validación y resolución de rechazos. En el año 2003 las UUAA de la GAP procesaron 21.758 TSI, de las que un 18,94% (3.400) se rechazaron por no conformes. En el año 2005 las UUAA de la GAP procesaron 35.829 TSI, de las que un 7,28% (2.609) se rechazaron por no conformes. Es decir, en dos años creció un 64,7% el número de propuestas tramitadas. En cambio, el porcentaje de propuestas rechazadas (no conformes) se redujo en un 53,4%. Además, en el año 2005 se redujo en un 45,6% el número de propuestas rechazadas no resueltas antes de 10 días. Se pasó de 733 a 399.
Conclusión: El programa de gestión de la calidad que se elaboró ha mostrado su eficacia. Las UUAA parecen sensibles a los programas de calidad que combinan formación permanente, evaluación y, quizás, incentivación. Recordar que detrás de una TSI, conforme o no, siempre hay un usuario.
Contacto: Julio Fernández
juliof@sescam.org

C-148.- ¿CÓMO INCORPORAR AL DÍA A DÍA LA GESTIÓN POR PROCESOS? UN NUEVO RETO EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET.

Mompó C, Vilarasau J, Casademont J.

Objetivo: Describir el camino que se está siguiendo en el marco del sistema de Gestión por procesos de un hospital de agudos para pasar de la mejora continua a la gestión de cada proceso y a la gestión por procesos (GPP).
Metodología: Se ha evaluado el despliegue y seguimiento de la GPP mediante la puesta en control de un proceso específico con esta misión. Se ha elaborado un DAFO participativo con los propietarios de los procesos puestos en control en el centro, los coordinadores de calidad y el equipo directivo.
Resultados:
1. Valoración de la GPP en la actualidad. Nos sirve para:
- Poner orden en el proceso.
- Permitir la participación del resto de profesionales en la mejora continua..
- Llevar a cabo un mayor número de acciones de mejora al disponer de un recordatorio semestral.
2. Herramientas de mejora implantadas a partir de las evaluaciones:
- Copropiedad y equipos de proceso.
- DAFO con participación de los usuarios del proceso (resto de profesionales que trabajan en el proceso).
- Acciones de mejora con participación de los usuarios.
3. Retos para el 2006:
3.1. Gestión por procesos:
- Desplegar la planificación estratégica y los pactos de calidad por procesos.
- Hacer participar y comunicar resultados a los usuarios del proceso y al resto de la organización.
- Establecimiento de relaciones entre procesos: requerimientos de clientes y proveedores, encuestas de satisfacción a clientes internos.
- Planificar recursos: tiempo para gestionar el proceso y formación de propietarios.
3.2. Gestión del proceso a partir de resultados de los indicadores y con mayor empowerment.
3.3. Actualizar el mapa de procesos adecuándolo las necesidades
Conclusiones: La GPP puede ser un instrumento para incorporar la mejora continua a los procesos, de forma paralela a la DPPO. La experiencia nos demuestra que esto se vive como "otra demanda, además del día a día y de los objetivos que me exige mi directivo"; y ello hace que, en un hospital de gran presión asistencial como el nuestro, acabe ocupando el último lugar en el orden de prioridades.

Nuestro reto consiste en modificar el modelo de gestión del Hospital, desplegando la planificación estratégica y los pactos de calidad por procesos. Esto permite:
- Integrar los procesos con la DPPO, acercándolos a la gestión habitual de propietarios y directivos.
- Unificar y priorizar las distintas demandas y objetivos que recaen sobre cada proceso.
- Obtener información para adecuar el mapa de procesos a las necesidades de la organización.

Contacto: Carme Mompó Avilés
carme.mompo@sanitatintegral.org

C-149.- COMISIONES SANITARIAS EN LA REGIÓN DE MURCIA.
Guilabert A, Gomis R, Parra P, Novoa A, Gutiérrez A,

Introducción: Se reconoce el importante papel que desempeñan las Comisiones de participación y clínicas como modo de actuación de los profesionales en la gestión y en la mejora contínua de la calidad asistencial en los Centros Sanitarios, interesándonos conocer cúal ha sido el devenir de las mismas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en los últimos cuatro años (2002-2005).
Objetivos: Representar el mapa de las Comisiones existentes en el momento actual en la Región de Murcia, realizando un análisis descriptivo de su estructura y funcionamiento.
Metodología: Mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a sus líderes/responsables y la revisión de la documentación generada por estos grupos, abarcando dentro del ámbito de estudio las Comisiones reconocidas por las Gerencias de los catorce Centros Sanitarios del Servicio Murciano de Salud.
Resultados: Han quedado fuera del estudio, por motivos estructurales, un total de 17 comisiones . Entre las limitaciones más frecuentes encontradas en las 129 Comisiones estudiadas cabe enumerar las ausencias de Normativa Interna de Funcionamiento (50,38%), Guía Funcional (44,18%) y Objetivos específicos (53,49%). En cuanto a datos considerados como puntos fuertes, merece destacarse que el 68,21% de estos grupos presentan una longevidad que supera los 5 años de vida constitutiva ininterrumpida y el 28% de ellos (34 Comisiones) se han articulado en los últimos 4 años. Otros datos de interés serán facilitados en la comunicación final.
Conclusiones: Analizados los diversos hallazgos obtenidos, se proponen como acciones de mejora la elaboración de un Reglamento de Régimen Interno y Guía Funcional, así como el posibilitar el Liderazgo por las Gerencias de los Centros Sanitarios, estableciéndose objetivos anuales que permitan un mayor desarrollo de las mismas.

Contacto: Antonio Guilabert Giménez
antonio.guilabert@carm.es

C-150.- INTEGRACIÓN DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA.
Guajardo-Remacha J. Rabanal-Retolaza S, Gallego-Camiña I, Castelo-Zas S, Chueca-Ajuria A.

Objetivo: Desarrollar un Sistema de Gestión de la Calidad que permita integrar progresivamente la gestión de la calidad en la Gestión Hospitalaria.
Método: El Sistema de Calidad fue rediseñado en el bienio 2001-2002, con la introducción de la norma ISO 9001:2000 como metodología de trabajo. La apuesta del Hospital por el Modelo EFQM como modelo de gestión estimuló la planificación de un SGC basado en la Gestión por procesos.
Resultados: 1.Definición del Mapa e identificación de procesos clave. 2.Abordaje paulatino de los procesos empezando por los de apoyo técnico; Terapia Antineoplásica, Atención farmacéutica a pacientes externos, Transfusión de Hemoderivados, Anatomía patológica, y Diagnóstico Biológico. 3.En el 2003-04 continuamos con el abordaje de procesos de apoyo técnico: Esterilización, Alimentación al paciente, Admisión y Radiodiagnóstico. Y con los de recursos generales; Aprovisionamiento, Económico financiero y Mantenimiento. 4. Continuamos con el abordaje del proceso de Hospitalización en el Servicio de Neumología y la UCI. 5 Desarrollo y despliegue del Plan estratégico a través de los procesos. 6. Este año hemos iniciado el proceso de Infección Nosocomial, la Gestión de Personas, Prevención de Riesgos laborales y hemos retomado procesos que estaban parados. 7. En este contexto surge la necesidad de dar el salto y abordar el proceso Macro de Hospitalización. 8. A medida que los procesos gestionados bajo esta metodología han ido creciendo, el SGC ha experimentando transformaciones necesarias para el ajuste a la realidad de los procesos y a su integración con la Gestión Hospitalaria. 8a.Identificación, descripción y gestión de las interacciones entre los procesos. 8b.Unificación de los requisitos de revisión de los procesos por los gestores y por la dirección. 8c.Despliegue del Plan estratégico a través del Plan de gestión del Centro y de los planes de gestión de los procesos. 8d.Diseño de un formato común del Plan de Mejora para su posterior integración en el Plan de gestión del Hospital. 8d.Difusión por los servicios del formato diseñado para completar y planificar los planes de gestión. 8e.Adecuación del cronograma de revisiones del SGC a los tiempos del plan de gestión del centro.
Conclusiones: 1.Necesidad de integrar el SGC a la gestión del centro. 2. La mejora continua de los procesos y la gestión de las interacciones nos permite ir adaptando el SGC a las necesidades de los procesos. 3. El abordaje del macroproceso de Hospitalización nos permitirá la integración efectiva

Contacto: Jon Guajardo Remacha
jguajardo@hgda.osakidetza.net

C-151.- PROYECTO PARA LA DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE LIDERAZGO.
Ruiz-Álvarez E, Moracho-Del Rio O, Landaluce-Lauzurica JI, Aguirre-Alberdi L, Salgado-Larrea MV, Valverde-Citores RM.

Objetivo: Definir e implantar el proceso de "Liderazgo" en el Hospital de Zumarraga.
Métodos: Con el objetivo de comunicar objetivos y resultados, dirigir los procesos, otorgar reconocimiento y potenciar la mejora continua del sistema de gestión del hospital, el equipo directivo mediante un proyecto tutelado por una consultora externa define la misión del proceso de liderazgo, las relaciones cliente prioritarias, las relaciones proveedores prioritarias, los principales indicadores así como la gestión operativa del proceso apoyado con un diagrama de flujo. Se estructura la sistemática de reuniones para la fijación de objetivos, el seguimiento de los indicadores, la trasmisión-recepción de la información relevante. Es importante destacar la necesidad de hacer manifiesta la implicación de la dirección en la consecución de los objetivos marcados y que los profesionales de la organización perciban que tanto estos objetivos como los resultados pertenecen a TODOS.
Resultados: se han definido, a partir de las relaciones cliente-proveedor prioritarias, las características o ámbitos en los que se debe desarrollar el liderazgo en la organización (a través de los mandos intermedios), las necesidades para cada uno de ellos, las actuaciones de liderazgo a desarrollar así como el responsable.
Conclusiones: la implicación del equipo directivo ha de efectuarse de manera explícita y constante para permitir la extensión del proceso de liderazgo en la organización. La sistematización de las actividades a realizar para conseguir la efectividad del proceso debe de ser conocida por los profesionales implicados en la gestión del proceso haciendo que su despliegue afecta al 100% de los trabajadores. El equipo directivo debe mantener una implicación efectiva y constante en la sistemática definida para la realización de reuniones periódicas (planificadas en el proyecto) procurando la participación y su dinamismo para el logro de objetivos.

Contacto: Esteban Ruiz Álvarez
hzdirper@hzum.osakidetza.net

C-152.- RELACIÓN ENTRE PROCESOS Y RESULTADOS DE CALIDAD: MONITORIZACIÓN DE INDICADORES EXTRAÍDOS DEL CMBD DE 11 HOSPITALES.
Tejero JM, López R, Alcázar F, Rodríguez C, Fernández J, Gutiérrez R.

Objetivos:
- Monitorizar los indicadores de resultados del Plan de Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La mancha, SESCAM, (con 11 Hospitales y 8 Gerencias de Atención Primaria).
- Relacionar indicadores del plan de calidad del Sescam con los indicadores de calidad de la (AHRQ) Agency for Healthcare Research and Quality, (proceso y de resultado).
- Priorizar las acciones de mejora de aquellos procesos que se hayan mostrado predictores de mejores resultados en las Gerencias.

Método: Durante 2005 se realizó un análisis multivariante explorando

qué indicadores del plan de calidad del Sescam 2004 se asociaban con algunos indicadores extraídos del CMBD, utilizando el SPSS.
En la presente comunicación queremos presentar la asociación entre indicadores del calidad de la AHRQ extraídos del CMBD de todos los hospitales del SESCAM utilizando la herramienta informática 3M HISCAL, y los indicadores del Plan de Calidad del Sescam obtenidos en el año 2005.
Se ha utilizando el análisis de correlación canónica, técnica no paramétrica, que permite averiguar qué conjunto de variables consideradas predictoras maximizan la probabilidad de obtener otro conjunto de variables consideradas dependientes o criterio.
Resultados: En esta comunicación se presentan los resultados obtenidos en 2005 y las acciones previstas durante 2006 para mejorar la validez de constructo en la planificación de las acciones de mejora y la fiabilidad en la evaluación del Resultado del Plan de Calidad del Sescam.
Conclusiones: Hemos tratado de comprobar si los esfuerzos que la organización dedica a la mejora de la calidad producen efectos cuantitativamente medibles, y cuáles de las medidas adoptadas se muestran más eficaces, y al mismo tiempo proporcionar a las Gerencias un "cuadro de mandos" con indicadores de resultados que permitan medir el impacto de las acciones de mejora planificadas. En otros términos, se pretende contrastar empíricamente el modelo teórico en el que se basa el Plan de Calidad del SESCAM, mediante la monitorización de los indicadores de resultados basados en el CMBD.
Contacto: Jesús Manuel Tejero González
mtejero@jccm.es

C-153.- EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, UN ANTES Y UN DESPUÉS.
Lekuona L, Iruin A, Franganillo R.

Objetivos: Tras dos procesos de planificación estratégica en Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa -SMEG- (1998-2001 y 2002-2006), y antes del inicio del tercero, el equipo directivo consideró conveniente la realización de un cuestionario previo a la creación del grupo redactor del Plan Estratégico (PE), como un área de mejora en el propio proceso de PE definido en nuestro mapa de Procesos.
La finalidad era:
Conocer la opinión y aportaciones de todos los profesionales sobre el PE 02-06
Ampliar la participación de los profesionales en el plan del siguiente periodo estratégico
Seguir mejorando la asunción e interiorización de la importancia del PE de SMEG
Generar información para el grupo de planificación
La existencia de un cuestionario previo realizado tras la jornada de presentación del Plan 02-06 a los profesionales, sirve como punto de comparación sobre el grado de implicación con el PE
Método: Se empleó un cuestionario diseñado ad hoc, dividido en 6 apartados, en el que se solicitaba a los profesionales su grado de acuerdo con los siguientes aspectos:
Misión, Visión y Valores de SMEG,
Factores clave de éxito
Objetivos Estratégicos definidos
Desarrollo de la investigación, docencia y formación
Valoración global del Plan
Igualmente se posibilitaba la explicación más detallada de las puntuaciones más alta y más baja otorgadas; así como posible sugerencias o comentarios añadidos.
Como datos de identificación, y a fin de mejorar la tasa de respuesta, se optó por incluir únicamente el grupo profesional y la relación de empleo como datos identificativos
Resultados: Los resultados se consideran significativos al haberse obtenido índice de respuesta del 50% en esta segunda medición
Se aportarán datos comparativos sobre la presentación del PE 02-06 a los profesionales y su percepción cuatro años después
Se presentarán datos de encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales relacionadas en el ciclo estratégico como reflejo de su impacto en la calidad asistencial.
Conclusiones: La percepción de los profesionales muestra el nivel de implicación con los contenidos y la orientación de la Organización que cuatro años después refleja un progreso relevante suponiendo un estímulo para abordar el nuevo proceso de reflexión.
Pese al elevado ritmo asistencial, las encuestas de profesionales ofrecen valoraciones elevadas como refrendo para impulsar medidas de participación de los profesionales y de forma especial los procesos de reflexión
Contacto: Lierni Lekuona Sanz
llekuona@chdo.osakidetza.net

C-154.- HACIA UN ENFOQUE INTEGRADO DE LOS GRUPOS DE MEJORA.
Montserrat-Capella D, Andrés-Jimeno B, López-Tobes M, Martínez-Alonso JR, Costa-Estany JM.

Introducción. Presentamos la primera fase de un proyecto de mejora de los grupos que participan en el programa de calidad. Su finalidad es aumentar la efectividad y cohesión entre ellos y con el hospital. Se inició en enero y finalizará en junio de 2007.
Objetivo: Formar y motivar a los profesionales que participan en el programa de calidad del hospital.
Metodología: Revisión bibliográfica a través de MEDLINE y del índice médico español(IME). Análisis de las actas de las comisiones clínicas.
Realización del curso de "Desarrollo de la operativa de las Comisiones Clínicas", en dos ediciones de 8 horas de duración cada una.
Realización de una encuesta de opinión diseñada en cuatro apartados (características descriptivas del profesional, aportación individual de los miembros al programa de calidad, funcionamiento de los grupos e implicación de la dirección).
La información obtenida se procesa en Access y el tratamiento estadístico se realiza con SPSS.
Resultados: Se han revisado las 61 actas de la comisión de farmacia y terapéutica (período 2000-2005) con un 57% de asistencia media. El número de temas a tratar en cada convocatoria oscila en el 78,7% entre 4 y 6.
En el análisis de 67 actas del año 2005 correspondientes a 11 comisiones clínicas destacan los valores extremos de asistencia media anual por comisión que son 47,0% versus 77,7%, con un número medio de 4,8 temas(entre 3,3-8,0).
Se han realizado 2 ediciones del curso con 50 asistentes. Resultados: valoración de contenido(7,7), de aprovechamiento(7,8) y global(7,8).
Se han recibido y procesado 88 encuestas cuya tasa de respuesta es 51,8%. La muestra está constituida por 79,6% médicos y 14,8% enfermeras/os. Consideran que la comisión desarrolla adecuadamente su función 65,0%, que se cumplen los objetivos anuales(47,6%) y que la dirección está comprometida en su funcionamiento(24,4%).
Conclusiones:La revisión histórica de las actas indica una disminución de la asistencia a lo largo del tiempo. Sus funciones se reflejan siempre en 2 puntos de la orden del día.
Hay alta variabilidad en la estructura y funcionamiento de cada una de las comisiones clínicas.
La encuesta de satisfacción del curso muestra posibilidades de mejora en próximas ediciones.
Debe mejorar las interrelaciones entre la dirección y los profesionales de los grupos de mejora. Es necesario homogeneizar la estructura y funcionamiento del programa de calidad, revisar las estrategias de motivación y adecuar la formación.
Contacto: Dolors Monstserrat Capella
mmontserrat.hpth@salud.madrid.org

C-155.- ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA ACREDITACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA.
Rodríguez-Cornejo MJ, Ignacio-García E, Moreno-Corral LJ, Carnicer-Fuentes I, Abellán-Hervás MJ, García-Cabanilla MJ.

Introducción. Es notorio que existe un interés creciente por la mejora de calidad dentro de las Universidades Españolas. De cualquiera de las formas, no todas estas iniciativas logran un impacto en término de mejora verdadera y demostrable de la calidad. Además, pensamos que aún, este tipo de iniciativas no están lo suficientemente arraigadas y se echa de menos una cierta metodología que posibilite este cambio.
Con el proyecto pretendemos elaborar una herramienta que contemple el conjunto de estándares que deben ser medidos si estamos hablando de tener acreditada la docencia de la Titulación de Enfermería en la Universidad de Cádiz.
Objetivos:
1. Consensuar el conjunto de estándares de calidad que la titulación de enfermería debería cubrir.

2. Aplicar la herramienta en nuestro contexto con objeto de identificar puntos fuertes y áreas de mejora.
3. Implantar las medidas correctoras oportunas con objeto de subsanar el posible déficit encontrado.
Método: Para la consecución del objetivo, tras análisis de la literatura científica y estudio de experiencias de evaluación de planes de estudios, se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa mediante la participación de diferentes profesores, alumnos, directivos y PAS, con objeto de buscar consenso sobre los principales estándares que deberían de ser medidos en un estudio que pretende conocer la calidad de la Titulación de Enfermería cursada en la Universidad. La técnica de investigación que se utilizó fue la técnica Delphi a través de un foro de discusión creado en la asignatura de Metodología de calidad aplicada a los profesionales de la salud, en la plataforma virtual WebCT de la Universidad de Cádiz.
Resultados: El resultado de la técnica Delphi es un Manual de Estándares para la Acreditación de la Titulación de Enfermería. Dicho Manual queda compuesto por un total de 219 estándares agrupados en trece criterios de evaluación. Una vez elaborada la herramienta, se procedió al pilotaje de la misma para comprobar la facilidad o dificultades de uso la misma por parte de evaluadores internos y finalmente se procedió a la autoevaluación.
Conclusiones: De la medición realizada podemos concluir que el modelo de acreditación, sirve para medir la calidad de la Diplomatura de Enfermería, ya que su utilización es factible y no presenta dificultades dignas de mención.
Los resultados ofrecen una panorámica de los puntos fuertes y débiles de la titulación evaluada, y permite la incorporación de las pertinentes medidas de mejoras.
Contacto: Mª Jesús Rodríguez Cornejo
mariajesus.cornejo@uca.es

C-156.- LA GESTIÓN AMBIENTAL EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
Huerta-Bueno M, García-Rotllán J, Irastorza-Aldasoro MA, HIdalgo-Salvago E, Blanco-García M.

Introducción: La creciente presión social y normativa nos ha hecho reaccionar a todas aquellas organizaciones o empresas en la aplicación en los procesos de producción de bienes y servicios, como sería nuestro caso: la prestación de Servicios de Salud, de normas o estándares ambientales en los que esté presente el respeto a nuestro medio ambiente para alcanzar el necesario equilibrio en las necesidades humanas y capacidades del mundo natural.
Objetivos: Presentar las distintas interacciones ambientales inherentes a la prestación de los Servicios de Salud.
Identificar las actuaciones desde el ámbito institucional para la prevención de la contaminación, el cumplimiento legal en materia ambiental de nuestras instalaciones y la instauración de una política de mejora continua.
Modelar una estructura organizativa que soporte la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental en una Organización de la Complejidad del SAS.
Certificar según normas internacionales el Sistema de Gestión Ambiental del SAS.
Resultados: Con el desarrollo del Sistema hemos obtenidos mejoras en los indicadores de consumo de recursos de naturales, un mejor control de indicadores claves de focos contaminadores, mayor sensibilización y concienciación de nuestros profesionales, inclusión de criterios ambientales en la provisión de bienes y servicios, importantes mejoras en la gestión de los residuos
En la actualidad se han creado todas las estructuras necesarias para la implantación total del Sistema.
El Sistema de Gestión Ambiental del S.A.S. ha sido certificado por una entidad acreditada externa (AENOR) por la norma internacional ISO 14001:2004, siendo el primer y, hasta ahora, único Servicio Autonómico de Salud en el Estado Español que cuenta con dicha certificación.
Conclusiones: Nuestra propuesta, desde el Servicio Andaluz de Salud, se ha basado en el impulso de medidas tendentes a la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental, según normas ISO, que aglutine todas las esferas de la Atención Sanitaria, tanto Atención Primaria como Atención Especializada aportando valor añadido al cumplimiento de la Misión que nuestra Organización tiene encomendada y al tiempo dé cumplida respuesta a una Política Ambiental comprometida con el desarrollo sostenible.
La introducción del criterio ambiental en la toma de decisiones estratégicas del Servicio Andaluz de Salud, ha supuesto un salto cualitativo en la gestión de los Servicios de Salud.
Contacto: Manuel Huerta Bueno
manuel.huerta.sspa@juntadeandalucia.es

C-157.- INTEGRACIÓN DE INDICADORES ISO 9001:2000 EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.
Mazo S, Suescun C, Vallejo M, Lejarraga M, Oronoz S, Emparan C.

Objetivos: La norma ISO 9001:2000 de servicios de Hospitalización a Domicilio presenta una complejidad añadida al proceso que es garantizar la continuidad asistencial especializada hospitalaria en un medio ajeno al hospitalario garantizando los cuidados hospitalarios y la seguridad terapéutica, siendo compleja la integración de indicadores y objetivos con los contratos de gestión de unidades clínicas.
Material y métodos: El proceso de normalización ISO 9001:2000 incluyó los pasos habituales de creación de un manual de calidad, definición del proceso documental, aprobación del mapa de procesos con objetivos e indicadores alineados con el Cuadro de Mando Integral y los contratos de gestión de Unidades de Gestión Clínica de la FHC. Con ello se definieron los 15 indicadores más representativos de la Unidad en los que se realiza seguimiento mensual en la Comisión de Calidad, un sistema de gestión de riesgos del paciente adecuado a las características de la Unidad, una encuesta de satisfacción de pacientes diferenciada de la corporativa hospitalaria y una encuesta de satisfacción de los distintos servicios proveedores de pacientes.
Resultados: La definición e implantación del proceso de Hospitalización Domiciliaria se desarrolló durante el diseño de la Unidad y al comienzo de su puesta en marcha, permitiendo desde su primer día de funcionamiento la medición de indicadores para la mejora continua, encuadrarse dentro de los criterios del Cuadro de Mando Integral de la FHC, y aceptar los indicadores más significativos como criterios de control del contrato de gestión clínica de la Unidad.
Discusión: Las Unidades de Hospitalización a Domicilio presentan características diferenciales con respecto a otras Unidades Hospitalarias en la norma ISO 9001:2000 concernientes a seguridad del paciente y documental, indicadores y objetivos diferenciados (aunque alineados con la estrategia hospitalaria) que pueden ser implantados en este tipo de Unidades alineándolos tanto con Cuadros de Mando Integral como con los contratos de gestión clínica.
Contacto: Sara Mazo Casaus
smazo@fhcalahorra.com

C-158.- ESTRATEGIAS EN LA BÚSQUEDA DE LA CALIDAD. EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS.
Fatjó F, Celorrio N, Salazar A, Ortega L, Sanz X, Cid R.

Introducción: en consonancia con la política del hospital, que apuesta por una mejora continua de la calidad asistencial, se abordaron tres patologías médicas y un indicador de satisfacción del usuario con el objetivo de mejorar su funcionamiento y optimizar los resultados. Se escogieron el asma bronquial, la cefalea y las neumonías, por su alta prevalencia y porque su abordaje era factible en términos organizativos y de eficiencia. El indicador de satisfacción fueron las reclamaciones por demora asistencial (RDA).
Objetivos: valorar la efectividad de las diferentes estrategias utilizadas en la búsqueda de la Mejora Continua de la Calidad Asistencial.
Metodología: se midieron los indicadores retrospectivamente, se realizaron las intervenciones y se volvieron a medir en los mismos meses al año siguiente. Asma y RDA periodo de 6 meses (2004-2005); neumonías periodo de 2 meses (2002-2005) y cefalea periodo de 2 meses (2004-2005). 1) Asma bronquial: medición de frecuencia respiratoria y medición de peak-flow. Se realizó un protocolo y un curso de formación para enfermería. 2) Cefaleas: administración de tratamiento en urgencias, recomendación de analgesia al alta y realización de TAC. Se realizó un protocolo para los médicos. 3) Neumonías: medición saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria, constancia de índice de severidad de neumonía (ISN), inicio del tratamiento antibiótico en <4h desde la admisión e ingresos inadecuados. Se formó un Grupo de Mejora integrado por enfermería y médicos de los servicios de medicina interna y urgencias realizándose un protocolo consensuado, sesiones de formación periódicas y

revisiones anuales. 4) RDA: se cambió el sistema de triage y se facilitó una pantalla digital informativa de tiempo de espera en la sala de espera.
Resultados: 1) Asma bronquial: peak-flow 37% vs. 54.5% (p<0.001), FR 79% vs. 81%. 2) Cefalea: tratamiento en urgencias 43.6% vs. 61.7% (p<0.05), tratamiento al alta 69.8% vs. 84.7% (p<0.05), realización de TAC 19.6% vs. 14.2%. 3) Neumonías: satO2 81% vs. 93%, FR 58.6% vs. 68.4%, ISN 11.1% vs. 46% (p<0.001), inicio tratamiento a <4h 2.1% vs. 87.3% (p<0.0001), ingresos inadecuados 32% vs. 7% (p<0.01). 4) RDA: 48% vs. 40%.
Conclusiones: a pesar de que todas las estrategias utilizadas lograran mejoras en los indicadores el Grupo de Trabajo que abordó la patología Neumonías, integrado por diferentes servicios y distintos profesionales, se mostró como el más efectivo para lograr sus objetivos.
Contacto: Francesc Fatjó Hurios
32249ffh@comb.es

C-159.- ANÁLISIS DE LAS READMISIONES EN " 72 HORAS EN URGENCIAS.
Losada B, Nisa I, De Haro M, Oliva JA, Gómez M, Ibernón M.

Introducción: El análisis de los pacientes que reconsultan en urgencias en un periodo inferior a las 72 horas constituye un criterio de efectividad y un eficaz método para evaluar la calidad asistencial.
Objetivo: Conocer la proporción y motivos de las readmisiones en nuestro servicio de urgencias.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo de observación de los episodios de readmisiones en < 72 h en los pacientes atendidos en el área de Medicina de urgencias, durante el periodo Agosto-Diciembre. Se comparó el diagnóstico principal (DP) de la asistencia del primer episodio de urgencias, con el DP del episodio de readmisión. El análisis fue realizado por personal facultativo de urgencias, a partir de la revisión de ambos informes de asistencia. Se siguieron los criterios establecidos por La Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y la Fundación Abedis Donabedian, con un valor estándar en una proporción inferior al 2.5% de readmisiones en relación al número total de pacientes atendidos en urgencias. Los motivos de las readmisiones fueron clasificados en: Tipo 0: error diagnóstico en primer episodio (1º ep) . Tipo 1: diagnóstico correcto en 1º ep con persistencia de la sintomatología. Tipo 2: efecto secundario a la medicación prescrita en 1º ep. Tipo 3: Motivo de consulta diferente al 1º ep. Tipo 4: Recitación relacionada con el 1º ep por parte del facultativo. Tipo 5: Otros motivos (error administrativo, etc.).
Resultados: En el periodo a estudio de un total de 6929 pacientes atendidos se observaron 254 readmisiones (3.67%). Los motivos de las readmisiones se han distribuido entre: Tipo 0: 18(7.1%), Tipo 1: 105(41.3%), Tipo 2: 7(2.8%), Tipo 3: 30(11.8%), Tipo 4: 38(15%), Tipo 5: 56(22%). Por tanto, el numero real de readmisiones es de 130 (1.88%). El 48.5% (63) son hombres, edad media de 56.04 ± 22.89, y 67(51.5%) son mujeres , edad media de 51.88 ± 22.93. Las patologías dermatológicas (13.1%), Urológicas (13.1%), Digestivas (10.1%), Respiratorias (10.1%) y Músculo-esqueléticas (6.9%), constituyen las principales causas de las readmisiones.
Conclusiones: La detección de un valor de readmisión superiores al estándar debe obligarnos a un análisis pormenorizado del mismo. La principal causa de readmisión reside en la persistencia de la sintomatología, principalmente relacionada con la patología cutánea, urológica, digestiva , respiratoria y músculo-esquelética. Nuestro porcentaje de readmisiones (1.88%) se halla, una vez depurado, dentro de los parámetros de calidad establecidos.
Contacto: Joan Antoni Oliva Vicedo
antoni.oliva@sanitatintegral.org

C-160.- PROYECTO "AVALUA". AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS A PARTIR DEL INFORME MÉDICO.
Aloy-Duch A, Domínguez-Maqueda J, Pozueco-Agreda R, Gutiérrez-Jordán U, García-Bargo E, Luco-Manubens A.

Objetivos: presentar los primeros resultados del proyecto "AVALUA" de autoevaluación de la calidad asistencial de dos Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), a partir de la valoración de los datos del informe médico de asistencia informatizado con la ayuda de un formulario en base de datos.
Material y métodos: Se recogen, aleatoria y randomizadamente, una muestra de informes de asistencia del SUH, extrayendo unos indicadores cuantitativos y cualitativos. El proyecto se diseñó a partir de un formulario informático ya previamente validado. El estándar se emplazó ≤ 85 %. Algunos indicadores asignados como "centinela" obligaban a discutirlos en sesión.
Resultados: Diez médicos evaluaron los informes de 80 médicos. Se incluyeron en el estudio 337 pacientes, edad media de 41,70 ± 26,65 años. Las patologías más frecuentes fueron: problemas traumatológicos sin fractura (dolor) con un 28,8 % y broncopatía en un 6,2 %. El indicador cuantitativo llegó al estándar (= 85 %), con áreas de mejora en la descripción de los hábitos , las constantes, las alergias y del tratamiento realizado. El indicador cualitativo sobrepasó el estándar (> 85 %) siendo las áreas de mejora: signos de alarma, fármacos genéricos, mejoría del síntoma–guía, adecuación de la exploración y descripción de antecedentes. El promedio del indicador suma fue del 91 %, si bien el cumplimiento simultáneo de los dos indicadores sólo llegó al 56 % (estándar ≤ 85 %). Un 0,6 % presentaron algún efecto adverso, y el 2,7 % fueron una readmisión. Detectamos 14 (4%) casos tributarios de ser presentados anónimamente y discutidos en sesión por pruebas inadecuadas o mal interpretadas en el 64% o ausencia de la exploración o del diagnóstico en el 14 %. Del total, ingresó en hospitalización un 10 % de pacientes; de éstos, el 100 % cumplieron con el indicador cualitativo de ingreso en planta, siendo el indicador suma de ingreso del 88 % (estándar ≤ 85 %).
Conclusiones: A pesar de que cada indicador separadamente llegó al estándar, el cumplimiento simultáneo de los mismos fue inferior al 85 % deseado, indicándonos que nos queda aún mucho camino para mejorar. Se detectó un pequeño grupo de indicadores centinela (4,7%) que precisarán la realización de sesiones clínicas para su discusión. El proyecto del formulario informático en base de datos "AVALUA" se perfila como el instrumento más útil hasta el momento para orientarnos e inferir a través del informe de alta médico de urgencias, de como estamos asistiendo a nuestros pacientes en los SUH
Contacto: Andreu Aloy Duch
aaloy@salutms.org

C-161.- MEDICIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD MEDIANTE MUESTREO PARA LA ACEPTACIÓN DE LOTES EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.
Granado S, Abad A, Hernández T, Sánchez A, Rodríguez P.

Objetivo: Determinar en que medida se cumplen 5 indicadores, considerados de calidad, en la asistencia prestada a los pacientes que acuden al servicio de urgencias.
Métodos:
Diseño: Estudio observacional retrospectivo.
Población de estudio: Pacientes adultos que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital terciario.
Muestra: Muestreo para la aceptación de lotes para un riesgo alfa del 5% y un poder estadístico del 80%. Se obtiene el tamaño muestral y el número mínimo de cumplimientos (tablas Lot Quallity Acceptance Sampling elaboradas por Lemeshow). Si no se alcanza el número mínimo de cumplimientos del indicador, rechazamos el "lote"; y concluimos que el estándar no se cumple. Si se sobrepasa el número mínimo de cumplimientos aceptamos que el estándar se cumple.
Recogida y análisis datos: Mediante revisión de informes clínicos y de registros de enfermería de urgencias se recogen 5 indicadores: medición de la saturación de oxígeno mediante pulsiosimetría a pacientes que consultan por disnea, medición de peak-flow en pacientes asmáticos, administración de corticoides iv en urgencias en pacientes EPOC en reagudización grave, tiempo desde la llegada a urgencias hasta la administración de analgesia intravenosa en pacientes que consultan por síntomas de cólico renoureteral y tiempo desde la llegada a urgencias hasta la realización de ECG en pacientes que consultan por dolor torácico.
Resultados: Se revisaron los informes de 97 pacientes con disnea, 132 con dolor torácico, 50 con síntomas de cólico renoureteral , 33 con asma bronquial y 60 EPOC reagudizados. La mediana de tiempo transcurrido para la realización de ECG en pacientes con dolor torácico fue 17 minutos (0-109) y para la administración de la primera dosis de analgesia en pacientes con sospecha de CRU fue de 56 minutos (9-177). Los niveles de cumplimiento de los indicadores de calidad fueron 91,8% en la determinación de la saturación de oxígeno en pacientes con disnea, 71,7% en la administración de corticoides iv a los pacien-

tes EPOC en reagudización grave, 42,9% en la determinación del Peakflow en pacientes asmáticos, 37.8% en el tiempo de realización de ECG a pacientes con dolor torácico y el 23,5% en el tiempo de administración de analgesia en pacientes con síntomas de cólico renoureteral.
Conclusiones: Es necesario mejorar la implementación de los protocolos existentes en urgencias, introduciendo en dichos protocolos los indicadores de calidad que nos permitan evaluar su cumplimiento.
Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

C-162.- IMPLANTACIÓN DE UNA CARTA DE CONTROL PARA EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SUMMA 112.
Martínez J, LLopis P, Solano R, Rodríguez N, De La Vega M, Medrano M.

Objetivos: Tomando como objeto de estudio el Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid, se pretende realizar un estudio continuo del proceso asistencial en su globalidad, es decir desde que el paciente demanda asistencia, hasta que es atendido. Mediante este estudio se implementa un sistema que alerta cuando el proceso esta fuera de control estadístico.
Metodología: Se recoge una muestra mensual aleatoria en donde se mide una serie de parámetros, elegidos de tal forma que su existencia en el proceso asistencial, significa que no se está desarrollando de la mejor manera posible.
Se realiza una carta de control para el número de promedio de disconformidades (carta "u"), para la cual se usa un periodo de aprendizaje en el que se calculan los limites superior e inferior utilizando la base de datos histórica del año 2005. El proceso se monitoriza mensualmente durante el año 2006, observando si el proceso continúa bajo control.
Resultados: Durante el periodo de aprendizaje, debemos rechazar los meses correspondientes al periodo de epidemia gripal, por no ser la situación estándar para el cálculo de los límites de control. Durante el año 2006, el proceso se encuentra en una situación de control estadístico.
Conclusiones: El gráfico de control resulta ser de gran utilidad ya que da una información general y rápida del estado del proceso asistencial. Hasta el momento, durante el año 2006, no ha aparecido ningún punto fuera de control. En el momento en que esto suceda, se buscarán las causas asignables que lo producen, y si resultan ser causas asignables eliminarlas.
Como crítica al modelo aquí expuesto, decir que la muestra podría ser recogida semanalmente en lugar de mensualmente puesto que así se podría reaccionar con mayor prontitud.
Contacto: José Martínez Gómez
jmartinez.summa@salud.madrid.org

C-163.- UTILIDAD DE LA CIE-9 EN LA CODIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ALTA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS.
Mariné-Blanco M, Arribas-de Paz V, Cebrián-Patiñó E, Rodríguez-de Pablo S, Chirinos-Hoyos J, Gamero-Donis D.

Objetivos
1.- Evaluar la utilidad del sistema de codificación de diagnósticos (CIE-9), en un servicio de urgencias hospitalario de reciente apertura.
2.- Analizar las dificultadas encontradas para la realización de dicha codificación y proponer las mejoras para su utilización.
Metodología: Se realizó la implantación del sistema codificación diagnóstica CIE-9, en la historia electrónica del servicio de urgencias. Se realizo una sesión explicativa sobre el funcionamiento y forma de búsqueda e introducción de los diagnósticos. Al mes de haber iniciado la implantación de la codificación se analizaron los porcentaje de codificaciones realizadas y se pasó una encuesta, a los profesionales que habían utilizado el sistema, para que expusiera las dificultades encontradas al realizar la codificación y las mejoras que proponían para realizar la misma.
Resultados: La codificación global realizada por los médicos del servicio fue del 20%. El 17% no codificó ningún diagnóstico de alta, el 58% codificó entre el 1 y el 25%. Y un 8% codificó más del 75% de los diagnósticos de alta.
El 100% de los facultativos indicó que el principal problema que habían encontrado para clasificar había sido "No encontrar el diagnóstico buscado". En el 57% de los casos expresaba que el la codificación utilizada no se ajustaba al diagnóstico que querían indicar, un 29% de ellos indicaban que habían tenido problemas informáticos que les había impedido codifica, otro 29% que no tenían los conocimientos informático necesarios para manejar la herramienta de codificación y otro 29% consideraba que la codificación les hacía perder tiempo en su trabajo.
El 100% de los médicos proponían como mejora la adaptación de la CIE-9. El 29% proponía utilizar una codificación nueva más genérica y el 14% proponía que la codificación la hiciera otra persona que se encargará de correlacionar los diagnóstico indicados en el informe de alta con la CIE-9.
Conclusiones:
1.- El sistema de clasificación de diagnósticos CIE-9, no ha sido útil para realizar una codificación de los diagnósticos de alta del servicio de urgencias.
2.- La principal dificultad encontrada para su utilización ha sido la de no encontrar el diagnóstico buscado.
3.- Es necesario adaptar la CIE-9 a los diagnóstico utilizados en el servicio de urgencia, debiendo implicarse en este proceso, tanto los profesionales del servicios de urgencias como profesionales del servicio de documentación clínica del hospital.
Contacto: Miguel Mariné Blanco
mmarine@sanitas.es

C-164.- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CASUÍSTICA DE 4 SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS USANDO EL MODELO ANDORRANO DE TRIAJE.
Aloy-Duch A, Vega-García JL, Solis-Servert J, Bou-Creixell M, Gómez-Jiménez J, Paluzie-Ávila G.

Objetivos: Evaluar por primera vez en nuestro entorno sanitario la casuística comparada de cuatro SUH que tienen implantado el Modelo Andorrano de Triaje (MAT) y describir las diferencias entre ellos.
Metodología: Estudio multicéntrico, descriptivo y observacional, de todos los pacientes clasificados el año 2005 mediante el Programa de Ayuda al Triaje (web_e-PAT) en los SUH de cuatro centros hospitalarios, 3 de Cataluña (Hospital de Calella: HC, Hospital de Blanes: HB y Hospital Municipal de Badalona y 1 del Principado de Andorra (Hospital Nostra Senyora de Meritxell: HNSM. El análisis de los Grupos relacionados con la urgencia, el destino desde urgencias y la edad (GRUDE) se realizó de forma automatizada mediante análisis de la base de datos de la Historia Clínica Electrónica. Se realizó un análisis comparativo de la casuística de los SUH incluidos en el estudio, y se determinó el peso medio relativo (PMR) de los pacientes para cada uno de los centros.
Resultados: Fueron clasificados un total de 195.707 pacientes: 57.265 en BSA, 50.602 en HC, 49.187 en HB y 38.653 en HNSM. Los PMR fueron: HC 1,090, HB 1,084, BSA 1,071 y HNSM 1,030. El mayor PMR del HC se explica por una mayor prevalencia relativa de pacientes (PRP)de los GRUDE 8, 12 y 16 (pacientes con alta urgencia, edad >= 64 años y que ingresan), mientras que el menor PMR del HNSM se explica por una mayor PRPde los GRUDE 27 y 28 (pacientes con menor urgencia, menores de 35 años y que son dados de alta). En el HB se observa una mayor PRP del GRUDE 12 y de los GRUDE 23, 24 y 25 (pacientes de nivel III dados de alta) y en BSA del GRUDE 12 y de los GRUDE 28, 29, 30 y 31 (pacientes de nivel IV y V dados de alta).
Conclusiones: El análisis de la casuística de los SUH basado en la clasificación de los GRUDE ha demostrado ser factible en nuestro entorno y una herramienta de comparación entre servicios de fácil y cómoda aplicación. Aunque el estudio incluye SUH con un perfil aparentemente similar, su análisis comparativo ha permitido observar diferencias entre ellos en relación a la urgencia y complejidad de los mismos, que finalmente repercuten en el peso medio relativo de sus pacientes. A medida que los centros que están implantando el Sistema Español de Triaje (SET) y el MAT evalúen su casuística, observaremos un progresivo aumento del conocimiento comparado de nuestra realidad asistencial, contribuyendo en la mejora de la calidad y eficiencia de nuestros SUH.
Contacto: Andreu Aloy Duch
aaloy@salutms.org

C-165.- PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCESOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.
Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez MD, Picallo-Piñón M, Cegarra-García MS.

Objetivos: En abril realizamos una autoevaluación siguiendo el modelo EFQM, priorizando como área de mejora la implantación de la Gestión

por Procesos. Necesitábamos conocer la realidad de nuestros procesos con datos objetivos, diseñar e implantar intervenciones de mejora y obtener resultados a un relativo corto plazo, para así motivar a los trabajadores para implicarlos en la mejora continua.
Métodos: Utilizamos el Ciclo de Mejora como herramienta: identificación y priorización de oportunidades de mejora mediante la técnica del grupo nominal, análisis del problema con el diagrama causa-efecto, diseño de estudio de nivel de calidad; análisis y presentación de los datos de la evaluación (1 de enero a 31 agosto 2004); diseño de intervenciones para mejorar (diagrama de afinidades y de Gantt); implantación de la intervención diseñada; reevaluación y documentación de la mejora conseguida (Pareto antes-después agosto 2005).
Resultados: Se priorizó como área de mejora la sistematización de procesos de la organización. Realizamos un estudio del nivel de calidad de los procesos evaluando 6 criterios para analizar la calidad científico-técnica en todos los procesos identificados en nuestro mapa de procesos (118). El grado de cumplimiento de los criterios fue: C1 0, C2 53.39%, C3 41.53%, C4 40.68%, C5 33.9%, C6 27.97%. Se implementaron 14 intervenciones de mejora y se reevaluaron los procesos: C1 12.71%, C2 50.85%, C3 56.78%, C4 61.02%, C5 100%, C6 48.31%. Mejora relativa C1 12.71%, C3 26.08%, C4 34.29%, C5 100%, C6 28.24%.
Conclusiones: El área de calidad empezó a funcionar en enero de 2004 y este proyecto nos ha permitido familiarizarnos con el manejo de las herramientas y la terminología empleada en la gestión de la calidad y GPP, comprobar su utilidad y obtener resultados positivos, objetivos y medibles, de nuestro trabajo. La experiencia ha servido para generar una cultura de calidad en el Servicio.
Contacto: M. Dolores Martín Rodríguez
lola.martin.Rodríguez@sergas.es

C-166.- DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA LA AGILIZACIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS URGENTES.
Broto A, Serrano MA, Tello C, Ballano MA, Sanz JC.

Objetivos: Analizar los tiempos en la atención en el Servicio de Urgencias desde la llegada al ingreso hospitalario.
Detectar posibles áreas de mejora en los distintos periodos del proceso asistencial a fin de incidir en las causas que demoran el ingreso.
Minimizar el número de pacientes ectópicos gestionando el ingreso en la unidad de enfermería idónea.
Método: Fase 1. Medición de tiempos:Hora de llegada a Urgencias, hora de solicitud de cama por el facultativo, hora de asignación de la cama por Admisión y hora de ingreso real en planta. Estos tiempos se registran en el programa informático de gestión de camas.
Fase 2: Detección de áreas de mejora. Análisis de todos los circuitos y profesionales implicados en cada uno de los periodos del proceso asistencial hasta el ingreso hospitalario y posibles causas que lo demoran.
Para obtener información on-line sobre la situación real de las camas hospitalarias se utiliza la Intranet como herramienta de comunicación básica con las distintas unidades de enfermería.Permite la visualización de la cama asignada por Admisión desde Urgencias y su disponibilidad.
Resultados: Se analizaron 8647 ingresos urgentes de 21 servicios medico-quirúrgicos solicitados a la Unidad de gestión de camas en 2005. El tiempo medio desde el ingreso hasta la solicitud de cama fue de 3,54 horas.El tiempo medio petición- asignación de cama fue de 2,92 horas para los servicios médicos y 2,62 para los quirúrgicos.Sin embargo, desde la asignación hasta el ingreso efectivo en planta, el tiempo medio para los servicios quirúrgicos fue de 2,88 horas, frente a las 2,58 para los médicos.Se incidió en que los ingresos se realizaran en la unidad de enfermería correspondiente, habiendo conseguido reducir el número de pacientes ectópicos del 69% antes de la gestión centralizada de camas hasta 22,2% actual.La implicación de enfermería en la gestión de camas ha sido primordial desde la puesta en marcha del proyecto para la agilización de las altas.
Conclusiones: La medición de tiempos permite delimitar en que periodo se produce la demora del ingreso, causas que dilatan el tiempo total de permanencia en Urgencias y establecer con los profesionales implicados en cada fase los aspectos asistenciales (triaje, protocolos...), aspectos organizativos (guías de procedimientos, circuitos, manuales de funciones...) y aplicaciones informáticas que agilicen la asistencia del paciente sin menoscabo de la calidad asistencial.
Contacto: Ana M. Broto Civera
admh-broto@hcu-lblesa.es

C-167.- CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO CON EL DEL ALTA HOSPITALARIA.
Skaf-Peters E, Mínguez-Masó S, González-Rodríguez R, Del Baño-López F, Echarte-Pazos JL, Campodarve-Botet I.

Objetivos: Conocer la concordancia entre el diagnóstico realizado en el área médica de Urgencias y el del alta del hospital en un hospital general universitario.
Material y Métodos: Estudio descriptivo prospectivo realizado en pacientes pendientes de ingreso hospitalario desde el área médica del servicio de urgencias. Se compararon de forma sistemática los 3 diagnósticos principales del informe de urgencias con los del informe de alta hospitalaria. Se recogieron los siguientes datos del informe de alta de urgencias: edad, sexo, franja horaria de petición de ingreso (mañana, tarde o noche), día (laborable o festivo), médico que solicita el ingreso (adjunto o residente) y los 3 diagnósticos principales. Posteriormente se obtuvieron del informe de alta hospitalaria los 3 diagnósticos principales, días de estancia y éxitus o no del paciente.
En los casos en los que no había concordancia diagnóstica investigamos el motivo de diferencia clasificando los errores en 5 categorías: 1)valoración clínica, 2) valoración radiológica, 3) valoración electrocardiográfica 4) Valoración analítica 5) no determinado.
Resultados: Estudio de 111 pacientes pendientes de ingreso de los cuales 31 se perdieron para el análisis posterior. Encontramos concordancia diagnóstica en uno o más de los diagnósticos principales en el 72,1% de los casos. Los motivos de discordancia más frecuentes fueron error en la valoración clínica en 10 casos (52,6%) y error en la valoración radiológica en 9 casos (47,4%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a si el ingreso había sido realizado por adjuntos o residentes, en distinta franja horaria, día laborable o festivo , ni en la edad de los pacientes. Entre los pacientes con y sin concordancia diagnostica la estancia media (12 vs 11 días) y el número de exitus (1 vs 0 exitus) fueron similares.
Conclusiones: La concordancia entre el diagnóstico de Urgencias y del alta hospitalaria fue mayoritaria, sin que la experiencia del médico ni la hora del día influyeran en ello. Los motivos principales de discordancia fueron errores en la valoración clínica y en la interpretación radiológica. La falta de concordancia diagnóstica no tuvo impacto en la estancia media ni en el número de éxitus.
Contacto: Elías Skaf Peters
86407@imas.imim.es

C-168.- ¿NECESITAMOS UN NEURÓLOGO EN URGENCIAS?.
Sánchez C, Lorenzo S, Barón M, Pardo J, Pareja JA, Vela L..

En hospitales pequeños no se justifica la existencia de un neurólogo de guardia en base al coste que genera. Las camas asignadas a neurología son insuficientes para atender la demanda de patología neurológica, por lo que optimizar la utilización de esas camas es un objetivo de mejora. La literatura recoge entre un 15 y un 26% de ingresos evitables y como la valoración precoz por el neurólogo, reduce la mortalidad y mejora la situación funcional al alta de los pacientes con patología cerebrovascular. Quisimos investigar en nuestro hospital, si la valoración en urgencias de los pacientes por parte de neurólogo, supondría un beneficio para nuestros pacientes y para el propio hospital.
Objetivo: Calcular estancias evitables en camas de neurología, si la valoración en Urgencias la realizase el neurólogo y comparar situación funcional al alta, estancia media, complicaciones y mortalidad durante el ingreso en pacientes con patología cerebrovascular (PCV) según hayan sido valorados o no por el neurólogo en la urgencia.
Material y Método: Revisión retrospectiva de historias clínicas de ingresos en Neurología (noviembre-05 y marzo-06). Datos recogidos: sexo, edad, valoración o no en Urgencias por neurólogo, días de estancia. Pacientes con PCV : Ranking al alta y al tercer mes, mortalidad y complicaciones durante el ingreso. Pacientes no valorados por el neurólogo en Urgencias, con la primera valoración neurológica, se consideró

ingreso evitable si: diagnostico de patología no neurológica o patología neurológica subsidiaria de manejo ambulatorio.
Resultados. Pacientes ingresados: 172; 138 desde Urgencias. 44,6% valorados por el neurólogo en urgencias. Los 76 restantes fueron considerados en la primera valoración neurológica como: patología no neurológica: 16,5% (17) ; patología para estudio ambulatorio: 8,1% (8). Total de estancias generadas: 282 (26 pacientes, estancia media 11,3) lo que supone 1,8 pacientes/día. 88 pacientes ingresaron por PCV: 43% valorados en urgencias. Pacientes valorados: estancia media 9,56+6,95; complicaciones 22%; rankin al alta<2: 56%; rankin 3 meses <2 69%; mortalidad 6%. Pacientes no valorados: estancia media 15,86+26,4; complicaciones 47%; rankin al alta <2: 23%; rankin 3 meses <2 43%; mortalidad 14%.
Conclusiones. La presencia de un neurólogo en la urgencia ahorraría más de una cama diaria y mejora en todos los parámetros estudiados la evolución y el ingreso de los pacientes con patología cerebrovascular.
Contacto: Carmen Sánchez Sánchez
csanchez@fhalcorcon.es

C-169.- ANÁLISIS DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.
Martínez I, Mendoza C, Tejada A, Sanz L, Varela B, Ramos M.

Introducción: La sospecha de consumo de drogas es un hecho relativamente frecuente en los pacientes que, bajo determinadas condiciones clínicas, acuden al Servicio de Urgencias.
Objetivos: Elaborar el mapa de consumo de drogas en los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital de Bilbao, analizar su tendencia y adecuar la realización de la prueba diagnóstica utilizada al resultado obtenido.
Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los resultados de las peticiones de screening de drogas de abuso en orina solicitadas al laboratorio de Urgencias entre los años 2004 y 2005. En la detección se utilizó el INSTANT-VIEW® Multi-Drug Screen Urine Test -7 minutos- de inmunoanálisis cromatográfico de un solo paso que determina los valores de corte de 9 analitos (Anfetamina 1000 ng/ml, Barbitúricos 200 ng/ml, Benzodiacepinas 300 ng/ml, Cocaína 300 ng/ml, Metanfetamina 500 ng/ml, Morfina 300 ng/ml, Metadona 300 ng/ml, Fenciclidina 25 ng/ml, Marihuana 50 ng/ml)
Resultados: Se analizaron un total de 1588 peticiones en el año 2004 y de 2221 en el año 2005. De ellas, 975 (61,4%) y 1082 (48,7%) fueron positivas a alguna droga, respectivamente. En el año 2004, 528 (33%) peticiones fueron positivas a una droga, 315 (19.8%) a 2 drogas, 92 (5.8%) a 3 drogas, 26 (1.6%) a 4 drogas, 13 (0.8%) a 5 drogas y 1(0.06%) a 6 drogas. En el año 2005, 609 (27.4%) fueron positivas a una droga, a 2 drogas 315 (14.2%), a 3 drogas 101 (4.6%), a 4 drogas 42(1.9%), a 5 drogas 14 (0.6%) y a 6 drogas 1 (0.05%). Las Benzodiacepinas, solas o combinadas, fueron las más detectadas: 538 (33,9%) en 2004 y 598 (26,9%) en el año 2005. El Cannabis, sólo o combinado, es la segunda droga más detectada, 458 (28,8%) positivos en el año 2004 y 476 (21,4%), y pasa a ser la primera en las combinaciones de tres drogas o más. Cuando se detectan cuatro drogas en la misma muestra, al cannabis le sigue de cerca la cocaína, 296 (18,6%) en 2004 y 351 (15,8%) en 2005. La metadona es la cuarta droga más frecuente, con 132 (8,31%) positivos en 2004 y 156 (7.0%) en el año 2005.
Conclusiones: 1) Cuando se detectan Benzodiacepinas como única droga no puede concluirse que se trate de peticiones por tratamiento médico o la detección sea por abuso; 2) El cannabis es la droga de abuso más frecuente en nuestro medio; 3) El cannabis y la cocaína son las mezclas más frecuentemente detectadas en los casos de tres o más positivos; y 4)Las benzodiacepinas y el cannabis se detectan con más frecuencia solas que combinadas, a diferencia de las drogas restantes.
Contacto: Inmaculada Martínez Matienzo
baular@terra.es

C-170.- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS: EVOLUCIÓN EN LE TIEMPO.
Ochando-García A, Hernández ME, Lorenzo S, MAs MI, Noria M.

Objetivo. Determinar la evolución en el tiempo del nivel de satisfacción de los pacientes en diálisis, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP), de nuestra unidad.
Método. Ámbito: hospital público nivel II de la Comunidad de Madrid. Población de referencia en la especialidad de nefrología de 450.000 habitantes.
Estudio descriptivo transversal de los pacientes en diálisis de nuestro hospital, realizando tres puntos de corte correspondientes a los meses de Febrero-Marzo de 2004, 2005 y 2006.
Para la valoración de la satisfacción se utilizó el cuestionario SERVQHOS modificado. Tras informar del estudio se administraron los cuestionarios que posteriormente fueron depositados en un buzón específico, garantizando siempre su anonimato.
Para el análisis estadístico se creó una base datos ad-hoc que fue exportada al programa SPSS obteniendo las frecuencias y medias de puntación. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad. Mediante análisis factorial se identificaron los atributos determinantes de la satisfacción. Se utilizó la prueba ANOVA para el análisis de las medias y la evaluación de la tendencia de los tres años.
Resultados. La muestra estudiada en 2004/2005/2006 fue de 56/77/90 pacientes, con una tasa de respuesta de 98/95/97%. El 52/73/66% eran hombres y el 48/27/34% mujeres. Edad media 71±13/ 61±13/ 63±12 años.
El alpha de Crombach fue de 0.95/0.93/0.96.
La satisfacción media global de los pacientes en HD en los años 2004/2205/2006 fue de 3.41/3.28/3.32 y en DP en los años 2005/2006 fue de 3.68/3.7. En el año 2004 no se pudo estudiar a los pacientes en DP por no haber una muestra suficiente.
Del análisis anova se desprende que no existen diferencias significativas entre las medias de satisfacción de los pacientes en los años de estudio, lo que nos indica una tendencia a mantenerse estable.
No se encontró correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción de los pacientes en los tres años de estudio.
Conclusiones. El nivel de satisfacción en los pacientes de DP es mayor que el de los pacientes en HD.
La tendencia del nivel de satisfacción es de estabilidad a lo largo de los tres años de estudio.
Contacto: Antonio Ochando García
aochando@fhalcorcon.es

C-171.- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y CALIDAD DE VIDA LABORAL DEL PERSONAL DE enfermería EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS.
Hernández-Meca E, Ochando A, Lorenzo S, Más MI, Noria M.

Objetivos. Determinar grado de satisfacción de los pacientes en diálisis, comparando los pacientes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP), así como su posible relación con la calidad de vida laboral del personal de enfermería.
Conocer los determinantes que generan mayor satisfacción en los pacientes y el personal de enfermería de la unidad.
Método. Ámbito: Hospital de segundo nivel del Servicio Madrileño de Salud.
Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes y del personal de Enfermería de la unidad de diálisis.
Cuestionarios: Se evaluó la satisfacción mediante SERVQHOS modificado,previo consentimiento.Se utilizo la escala Q-LABORS 56 para medir la calidad de vida laboral (CVL) de enfermería. Ambos cuestionarios fueron puntuados en una escala Likert (de 1 a 5).
Una vez cumplimentados ambos cuestionarios eran depositados en buzones específicos en la unidad.
Análisis estadístico: programa SPSS obteniendo las frecuencias y medias de puntuación en cada ítem. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad. Mediante análisis factorial se identificaron los atributos determinantes de la satisfacción y CVL.
Resultados.Muestra: 90 cuestionarios SERVQHOS. Tasa de respuesta del 96.8%. Características demográficas HD/ DP: pacientes encuestados 57/33, el 58/73% eran hombres y el 42/ 27% mujeres. Edad media 68,9 ± 12 / 57,1±12 años. Alpha de Cronbach 0,97/ 0,95.
Q-LABORS, se entregaron 34 cuestionarios. Tasa respuesta 97%. El 12% del personal eran hombres y el 88% mujeres, edad media: 35.3±7 años, con una experiencia laboral de 13±6 años. Alpha de Cronbach 0,41, que nos indica que los datos no son fiables.
En el análisis de la primera parte del cuestionario SERVQHOS apreciamos que la variable menos puntuada en HD fue la facilidad para llegar al hospital y en DP el. Tiempo de espera en la consulta medica. No se

encontró correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción.
Conclusiones.El grado de satisfacción de los pacientes de HD/DP es 3.32/ 3.70.
No podemos correlacionar la satisfacción del paciente con la CVL del personal, por falta de fiabilidad en los datos del personal de enfermería.
Los atributos determinantes de la satisfacción de los pacientes en HD son: Si el personal cumple lo que dice, Rapidez en conseguir lo que necesita, Capacidad del personal en comprender necesidades. En DP son: Puntualidad de la consulta de enfermería, Estado salas HD, Amabilidad, Disposición para ayudar, Capacidad del personal en comprender necesidades.
Contacto: M. Encarnación Hernández Meca
mehernandez@fhalcorcon.es

C-172.- DISEÑO DE UNA GUÍA PARA LA MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL TRASPLANTADO RENAL.
Escobar MJ, Quintas J, Guerrero O.

Objetivos. Los objetivos para el diseño de la Guía son proporcionar al paciente información sobre las cuestiones que le preocupan con mayor frecuencia, disminuir la angustia e incertidumbre sobre los procedimientos a que va a ser sometido y facilitar la incorporación a su medio habitual y reconocimiento de complicaciones.
Método. Se realizó un estudio observacional en 77 pacientes trasplantados en la Unidad de Transplante Renal (UTR) de un hospital regional. La duración del estudio fue de un año, desde marzo de 2003 a marzo de 2004. Se utilizaron entrevistas interactivas no estructuradas y conducidas por las demandas del propio paciente. Los participantes forman un grupo único con 48 hombres y 29 mujeres con edades comprendidas entre 19 y 48 años. Se introdujeron elementos sistemáticos de observación a lo largo de la entrevista que se iniciaba con un diálogo y una secuencia interactiva que era analizada en sus características estructurales. Se realizó una codificación independiente por tres observadores de la UTR.
Resultados. A partir del análisis de las entrevistas se identificaron los requerimientos de información por parte de los pacientes y se diseñó la guía para proporcionar de forma estructurada los conocimientos necesarios. La guía está diseñada para dar la información en el orden lógico del proceso de trasplante desde la hospitalización hasta los cuidados después del alta hospitalaria. La Guía tiene un apartado sobre información general y otra que responde a las 20 preguntas identificadas como más frecuentes. Los problemas abordados son: ansiedad/temor, régimen terapéutico, rechazo del injerto, riesgo de infección, desequilibrio nutricional y actividades recreativas.
La Guía ha sido incorporada de forma protocolizada en la valoración de necesidades del paciente por parte del personal de enfermería.
Conclusiones. El trabajo de campo ha permitido identificar de forma estructurada los requerimientos de información de los pacientes trasplantados y ha sido la base del diseño e implementación de las actividades de información y educación del paciente trasplantado con el soporte de la Guía.
Contacto: M. José Escobar García
mjescobar_G@hotmail.com

C-173.- GUÍA DE INFORMACIÓN A PACIENTES EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS.
Llorente-Parrado C, Grande-Arnesto M, Cerpa-Calderón M, García-Caballero J.

Introducción y objetivo: los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad profesional, ética y legal de informar a los pacientes sobre su enfermedad y las actividades asistenciales que pueden recibir. Esta información permite al paciente participar en la toma de decisiones, promueve su competencia en los cuidados durante todo el proceso, disminuye la ansiedad frente a la enfermedad, mejora el cumplimiento terapéutico y la satisfacción de los pacientes y familiares. La información escrita refuerza a la oral, aunque no debe sustituirla.
El objetivo de la realización de una Guía de Información a pacientes en Servicios Quirúrgicos es mejorar la información a pacientes y familiares atendidos en Servicios Quirúrgicos.
Material y métodos: mediante revisión bibliográfica utilizando buscadores sumsearch y google, con las palabras clave "department card", "patient information" y revisión de páginas web de instituciones hospitalarias y sociedades científicas. De la información seleccionada se ha desarrollado, utilizando Word, power point y Excel, los documentos de la guía que proponemos.
Resultados: se ha realizado una guía de información en Servicios Quirúrgicos que consta de los siguientes documentos;
1. Carta de Servicio, diseñada en forma de tríptico; con información general del Servicio y su organización. Incluye recomendaciones generales previas a la cirugía así como información general para la estancia en el Servicio.
2. Documentos específicos para cada procedimiento: información preoperatoria, información sobre la intervención, información sobre la estancia en planta y documento de recomendaciones al alta.
3. Formato de informe de alta adecuado a los servicios quirúrgicos.
Conclusión: se ha organizado la estructura del proceso de información de los Servicios quirúrgicos para posibilitar una información mejor y más completa y que, además, puede evaluarse con objetividad para su mejora continua.
Contacto: César Llorente Parrado
fadinho2001@hotmail.com

C-174.- ¿ESTÁN BIEN INFORMADOS LOS PACIENTES QUE SE SOMENTEN A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?.
Lozano MJ, Navarro MD, Maestro MA, Soria V, Guzmán P, Aguayo JL.

Objetivo: Evaluar la calidad de la información prestada a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica mayor.
Métodos: Se ha realizado un cuestionario breve a una muestra de 118 pacientes consecutivos que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica mayor programada de las especialidades Cirugía General y Urología de nuestro Centro. Las preguntas han sido: 1. ¿Conoce la patología o enfermedad por la que va a ser intervenido?. 2. ¿Sabe el nombre del cirujano que lo va a intervenir?. 3. ¿Conoce en qué consiste la intervención que le van a practicar?. 4. ¿Sabe el tipo de anestesia que se le va a aplicar?. Los datos de los resultados de la encuesta se han comparado con los datos reales para comprobar si hay concordancia con las variables siguientes: edad, sexo, nivel de estudios, tipo de intervención y, en su caso, consulta previa de preanestesia. La encuesta se formalizó en la antesala de quirófano, por el personal de enfermería del mismo.
Resultados: Se han entrevistado 118 pacientes, con edad media 57,9 años, en 81 casos hombre y en 37 mujeres. A la primera pregunta hubo concordancia en el 97,5% de los casos. En la segunda, el 60,2% sabían el tipo de intervención. El 50,8% de los pacientes conocían el nombre del médico que los iba a intervenir. Respecto a la última pregunta, el 57,6% sabían el tipo de anestesia propuesto. Excepto en la primera pregunta, hubo diferencias significativas entre sexos, estando las mujeres mejor informadas que los hombres. Con respecto al nivel de estudios, también hubo diferencias significativas entre los pacientes con nivel básico o nulo de estudios y los pacientes con niveles medios, siendo éstos últimos los mejor informados en todas las preguntas, excepto en la primera donde no hubo diferencias. Tampoco existieron diferencias entre el nivel medio de estudios y el superior en ninguna cuestión. Con respecto a los grupos de edades, ha habido diferencias significativas en el grupo de pacientes > 65 años, los cuales poseen menos información respecto a los otros grupos.
Conclusiones: Los pacientes que se somenten a una intervención quirúrgica en nuestro Centro están bien informados de la patología o enfermedad que les conduce a la intervención, aunque desconocen información básica relacionada con el conjunto del acto quirúrgico. Este desconocimiento es elevado en los varones con bajo nivel de estudios y mayores de 65 años
Contacto: José Luis Aguayo Albasini
josel.aguayo@carm.es

C-175.- LA CORRECTA INFORMACIÓN AL PACIENTE PRINCIPAL INDICADOR DE CALIDAD EN EL PROCESO DE LA CMA.
Germán-Martínez AI, Escobio-González P, Flórez-Pereiras A, Expósito-Jerez F, Fernández-Ruiz N, Gómez-Cagigas M.

Objetivos: Implantación de un plan de información sistematizada al paciente para una preparación pre y postquirúrgica adecuada.

Evaluación del mismo. Optimización del tiempo quirúrgico detectando con antelación posibles causas de anulación.
Metodología: Se entrega en la Consulta de Anestesia, al realizar el preoperatorio, un tríptico diseñado específicamente para el programa de cirugía sin ingreso, cuya información consta de tres partes, instrucciones a seguir por el paciente antes de su ingreso, día de la intervención y días posteriores al alta. Se realiza una llamada prequirúrgica el día anterior a la intervención, recordando instrucciones, resolviendo dudas y detectando posibles anulaciones y sus causas. Se cumplimenta la Hoja de control de CMA el día de la intervención, comprobando la correcta preparación prequirúrgica, analizando la efectividad de la información previa. Al alta se entrega un folleto con recomendaciones post quirúrgicas que incluye instrucciones especificas al paciente según la intervención realizada e instrucciones comunes a todos los procesos. El paciente cumplimenta una encuesta de satisfacción en la cual se incluyen Items relacionados con la información recibida. Se realiza un seguimiento postquirúrgico sistemático vía telefónica y en la Consulta correspondiente (48-72 horas) para la detección de posibles complicaciones y resolución de dudas que se le puedan presentar al paciente. Existe una hoja de registro para la vigilancia de la infección potsquirúrgica.
Resultados: En 2005 se han realizado 2.358 CMA, de los cuales el 85,8% refiere conocer la información del tríptico entregado; el 1,9% de total de la cirugía programada se suspendió por distintos motivos detectados en la llamada prequirúrgica del día anterior; el 91,37% de pacientes ingresa con una preparación prequirúrgica adecuada; el 95,9 % de pacientes valora positivamente la información recibida sobre su proceso y la estancia en la Unidad, considerando en su mayoría esta información completa. La incidencia de infecciones posquirúrgicas ha sido del 0,73%.
Conclusiones: La valoración de la efectividad del tríptico informativo junto con la llamada prequirúrgica ha sido muy positiva. Los pacientes a su ingreso estaban correctamente preparados, lo que permite una optimización de los tiempos quirúrgicos. La información postquirúrgica, entre otras, evita complicaciones y ayuda a potenciar la CMA. Una correcta información de todo el proceso aumenta la satisfacción del paciente.
Contacto: M. Nela Fernández Ruiz
mfernandezr@hsll.scsalud.es

C-176.- EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A, Bilbao A, Asturias MJ, Rodríguez S.

Introducción: El cumplimiento de los requisitos de calidad del Contrato-Programa es un compromiso que se establece entre la Dirección del Hospital y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Este documento incluye un anexo de Calidad con varios apartados. Uno de los requisitos de calidad en la ASISTENCIA ONCOLÓGICA se refiere al uso del Consentimiento Informado (CI) en los Servicios de Cirugía y Oncología Médica.
Objetivos: 1. Evaluar la disponibilidad en la Historia Clínica del documento de Consentimiento Informado para los procedimientos quirúrgicos más prevalentes de los Servicios de Cirugía. 2. Comprobar el resultado de las acciones de mejora introducidas
Métodos: 1. Se solicita un listado de los pacientes intervenidos en el año 2005, clasificado por GRD y Procedimiento Quirúrgico, 2. Criterios de inclusión: Primer episodio, primer procedimiento quirúrgico, 25 GRDs más frecuentes, 3. Se realiza un muestreo aleatorio simple para obtener 100 pacientes de cada uno de los Servicios quirúrgicos (Cirugía A y Cirugía B), 4. Se solicitan las historias al archivo y se recogen las siguientes variables: cirujano principal, existencia de CI y modelo utilizado, firma del cirujano responsable y del paciente, 5. Se reestructura el circuito de elaboración y validación de los CI.
Resultados: 1. Los 25 GRDs más frecuentes representan el 66% y el 71% de los pacientes intervenidos en los Servicios de Cirugía A y Cirugía B, respectivamente, 2. En el 53,5% de los pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía A, y en el 42,9% de los pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía B no se encontró el Consentimiento Informado en las historia, 3. No se demuestra que el problema se localice en un grupo concreto de cirujanos o procedimientos específicos, 4. Se utilizan formatos diferentes de CI, y en ningún caso el formato corporativo.
Conclusiones: 1. Es necesario realizar una verificación sistemática de la disponibilidad de los CI en las historias clínicas de los Servicios de Cirugía. 2. El análisis de causas de la falta de disponibilidad requiere revisar el circuito de información y facilitar el acceso (sobre todo extrahospitalario) de los facultativos al CI. 3. Es necesario establecer estrategias que faciliten el cambio cultural hacia la autonomía y responsabilidad del paciente en los procedimientos quirúrgicos.
Contacto: Mikel Latorre Guisasola
mlatorre@hcru.osakidetza.net

C-177.- ÁREAS DE MEJORA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO.
Alcalde G, Bacigalupe M, Álvarez E, Hernández L, Intxausti E, Alonso J.

Objetivos. Desde la Ley General de Sanidad en 1986 hasta la actual Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, han pasado casi 20 años de desarrollo de los derechos del paciente a la información y al consentimiento informado (CI). Sin embargo, en un marco de presión asistencial creciente el proceso de información se hace difícil de cumplir por el tiempo de dedicación que precisa. El objetivo de este trabajo ha sido conocer la implantación del CI en nuestro centro, así como evaluar la calidad de cumplimentación con el fin de detectar áreas de mejora.
Metodología. Se ha seleccionado una muestra aleatoria de 100 altas a partir de todos los episodios quirúrgicos del hospital correspondientes al periodo sept-dic 2004. Se ha analizado tanto la presencia y el tipo de consentimiento para el procedimiento quirúrgico y la anestesia, como la calidad de cumplimentación del formulario.
Resultados. El 66% de las intervenciones quirúrgicas disponían de CI escrito. En el 41% no había fallos de cumplimentación. Los problemas de cumplimentación más frecuentes fueron la falta de identificación del médico (20%) o de fecha (25%).
Respecto al CI de anestesia, éste figuraba en el 90% de los casos. El 22% estaba correctamente cumplimentado, en el 7% no había identificación del médico y en el 43% faltaba la fecha. El 74% de los casos sin CI quirúrgico disponían de CI anestésico y en tan sólo 2 casos no constaba ningún CI. Del total, 3 casos presentaron anotaciones sobre CI en la historia clínica (1 CI genérico y 2 no CI). La mayor parte de los CI quirúrgicos son específicos para la intervención (6% de CI genéricos). Existe un gran porcentaje (27%) de CI no normalizados según el formato del hospital. Sólo 1 formulario de CI recogía riesgos personales del paciente. Los procesos sin CI correspondían fundamentalmente a reintervenciones, cirugía mayor con anestesia local e intervenciones urgentes.
Conclusiones. Se debe insistir a los clínicos en la exigencia legal del CI escrito tanto quirúrgico como de anestesia y procurar su completa cumplimentación. El área prioritaria de mejora detectada son las intervenciones fuera del circuito estándar de cirugía mayor con anestesia general programada desde consultas. En las intervenciones urgentes, recalcar la importancia de las anotaciones en la historia clínica. Como área de mejora de los formularios, destacar la necesidad de normalización y la conveniencia de incluir los riesgos personales del paciente.
Contacto: Guillermo Alcalde Bezhold
galcalde@hsan.osakidetza.net

C-178.- EVALUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE OSAKIDETZA.
Alcalde G, Pereda A, Bengoa P, Bacigalupe M, Intxausti E, Hernández L.

Objetivos. El RD 1088/05 establece la necesidad de recabar la conformidad del paciente a la transfusión siempre que sea posible, después de explicar riesgos, beneficios y alternativas. El objetivo del estudio fue conocer la implantación del consentimiento informado (CI) de la transfusión y proponer acciones de mejora.
Metodología. Se han revisado todas las transfusiones (hemoderivados administrados con una misma petición en menos de 24 h.) realizadas en nuestro centro en feb 2006. Se examinó la presencia de CI en forma de formulario o de anotación en el evolutivo. Se analizaron además las características clínicas principales: edad, plan de uso de la petición, concentrados transfundidos, hemoglobina (Hb) pretransfusional y tipo de cirugía.
Resultados. Se revisaron 66 transfusiones de 2,25±0.9 concentrados de hematíes, administradas a 53 pacientes, con edad de 73.4±12 años. La

Hb media pretransfusional fue de 8,46±1,08. El 45,2% de las transfusiones se realizaron en pacientes quirúrgicos, de los cuales el 71% era cirugía programada. Según el plan de uso, el 53% fueron de cruzar y reservar, 21,5% para cirugía, 23,1% urgente y 1 caso de extrema urgencia.
Del total de transfusiones, tan sólo el 34,8% tenían CI. Las transfusiones sin CI no difirieron respecto de las que tenían CI en cuanto a urgencia de la transfusión, presencia de cirugía, unidades transfundidas, edad o Hb pretransfusional.
El 73% de los CI estaba incorrectamente cumplimentado, siendo la causa más frecuente la falta de identificación del médico (58% de los casos).
Se revisaron las historias de las transfusiones sin CI para comprobar si existían causas que lo justificasen. En 9,3% de los casos podría justificarse por la urgencia y en el 27,9% por la gravedad del proceso de base (pacientes terminales o en cuidados intensivos). En la mayor parte de las transfusiones sin CI (62,8%), no existían causas que lo justificase.
Conclusiones. La implantación del CI en transfusión es aún escasa, incluso en transfusiones programadas o previsibles (cirugía programada). Falta concienciación en los médicos por advertir de los riesgos de la transfusión, especialmente en pacientes graves o con una expectativa corta de vida. Como acciones de mejora, se ha incorporado el CI de transfusión en el circuito preoperatorio, se ha propuesto incluir en el volante de petición un recordatorio de la necesidad de CI, se ha realizado difusión de los resultados por el Comité de Transfusión y se han establecido reuniones personalizadas con cada Servicio prescriptor.
Contacto: Guillermo Alcalde Bezhold
galcalde@hsan.osakidetza.net

C-179.- MEJORA DE LA INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONA AL PACIENTE EN CITACIÓN PARA UNA PAAF EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
Martínez-Marín R, Abellán-Palazón A, Estevez-Ligero S, Guillamón-López B, Sánchez-Marcos C, Smilg-Vida F.

Introducción. Se observo en los pacientes que acudían a la consulta de PAAF del Servicio de Anatomía Patológica una falta de información respecto a la misma, provocando una cierta ansiedad respecto a ubicación de la consulta, condiciones farmacológicas etc.
Objetivo. Mejorar la información al paciente que acude a la consulta de PAAF, tras la implantación de una guía de citación.
Material y Métodos:
Lugar: Un Hospital General Universitario de 400 camas.
Tipo de estudio: Ciclo de Mejora.
Evaluación: Interna.
Población: 1º Periodo 30 casos, 2º periodo 30 casos.
Periodo: 2 meses.
Criterios: CR1: Se informa al paciente de la ubicación de la consulta; Cr2: Se informa al paciente que no es necesario que venga en ayunas; Cr3: Se informa al paciente en el momento de la citación que no deje de tomar su medicación habitual.
Fuente de datos: Cuestionario de preguntas dicotómicas (si/no).
Medidas de intervención: Se realizo una guia de citación para la consulta de PAAF, tanto para el paciente citado en el servicio, como aquel que se informa telefónicamente.
Análisis estadísticos: programa Iqual (diagrama de pareto).
Resultados:
Primera Evaluación (incumplimientos) Cr1: 9(30.0%); Cr2: 23(76.7%); Cr3: 26(86.7%). Segunda Evaluación (incumplimientos) Cr1:3(10.0%) Cr2: 0(0.0%) Cr3: 5(16.7%). En cuanto a la significación los criterio nº 2 y nº 3 han tenido P< 0,001, mientras que el criterio nº1 no ha sido significativo.
Conclusiones:
1.- Se ha puesto en marcha una herramienta que nos puede dar una idea de cumplimientos de indicadores de calidad y posteriormente monitorizarlos
2.- La implantación de la guía de citación en la consulta de PAAF ha contribuido de una manera considerable que los pacientes reciban una información más adecuada.
Contacto: Rosario Martínez Marín
rosario.Martínez16@carm.es

C-180.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD POR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.
Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ortiz-Camuñez MA, Moreno-Gavió L, Cassani-Garza M.

Objetivo. Conocer la calidad percibida (CP) de la asistencia sanitaria por parte de pacientes pluripatológicos (PP) e identificar factores predictores de la misma.
Método. Se enroló prospectivamente una cohorte de PP, censando activamente pacientes que cumplían los criterios del Proceso de la Consejería de Salud andaluza, en 4 Centros de Salud (CS) del Área del Hospital 'Virgen del Rocío' (Sevilla). Se realizó una encuesta personal a los PP y sus cuidadores. La CP se midió mediante cuestionario tipo SERVQUAL adaptado al ámbito español y atención basada en consultas; además se recogieron aspectos sociodemográficos, clínicos y asistenciales. Se realizó: la comparación entre grupos, mediante test de chi-cuadrado con corrección de Yates, test de Fisher, t de Stutent, test de ANOVA, post-hoc de Turkey, c-Dunett, U de Mann-Whitney y Kruskall-Wallis; las correlaciones, mediante R de Pearson; un análisis multivariante, mediante regresión lineal paso a paso hacia adelante; además, un análisis factorial mediante máxima verosimilitud. Las diferencias entre grupos se cuantificaron mediante odds ratio, con intervalos de confianza del 95%. El dintel de significación se estableció para una p<0,05.
Resultados. Se identificó una cohorte global de 806 PP. 662 fueron elegibles (excluidos: 79 fallecidos, 5 ingresos en residencias, 44 cambios de centro, 11 pérdidas). Se realizó la entrevista a 461 (69% de población elegible). La CP global media fue 62.52±10.19 y se relacionó: con los ítems de la escala de Gijón propios de 'situación familiar' (R=-0.125,P=0.011) y 'apoyo de red social' (R=-0.156,P=0.001), la empatía con médico de familia (MF) (R=0.375,P<0.0001), la empatía con enfermero (EF) (R=0.212,P<0.0001), la empatía global (R=0.212,P<0.0001), el número de consultas con su MF en el CS (R=0.107,P=0.027), y la situación funcional medida por la escala de Barthel (EB) (R=0.127,P=0.009). En el análisis multivariante la CP global se relacionó con la empatía con MF (P<0.001), la identificación del EF por paciente o cuidador (P=0.04) y la situación funcional medida por la EB (P=0.039). El análisis factorial dividió la CP global en 5 dimensiones (capacitación técnica del personal, cualidades humanas -CH- de enfermería, instalaciones, CH de enfermería, proceso de citación).
Conclusiones: La valoración de los PP permite identificar factores que aumentarían la CP de la asistencia sanitaria, como serían los encaminados a mejorar la relación del personal sanitario con el paciente y frenar la dependencia funcional del paciente.
Contacto: Manuel Rincón Gómez
rinconmanolo@yahoo.es

C-181.- VÍA DEL PARTO. SATISFACCIÓN DE LAS MADRES.
Boix T, Moragón M, Crespo P, Vallés C.

Objetivos:Conocer la opinión de las madres sobre la asistencia recibida, tras implantar la vía del parto. Detectar posibles áreas de mejora.
Método:En 2005, el hospital atendió 2509 partos, GRD más numeroso. Los servicios implicados en la atención madre/hijo elaboraron una vía clínica aplicable a parturientas con parto normal. Define los criterios de inclusión en la vía tanto de la madre como del recién nacido. Recoge todas las actividades asistenciales e identifica las intervenciones de cada profesional y equipo. Dispone de indicadores que permiten evaluar: eficiencia, efectividad, riesgo, adecuación y satisfacción, con estándares correspondientes. Implantada en diciembre de 2005. Para conocer la satisfacción de las madres, se utilizó la encuesta. Contiene escalas estimativas gráficas (de 0 a 10), dicotómicas y preguntas abiertas. Autoaplicable. Validada. Estándar mayor al 95%. El indicador de satisfacción, define la encuesta transversal con periodicidad semestral. Como línea base del inicio de la vía, se realizó encuesta a las 50 primeras madres atendidas.
Resultados:Escalas dicotómicas: conocen el nombre del facultativo, el 34%; el nombre de la matrona, el 50% y el nombre de la enfermera, el 18%. El 90% de las madres, refieren estar acompañadas siempre que lo desearon. El 74% recibieron, junto con explicación el Manual de acogida y el 64% encontraron diferencias entre las ofertas del Manual y la realidad. El 96% de las madres indican que volverían a dar a luz en este hospital. Escalas estimativas: 1) Respecto a la atención recibida (8 cri-

terios: Admisión, paritorio, unidad de hospitalización, información, control del dolor, atención del niño, educación sanitaria y tiempo de ingreso): Muy satisfechas y satisfechas el 96%. 2) Respecto a razones hosteleras: Consideran confortable o muy confortable la habitación el 70%. El 66% refieren adecuada o muy adecuada la limpieza y 76% están satisfechas o muy satisfechas con la comida. Preguntas abiertas: Lo que más ha gustado ha sido el trato del personal sanitario (62%), mientras que la recepción inmediata del hijo es valorada por el 8%. Lo que menos ha gustado ha sido la comida (22%) y el estado de las habitaciones (18%).
Conclusiones: La encuesta informa de aspectos contemplados en la vía que precisan mejorar: identificación del personal, control del dolor, atención en admisión, recepción inmediata del hijo y razones hosteleras, precisan medidas para conseguirlo. La vía clínica fue producto del consenso y requiere del ciclo de evaluación para mejorar.
Contacto: Teresa Boix
denbct@humv.es

C-182.- GARANTÍA DE CALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES.
Santiñá M, Coll-Vinet B, Farrás U, Echevarría T, Carpallo M, Millá J.

Objetivo: Asegurar la correcta implantación de la guía de atención a las agresiones sexuales.
Métodos:
1.- Evaluación mensual de las incidencias que se producen en el curso de la asistencia. Para ello se diseñó una hoja de registro, en la que hay que anotar la fecha, la descripción de los hechos, si se ha realizado algún tipo de acción para resolver la incidencia y cuál ha sido el resultado final. Las incidencias se presentan en la reunión mensual de la Comisión de Violencia de Genero del hospital. Se analizan y se decide si hay que emprender alguna medida correctora y quién es el responsable de hacerlo. En la siguiente reunión se hace un seguimiento y se evalúa el éxito de la acción correctora.
2.- Diseño e implantación de una serie de indicadores de evaluación de los puntos críticos del proceso asistencial:
- Tiempo de forense, que nos indica el tiempo que tarda el medico forense en llegar al servicio de urgencias.
- Tiempo total, que nos indica cuanto ha durado en total todo el proceso asistencial.
- % de agresiones que se registran en el registro de enfermería de urgencias.
- % de pacientes atendidas en las CCEE del servicio de enfermedades infecciosas, que nos indica cuantas de pacientes acuden al seguimiento programado en este servicio.
3.- Evaluación mensual de los registros clave: el informe asistencial de urgencias y el parte judicial, para lo cuál se diseñaron 2 hojas con los parámetros a evaluar. RESULTADOS
Los resultados del año 2005 han sido:
1.- Incidencias: 0,8 de media mensual.
2.- Indicadores
- Tiempo total: 3,3 horas de media.
- Tiempo forense: 39,9 minutos de media.
- % Agresiones registradas en el libro de urgencias: 77,8%
- % Pacientes atendidos en las CCEE del servicio de enfermedades infecciosas: 21,9%
3.- Informes asistenciales evaluados: 99 (abril-octubre 2005)
Solo las variables nombre y edad constan sistemáticamente, el resto tienen una cumplimentación irregular.
- Comunicados judiciales evaluados: 99; con un buen nivel de cumplimentación de todos los ítems.
Conclusiones:
La guía se ha implementado adecuadamente en el servicio de Urgencias, con buenos resultados: mejor registro de los casos, pocas incidencias, tiempo de forense en general ajustado al que es deseable. Pero teniendo que mejorar aspectos como: Registro de las hojas de urgencia de enfermería, visitas a las CCEE de enfermedades infecciosas y que los informes asistenciales recojan aquellos datos que se necesitan para mejorar la atención integral a las victimas de agresiones sexuales.
Contacto: Manuel Santiñá Vila
msantina@clinic.ub.es

C-183.- EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRL).
Llorente-Parrado C, Martín-Martínez MA, Martín-Vega A, Maeso-Martínez S, Alonso-Gregorio S, García-Caballero J.

Objetivos: verificar el cumplimiento de la Vía Clínica de PRL en el Servicio de Urología para detectar logros y áreas de mejora en su utilización. Evaluar el impacto que la Vía ha tenido sobre los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria, y en la evolución clínica de los pacientes después del alta.
Material y Métodos: se incluye a los 26 pacientes intervenidos antes de la Vía Clínica y a 76 pacientes incluidos en la Vía Clínica, intervenidos entre enero de 2004 y abril de 2005. La recogida de información se realizó mediante la revisión de historias clínicas. Se evalúan variables relativas a los antecedentes personales y comorbilidades, características del cáncer de próstata, resultados de la intervención, utilización de fármacos, cuidados de enfermería y evolución en el primer año después del alta.
Resultados: en la evaluación de la Vía Clínica, destacan la adecuación de la profilaxis prequirúrgica y el control del dolor, aunque no se alcanzan los estándares establecidos para la estancia, el uso de protectores gástricos y la profilaxis antitrombótica, la retirada de la fluidoterapia y el inicio de la tolerancia oral, y la solicitud de pruebas diagnósticas. Entre ambos grupos de pacientes no existen diferencias en las comorbilidades, antecedentes personales y características del cáncer de próstata. La cirugía realizada antes de la implantación de la Vía tiene mayor duración (377,7 minutos frente a 172,3) y requiere mayor número de transfusiones. La estancia media ha pasado de 4,81 a 3,92 días aunque la diferencia no alcanza la significación estadística. Se reduce el tiempo de utilización de ansiolíticos (de 2,13 a 1 día) y de anticoagulación (de 6,44 a 3,88 días). El tiempo que transcurre hasta la retirada de la sonda vesical disminuye de 26,16 a 15,85 días. No existen diferencias en la aparición de disfunción eréctil, incontinencia urinaria y recidiva bioquímica en el primer año tras la cirugía. Todos los pacientes sobreviven después de 1 año de seguimiento.
Conclusiones: se observan áreas de mejora en varios aspectos de la atención sanitaria que deben ser revisadas. Tras la implantación de la Vía Clínica ha aumentado la adecuación en la utilización de fármacos (ansiolíticos y coagulación) y en el tiempo de sondaje vesical. La mejoría de los aspectos relacionados con la intervención puede ser explicable por la mayor experiencia de los profesionales, aunque el pronóstico de los pacientes intervenidos se mantiene.
Contacto: César Llorente Parrado
fadinho2001@hotmail.com

C-184.- DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO.
Bergua C, Lacambra I, Portero P, Latorre P, Chillaron E, Peleato P.

Objetivos: Detectar los problemas durante la implantación de una nueva vía clínica en nuestro hospital.
Material y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 39 pacientes remitidos para cateterismo cardiaco programado durante el mes de Mayo de 2006. Se recogieron datos demográficos y del documento de la vía clínica para analizar el grado de cumplimiento de la misma y conocer el resultado de los indicadores elaborados para su evaluación al inicio de su puesta en marcha.
Resultados: Se trata de una muestra de 40 pacientes, 71,8% de hombres, remitidos para cateterismo cardiaco para evaluación del árbol coronario, la contractilidad y/o la función valvular. La edad media de los mismos era de 65,5 años, entre 36 y 82.
Durante el periodo a estudio 31 pacientes (79,5%) de los 39 que cumplían criterios de inclusión fueron finalmente incluidos en la vía.
El objetivo de alta hospitalaria en el plazo de 48 h para los pacientes no anticoagulados se comprobó en el 72,2 % pacientes finalmente incluidos en la vía.
El alta en el plazo de 4 días se cumplió en el 66,7% de pacientes anticoagulados.
En ningún paciente se registró íntegramente el protocolo de coagulación indicado en la vía. Existía constancia del ajuste de la anticoagulación oral post cateterismo aunque dicha información no se reflejó en el impreso de la vía.

La recogida del consentimiento informado previo al cateterismo se detallaba en el 53,8% de pacientes. En el resto no existía información acerca del consentimiento en la historia clínica.
Sólo en un paciente se requirió colaboración de cirugía vascular por complicación del punto de punción arterial (índice de complicaciones=2,6%). Ningún paciente falleció en relación al procedimiento.
El cumplimiento total de la vía clínica fue del 15,4%, durante el primer mes tras su implantación. En todos los casos, se había cumplimentado la información relativa al día previo al procedimiento (se trataba de una encuesta similar a la que el personal de enfermería realizaba de forma rutinaria previa al desarrollo de la vía clínica). Los fallos en el cumplimiento se concentraban en el día del cateterismo y el día posterior al mismo.
Conclusiones. La implantación de una nueva vía clínica implica notables dificultades, sobre todo cuando se realizan nuevas actuaciones.
Es necesario un cuidadoso seguimiento para detectar los puntos de mejora.
Contacto: Clara Bergua Martínez
clarabergua@hotmail.com

C-185.- EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA TIROIDECTOMÍA.
Soria-Aledo V, Flores-Pastor B, Campillo-Soto A, Carrillo-Jara A, Fernández-Marín MP, Aguayo-Albasini JL.

Objetivos. Las vía clínicas han demostrado su utilidad en la reducción de estancias y costes en determinados procesos pero no está demostrada su utilidad a largo plazo. El objetivo de este trabajo es presentar la evaluación de la vía clínica de la tiroidectomía tras un año de implantación y su monitorización durante cuatro años.
Método. En Octubre de 2001 se implantó la vía clínica de la tiroidectomía y hemitiroidectomía. Desde entonces se han intervenido 295 pacientes. Hemos comparado los resultados del primer año de implantación con una serie consecutiva de 73 pacientes operados previamente a la elaboración de la vía y se han monitorizado la estancia y los costes desde la implantación de la vía hasta diciembre de 2005. La vía contempla una estancia postoperatoria en la hemitiroidectomía de 1 día y para la tiroidectomía total de 2 días. Se establecen como indicadores, la estancia hospitalaria, los efectos adversos, los resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes y como indicador de eficiencia el coste medio por proceso con ajuste de IPC por meses.
Resultados. Los pacientes con hemitiroidectomía tuvieron una estancia media de 3.64 días antes de la implantación de la vía clínica y de 2.68 días tras la implantación de la vía. Los pacientes con tiroidectomía total tuvieron una estancia media de 5.72 días antes de la vía clínica y de 3,8 días tras la misma, con diferencias estadísticamente significativas en ambos procesos. En los años 2003, 2004 y 2005 la estancia media de los pacientes con hemitiroidectomía fue de 3, 2.98 y 2.95 días respectivamente y de la tiroidectomía total fue de 4.1, 3.6 y 4.2 días. No hubo diferencias en cuanto a efectos adversos antes o después de la implantación de la vía clínica. El coste medio de la tiroidectomía parcial antes de la vía clínica fue de 2020 euros y después de la vía clínica de 1736 euros. El coste medio de la tiroidectomía total antes de la vía clínica fue de 2537 euros y después de la vía clínica de 2178 euros. En los años 2003, 2004 y 2005 el coste de la hemitiroidectomía ha sido de 1963, 1653 y 1689 euros; y el de la tiroidectomía total de 2498, 2189 y 2413 euros.
Conclusiones. La implantación de la vía clínica de la tiroidectomía ha conseguido disminuir la variabilidad clínica y con ello acortar la estancia hospitalaria y disminuir los costes. En los años sucesivos los resultados no han sido tan espectaculares en cuanto a la estancia aunque siguen siendo netamente mejores que los previos a la implantación de la vía.
Contacto: Víctor Soria Aledo
vsoria@commurcia.es; victoriano.soria@carm.es

C-186.- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN. REPERCUSIÓN DE LAS EVIDENCIAS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA.
Zamora J.

Introducción. Las úlceras por presión (upp) son un indicador de calidad con una relación directa con los cuidados de enfermería. La toma de decisiones basada en guías de práctica clínica (GPC) es de gran utilidad, ya que permite identificar la mejor opción de cuidados para una circunstancia específica.
Objetivo. Evaluar el grado de conocimiento y aplicación en su práctica asistencial, de las recomendaciones que aparecen en las principales GPC para la prevención y cuidado de las upp, en los profesionales de enfermería.
Métodos. Estudio transversal mediante cuestionario autocumplimentado, entre marzo y abril de 2005. La población de estudio son los DUE y auxiliares de enfermería de las unidades de hospitalización y UCI de un hospital de agudos. El cuestionario contiene una relación de intervenciones de prevención y tratamiento (recomendadas y desaconsejadas) sobre las upp para las que se valora el grado de conocimiento y uso en la práctica asistencial.
Resultados. El grado de conocimiento de las recomendaciones sobre prevención y tratamiento de las upp, del GNEAUPP, EPUAP y AHCPR entre los profesionales de enfermería es del 70%, aunque destaca el bajo conocimiento de las intervenciones desaconsejadas por las GPC citadas, tanto en prevención como en tratamiento (aprox 40%)
Aparecen diferencias significativas en la formación específica en upp recibida, siendo superior en el grupo de menos de 10 años de experiencia respecto al de más de 10 años (80,77% frente 61,90%).
Conclusiones. Entre las principales fuentes de información utilizadas por las enfermeras para la toma de decisiones clínicas no se encuentra la bibliografía de investigación, sino otras, factor que puede incidir en el hecho de que el grado de conocimiento de las intervenciones desaconsejadas por las GPC sea bajo, tratándose además de intervenciones en las que hay un componente histórico tradicional a su práctica, y las evidencias generadas en la investigación no se han incorporado a la práctica en la medida deseada.
También es destacable que la práctica de las intervenciones conocidas es muy inferior a su conocimiento, que podría estar relacionado con varios factores causales: falta de recursos materiales y elevada carga de trabajo, entre otros.
La encuesta utilizada se ha mostrado como un instrumento útil para la detección de necesidades formativas, y poder así, planificar acciones formativas ajustadas a las necesidades reales de los profesionales. De esta manera, de un posible problema pasamos a hablar de oportunidad de mejora.
Contacto: Juan José Zamora Sánchez
jzamora@hgc.es

C-187.- EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LACOLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.
García-de San José S, Carvajal-Balaguera J, Martín García-Almenta M, Cerquella-Hernández C, Camuñas-Segovia J, Oliart-Delgado de Torres S.

Objetivos:
Evaluar la implantación de la vía clínica de la colecistectomía laparoscópica.
Definir el grado de cumplimiento de los cuidados pautados.
Analizar los indicadores de efectividad de la atención clínica.
Método: Se revisaron las Historias Clínicas de todos los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica del año 2005.
Las variables recogidas fueron: presencia del cuadernillo de la vía clínica, estancia hospitalaria, profilaxis quirúrgica, analgesia postoperatoria en reanimación y en planta de hospitalización, profilaxis antiemética, profilaxis del tromboembolismo, inicio tolerancia, inicio de deambulación, presencia de vómitos, hematomas, infección nosocomial, reingresos, reintervenciones, conversiones de cirugía y el grado de cumplimentación de la vía.
Resultado: Se han estudiado 170 pacientes. La adecuación de los cuidados de los pacientes fue de: estancia hospitalaria en un 85%, profilaxis quirúrgica 88,82%, analgesia postoperatoria 97%, analgesia postoperatoria en planta 97,06%, profilaxis antiemética 96,05%, profilaxis del tromoembolismo en consulta 91,76%, retraso en inicio de tolerancia 90%, retraso en deambulación 92%.
El personal de enfermería con menos grado de cumplimentación del cuadernillo de la vía clínica fue la enfermería de reanimación con un 81,80% y entre los facultativos el servicio de anestesia 84,71%.
Las complicaciones más frecuentemente presentadas han sido los vómitos y hematomas en un 3,53%.
El índice de conversión a técnica abierta fue de 2,35% y el de reintervenciones de un 1,76%.

Conclusiones: Falta consensuar la analgesia postoperatoria y la profilaxis antiemética en reanimación y mejorar el grado de cumplimentación del cuadernillo de verificación.
Contacto: Sonia García de San José
sgarcia.hccruzr@salud.madrid.org

C-188.- IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.
Carrascosa AJ, Gómez FM, Ruiz P, Bouzó N, Saldaña R, Pérez-Cerdá F.

Objetivos.- Satisfacer la necesidad de una analgesia más eficaz siguiendo los criterios de calidad de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) en una Unidad de Dolor Agudo (UDA).
Métodos.- 1.Análisis de las recomendaciones de la JCAHO para desarrollar un programa de tratamiento de dolor institucionalizado: creación de un grupo de trabajo interdisciplinario, obtención de la información sobre la situación en el tratamiento del dolor y sobre las causas de un tratamiento inadecuado, definición de unos estándares que permitan evaluar, documentar y tratar el dolor postoperatorio, establecimiento de una política que guíe el uso de técnicas especializadas para administrar analgésicos, garantizar la competencia del personal sanitario y la colaboración de los pacientes y sus familiares.
2.Identificación de los procesos relacionados con el control del dolor agudo postoperatorio. Definición de indicadores y diagramas de flujo.
3.Diseño e implantación de los procesos operativos y del mapa de procesos.
4.Medición del impacto. Instrumentos: Base de datos, Cuestionarios específicos.
Resultados.- 1)Incremento del número de pacientes tratados por la UDA (1er año 784 pacientes, 2º año 1220 pacientes) .
2)Evolución hacia las modalidades analgésicas consideradas más eficaces: infusión epidural de anestésicos locales (AL), analgesia controlada por el paciente con morfina intravenosa (PCA-iv morfina) (1er año: morfina epidural bolos 40,54%, infusión epidural de AL 22,8%, PCA-iv morfina 12,2%; 2º año: morfina epidural bolos 32,35%, infusión epidural de AL 26,58%, PCA-iv morfina 29,02%).
3)Incremento en la satisfacción del paciente, según resultados de la aplicación de cuestionarios.
Conclusiones.- El cumplimiento de los estándares de dolor agudo en la práctica clínica implica una mayor demanda de control analgésico y un cambio progresivo en la estrategia terapéutica a favor de las técnicas consideradas más eficaces -PCA-iv de morfina e infusiones perineurales de anestésicos locales-. Por otra parte, la satisfacción de los pacientes aumenta conforme se aplican dichas recomendaciones. La clave del éxito de una UDA radica en la organización y diseño de procesos.
Contacto: Antonio José Carrascosa Fernández
acarras3@hotmail.com

C-189.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA
Esteban-Tudela M, Alejandre-Lazaro, Peña-Rodríguez E, López-Orive MA, Aguirre-Peña E,

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención que se presta a los pacientes que consultan por dolor abdominal, en los puntos de atención continuada (PAC) de atención primaria de un Área de Salud.
Metodología: Ciclo de mejora de calidad iniciado en 2004 con la evaluación retrospectiva de hojas de atención continuada (HAC) correspondientes al año 2003 y reevaluación del 2005. Unidades del estudio: episodios atendidos en los 30 PAC del Área de Salud de Toledo durante ambos años. La población del estudio se dividió en 30 estratos (cada estrato correspondía a un PAC) y en estos se valoraron las HAC de todos los pacientes cuyo principal motivo de consulta fue el dolor abdominal, durante los meses de octubre y noviembre. Los criterios evaluados fueron: anamnesis adecuada sobre las características del dolor, realización de exploración abdominal específica, registro de constantes (temperatura y tensión arterial) y plan de actuación.
Resultados: Se evaluaron 2327 HAC en el 2003 y 2420 HAC en el 2005 de pacientes con dolor abdominal. Constaba una anamnesis adecuada en el año 2003/2005 de 90,7% y 91,4% respectivamente; existía registro de una exploración abdominal en el 57,3% en 2003, pasando a 76,4% en 2005; la temperatura constaba en el 19,3% y en la reevaluación 23,4% de las HAC y la tensión arterial en el 12,4% y 19,1% respectivamente; se había registrado un plan de actuación en el 99% de los casos en 2003 y 99,2% en 2005.
Conclusiones: Aunque en la reevaluación los porcentajes de cumplimiento de los cinco criterios han mejorado, cabe destacar el aumento significativo de la exploración abdominal, manteniéndose las características del dolor en porcentajes de cumplimiento alto. El registro de la temperatura y la tensión arterial, siguen mostrándose como las principales áreas de mejora de calidad en la atención a pacientes con dolor abdominal en los PAC de nuestro Área de Salud.
Contacto: Miguel Esteban Tudela
mesteban@sescam.org

C-190.- EL DOLOR: DÓNDE, CUÁNDO, CUÁNTO Y CÓMO LLAMA LA ATENCIÓN.
Gómez-Peral P, Zaldívar-Laguía I, González-Setién P, Sarabia-Lavín R.

Objetivos: Valorar y registrar sistemáticamente el dolor o su ausencia, como constante clínica
Métodos: Hospital nivel IV con 35.500 pacientes ingresados/año. Preocupado por el paciente con dolor, dispone de U. del Dolor y protocolos analgésicos. Un grupo de mejora presentó un proyecto de valoración y registro sistemático del dolor en Gráfica Clínica, aplicable a todo paciente ingresado, excepto menor de 10 años, alteración nivel de conciencia, alteración de visión o dificultad de idioma. Pilotaje en tres unidades. Aceptado por profesionales y pacientes. El procedimiento se inicia con el ingreso del paciente, coincidiendo con la monitorización de las constantes vitales. Se le pregunta "si tiene dolor" y el resultado se registra en Gráfica Clínica. Si "tiene dolor" se valora utilizando la escala visual analógica (EVA). Frecuencia: tres veces al día mínimo y siempre que presente dolor. Se realizó según norma ISO 9001:2000, revisado y aceptado por Unidad del Dolor, Comisión de Cuidados y Dirección Gerencia. Modificada la Gráfica Clínica, incorporando la EVA. Presentado en Sesión Extraordinaria y desplegado mediante formación. Incluido en Contratos de Gestión de 2005 y mantenido en la actualidad Evaluación en diciembre de 2005. Estudio retrospectivo, aleatorio y estratificado de historias clínicas de pacientes ingresados en octubre y noviembre del mismo año, en todas las unidades/servicios, excepto pediatría. Grupos focales con todas las unidades representadas, para conocer la opinión, aceptación y dificultad de este procedimiento.
Resultados: El procedimiento afectó a 29 unidades. Se estudiaron 231 pacientes. Número de pacientes con registro del dolor: 116 (55.23%). Número de pacientes en los que el procedimiento no es aplicable: 21 (9.09%). 6 unidades no tenían registro del dolor en ningún paciente. En grupos focales, las enfermeras refirieren dificultad para aplicar el procedimiento como nueva carga de trabajo y sensación de incomodar y/o preocupar al paciente, con o sin dolor, al preguntarle. Diferencia entre percepción y realidad en pacientes excluidos. Acciones de mejora: ampliar la formación centrada en los beneficios del procedimiento y conocer la opinión del paciente
Conclusiones: Incorporar nuevas intervenciones, genera carga de trabajo y rechazo, mayor cuando no se conoce el beneficio que suponen. Formación y opinión del paciente son valiosas herramientas para desplegar la "mejor práctica" e identificar las diferencias entre lo que "creen los profesionales" y "lo que perciben los pacientes"
Contacto: Pilar Gómez Peral
pgomez@humv.es

C-191.- INFLUENCIA DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO EN LA ESTANCIA MEDIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA.
Ruiz G, López R, Bouzó N, Saldaña R, Carrascosa AJ, Pérez-Cerdá F.

Objetivos: Evaluar el impacto que genera la creación de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) en la estancia media hospitalaria (EMH), como indicador de calidad asistencial.
Métodos: Estudio retrospectivo. Años 2003-2006. Fecha de inicio de la actividad de la UDA: Marzo 2004. Modalidades analgésicas implantadas: analgesia controlada por el paciente con morfina intravenosa (iv), infusión epidural de anestésicos locales versus analgesia iv convencional con AINEs y opioides en bolos o infusión iv. Obtención y compara-

ción de estancias hospitalarias previa y posteriormente a la implantación de la UDA. Análisis de factores demográficos y médico-quirúrgicos que puedan influir en dicha estancia.
Resultados.- Número total de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla durante el período Abril 2002- Marzo 2006: 1296. Número de cirugías realizadas previas a la implantación de la UDA (Abril 2002-Marzo 2004): 666. Número de intervenciones realizadas postimplantación de la UDA (Abril 2004-Marzo 2006): 630. Estancia media hospitalaria en el período previo: 10'63 días (10'94 el primer año, 10'33 el segundo). Estancia media hospitalaria en el período posterior a la implantación de la UDA: 8'66 días (8'74 el primer año, 8'58 el segundo). La población estudiada fue homogénea en cuanto a riesgo anestésico-quirúrgico (ASA II-III) y edad (65 años). Otros aspectos médicos (antibioterapia, anticoagulación), quirúrgicos (técnica y tiempo de cirugía, dosis de anestésicos) y rehabilitadores no variaron durante el período de estudio.
Conclusión.- La introducción en la planta de hospitalización de las denominadas técnicas analgésicas no convencionales realizadas por la UDA es un factor que influye en la disminución de la estancia media hospitalaria de pacientes intervenidos de atroplastia total de rodilla.
Contacto: Rafael López Coloma
avisponcafe@hotmail.com

C-192.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ANESTESIA DEL PLEXO BRAQUIAL.
Díez A, Bonilla I, Nieto E, Nieto A, Asensio E, Tomás J.

Objetivos: Los dos principales han sido el análisis de la calidad de nuestra técnica anestésica y de la satisfacción del paciente. Los objetivos secundarios incluyen registrar las complicaciones y la experiencia de dolor asociados al tratamiento, con el fin de identificar posibles áreas de mejora y aplicar medidas correctoras.
Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, longitudinal, cuali- y cuantitativo de 120 pacientes intervenidos de cirugía de la mano bajo anestesia locorregional. El bloqueo axilar fue realizado con bupivacaina al 0,125% y mepivacaina al 0,7%, mediante neuroestimulación múltiple, en régimen de CMA. Se recogieron incidencias relacionadas con la técnica anestésica, con la profundidad de la sedoanalgesia y con la aparición de complicaciones inmediatas. A las 24 horas del alta se realizó una encuesta telefónica en la que se registró el tiempo de recuperación de la sensibilidad y motilidad del miembro superior, así como las complicaciones tardías.
Resultados: Se analizaron los aspectos relacionados con la técnica anestésica, entre las cuales se incluyeron: el tiempo de realización de la misma, el nº de punciones realizadas y la existencia o no de parestesias durante la técnica.
La encuesta valoró el EVA, la cantidad de analgesia consumida, la repercusión del dolor sobre el sueño, las complicaciones (náuseas y vómitos), el grado de satisfacción y si repetiría o aconsejaría dicha técnica anestésica.
Conclusiones: El bloqueo del plexo braquial con la búsqueda de al menos tres respuestas con neuroestimulación es una técnica eficaz (utilización de un método anestésico fiable y contrastado científicamente), efectiva (pacientes sin dolor y con un nº aceptable de complicaciones), segura (CMA sin reingresos hospitalarios) con un alto grado de satisfacción entre los pacientes (nivel de información, encuestas usuarias y escalas de dolor).
Contacto: Ana Díez
milupiana@yahoo.es

C-193.- CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA ELECTIVA SIN INGRESO.
Cantero D, Oliver A, Aranguren A, Victoria-Salgado M, Valverde R.

Objetivos: Determinar el cumplimiento y la efectividad del protocolo de analgesia postoperatoria utilizado en pacientes ingresados en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI)
Método: Se recogieron datos mediante encuesta de un total de 101 pacientes, intervenidos de uno de los cuatro grupos establecidos: cirugía herniaria, cirugía proctológica, cirugía de varices, y cirugía superficial. Se realizó la encuesta durante la estancia, y telefónicamente, 24 y 48 horas después. Se utilizó una escala verbal de dolor de 4 categorías: ausente, leve, moderado e intenso.
Resultados: 101 pacientes, el 64.4% hombres, con edad media de 46.2 (SD=17.7). Los tipos de cirugía más frecuentes fueron la cirugía herniaria (38%) y la superficial (38%). Se utilizó anestesia intradural en el 63.4% de los casos. El analgésico más utilizado de los que proponía el protocolo fue el dexketoprofeno (52.5%) seguido de metamizol (38.6%). La presencia de dolor tras administración de analgesia se dio en el 59% de los casos, siendo de intensidad leve en el 68% de ellos. De estos únicamente el 18.6% recibió analgesia de rescate. A las 24 horas, 44 pacientes seguían con dolor, recibiendo analgesia de rescate el 23%. No hubo diferencias respecto del dolor entre los diferentes tipos de cirugía, analgésico, sexo o edad del paciente. El adecuado cumplimiento del protocolo se dio únicamente en el 35% de los pacientes, permaneciendo sin dolor el 91% de los mismos mientras que en los pacientes en los que se incumplió el protocolo, sólo permanecieron sin dolor el 21%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.05$). El 80% de pacientes del grupo que cumplió el protocolo refirieron estar muy satisfechos con el tratamiento de su dolor, mientras que se redujo al 47.5% en el grupo en el que se incumplió el protocolo ($p<0.05$). Únicamente 4 pacientes (4%) refirieron su insatisfacción con el tratamiento, 3 de ellos en el grupo de cumplimiento incorrecto.
Conclusiones: Se detectó un cumplimiento bajo del protocolo. Sin embargo en aquellos en los que sí se cumplió, la analgesia fue efectiva en el 91% (21% en los que no se cumplió).En función de estos resultados, un grupo de trabajo modificó el protocolo para incrementar su adherencia, utilizar una nueva escala de evaluación del dolor, y realizar una nueva encuesta. Así mismo se incluyó la valoración del dolor como constante de seguimiento clínico del paciente.
Contacto: David Cantero González
dcantero@hzum.osakidetza.net

C-194.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA EN UN HOSPITAL GENERAL.
del Baño L, Rodríguez L, García L, De Arribas L, Giménez MA, Carrillo A.

Introducción. El informe de alta es un documento de gran importancia en el que debe constar la información mas relevante sobre la estancia hospitalaria de un paciente.
El objetivo de este trabajo es conocer el grado de incumplimiento de los criterios de evaluación de los informes de alta y determinar la muestra necesaria para evaluar la calidad del informe de alta.
Métodos. Se evalúa una muestra aleatoria, con un nivel de precisión de 5 % , de los informes de alta de los servicios hospitalarios, comprendidos en el periodo entre Enero y Abril del año 2004. La evaluación de la calidad del informe de alta se realiza analizando 22 criterios(C1: Informe escrito a maquina , C2: nombre y apellidos del paciente, C3: edad o fecha de nacimiento del paciente, C4: Nº de historia, C5: nombre y primer apellido del medico, C6: Nº colegiado, C7: firma, C8: Servicio o Unidad, C9: nombre del Hospital, C10: fecha de ingreso, C11: fecha de alta, C12: motivo de ingreso, C13: tipo de alta, C14: antecedentes personales, C15: enfermedad actual, C16: exploración física, C17: exploraciones complementarias, C18: evolución, C19:diagnostico principal, C20: diagnósticos secundarios, C21: procedimientos, C22:recomendaciones terapéuticas).
Los datos son expresados como porcentajes y con sus intervalos confianza al 95%.
Resultados. Durante el periodo evaluado se dan 4.900 altas , según el tamaño muestral establecido se evalúan 1446 informes correspondientes a los siguientes Servicios : Cardiología (157), Cirugía General (179), Digestivo (81), Oncohematología (123), Infecciosas (150), Medicina Interna (205), UCI (23), Neumología (120), Neurología (110), Oftalmología (34), Otorrinolaringología (62), Traumatología (92), Urología (77) Otros (33).
El mayor grado de incumplimiento corresponde a los criterios:
C1- 7 % (5,6-8,3). C5- 8,9% (7,35-10,35).
C13- 10.9% (9,28-12,56). C16- 12,9% (11,16-14,69).
C17- 11,6% (9,93-13,30). C20- 9% (7,48-10,49).
Se comparan estos resultados con una muestra correspondiente a 100, 200 y 300 informes de alta, del mismo periodo y elegidos de manera aleatoria, no encontrando diferencias significativas en el grado de incumplimiento entre todos los criterios analizados.
Conclusiones. En los informes de alta de nuestro hospital son frecuentes los incumplimientos de los datos necesarios, siendo los de mayor

grado las exploraciones físicas y complementarias. La evaluación de estos criterios puede realizarse con muestras aleatorias pequeñas sin perder información.

Contacto: M. Dolores del Baño Aledo
mariad.delbano@carm.es

C-195.- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA ENTRE SERVICIOS DE DOS HOSPITALES.

del Baño L, Carrillo A, Rodríguez L, Llopis P, Candel MF, García S.

Introducción. El informe de alta es un documento de gran importancia en el que debe constar la información más relevante sobre la estancia hospitalaria de un paciente. El objetivo de este trabajo es comparar la calidad de los informes de alta entre tres servicios quirúrgicos de dos hospitales diferentes.
Método. Análisis de una muestra aleatorizada de los informes de alta de los Servicios de cirugía general, otorrinoralingologia y urología de dos Hospitales de la Región, durante el periodo comprendido entre Enero y Abril del año 2004.
La evaluación de la calidad del informe de alta se realiza analizando 22 criterios(C1: Informe escrito a maquina , C2: nombre y apellidos del paciente, C3: edad o fecha de nacimiento del paciente, C4: Nº de historia, C5: nombre y primer apellido del medico, C6: Nº colegiado, C7: firma, C8: Servicio o Unidad, C9: nombre del Hospital, C10: fecha de ingreso, C11: fecha de alta, C12: motivo de ingreso, C13: tipo de alta, C14: antecedentes personales, C15: enfermedad actual, C16: exploración física, C17: exploraciones complementarias, C18: evolución, C19:diagnostico principal, C20: diagnósticos secundarios, C21: procedimientos, C22:recomendaciones terapéuticas).
Los datos se expresan en tanto por ciento y las comparaciones han sido realizadas mediante test exacto de Fisher o X^2 de Pearson.
Resultados. Fueron estudiados 380 informes de los servicios de cirugía. En un hospital los incumplimientos de los 22 criterios sumaron 186 y en el otro 759 (4,7% y 17,2%) respectivamente; p<0.001). Únicamente en los C2, C4 y C9 los incumplimientos fueron 0 . Las máximas diferencias fueron encontradas entre los C1 (11,7 y 74,0%,p<0.001), C5 (6,1 y 72,0%, p<0.001) y C8(4,4 y 48,5%, p<0.001).
Se analizaron 187 informes de Urología. Los incumplimientos fueron 101 y 62 (5,9 y 2,5% respectivamente; p<0.001). Los incumplimientos fueron 0 en C3, C9, C10 y C11. Las máximas diferencias se observaron en C1 (10,4 y 0%; p0.001), C8(10,4 y 0,9%; p 0.004) y C17 (19,5 y 9,1%; p:0.05).
Los informes de ORL fueron 122. Los incumplimientos fueron 141 y 113 (10,3 y 8,5%; p: 0.132). Las mayores diferencias se observaron en C1(24,2 y 5,0%; p0.003), C8(16,1 y 3,3%;p:0.018),C13(12,9 y 28,3%;p:0.035) y C17(29.0 y 50.0%; p:0,018).
Conclusiones. La calidad de los informes de alta de los pacientes ingresados es muy variable dependiendo de los servicios clínicos y de los hospitales donde se realicen

Contacto: M. Dolores del Baño Alado
mariad.delbano@carm.es

C-196.- ADAPTACIÓN DE CÓDIGOS CIE 9 MC PARA LA ASISTENCIA PRE-HOSPITALARIA.

Caballero-García A, Herrera-Vicente P, De Andrés-Rodríguez I, Martín-Vázquez JM.

En la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía se utiliza la CIE 9 Mc para codificar todos los Juicios clínicos emitidos por los equipos de emergencias. Es uno de los sistemas más importante de codificación, que permite las comparaciones entre distintos escalones asistenciales y monitorizar los problemas de salud.
Tras la implantación de la codificación diagnóstica como ítem de obligado cumplimiento se consigue a lo largo de los últimos diez años un 100% en su cumplimentación. Superada esta etapa, se encuentra que la variabilidad en la codificación diagnóstica para un mismo problema de salud es altísima, lo cual conlleva una importante dispersión de la información y la imposibilidad de rescatar datos homologables.
Objetivos:
Realizar un análisis de los CIE-9 más utilizados en nuestro medio.
Elaborar un resumen por procesos patológicos y adaptarlos a nuestro medio.
Implantación del resumen por todos los equipos de emergencias.
Metodología:
Tipo de estudio: Descriptivo.
Se analizan los CIE-9 más utilizados en los dos últimos años. Se contrasta con los procesos asistenciales y siguiendo la guía de procesos se desarrolla una herramienta para su utilización por los equipos de emergencias. Tras la validación con los equipos de emergencia de Sevilla, tenemos previsto un período de implantación en Andalucía, en el segundo semestre del 2006 por lo que, una segunda fase, consistirá en hacer un estudio comparativo con los años anteriores.
Conclusión: Este sistema optimiza la codificación diagnóstica de los equipos de emergencias, es una herramienta de mejora continua en la evaluación de procesos asistenciales y facilita el análisis de la concordancia diagnóstica para la validación de los protocolos de coordinación.

Contacto: Auxiliadora Caballero García
acaballero@se.epes.es

C-197.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS REGISTROS EN LA RECEPCIÓN DEL ENFERMO UROLÓGICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.

Pardo A, Cánovas MA, Alonso MA, Ballester C, Moreno E, Carpio R.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los registros de la recepción del enfermo urológico en el postoperatorio inmediato, detectar áreas de mejora y mejorar el cumplimiento de dichos registros.
Metodología:
Diseño: Ciclo de mejora. Medio: Unidad de hospitalización de Urología del Hospital Morales Meseguer. Criterios: C1. Toma y registro de tensión arterial a su llegada a planta, C2. Toma y registro de frecuencia cardiaca a su llegada a planta, C3. Registro de tipo y calibre de sonda vesical, C4. Registro de inicio de balance de orina, C5. Registro de valoración neurológica, C6. Registro de valoración del dolor, C7. Registro y valoración de herida quirúrgica, C8. Registro de verificación de movilidad de miembros inferiores tras anestesia raquídea, C9. Revisión y registro de drenajes, C10. Revisión y registro de catéteres venosos. Período: Durante el mes de diciembre de 2005 se realizó la 1ª evaluación, seguida de la intervención (difusión entre los integrantes del equipo de los datos de la primera evaluación, edición de un documento de los registros a realizar en el postoperatorio inmediato y consensuar protocolo de actuación). La 2ª evaluación se ha llevado a cabo entre los mese de abril y mayo de 2006. Casos: Se evaluaron la totalidad de las unidades de hospitalización en cada una de las mediciones lo que supuso 17 casos en cada medición.
Resultados: 1ª Evaluación: Los criterios con menor cumplimentación fueron el C2 (0%), el C3 (22.7%) y el C8 (35,1%). El C1 y el C10 obtuvieron 86,7% y 80% de cumplimentación respectivamente. 2ª Evaluación: Existe una mejora en casi todos los criterios siendo estadísticamente significativa (p<0.05) en los criterios 2, 3, 5, 6, 8 y 10. El cumplimiento del C7 disminuye del 58,1% al 36,4%.
Conclusiones: Los resultado demuestran que se han obtenido importantes mejoras quedando 7 criterios por encima del 75% de cumplimentación. A pesar de que el área de mejora conseguida es considerable, sería recomendable monitorizar el cumplimiento del protocolo y apoyar los criterios en los que no se obtuvo mejoría.

Contacto: Ana Isabel Pardo
jesus.leal@carm.es

C-198.- GESTIÓN DE ESPACIOS DE UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

Rodríguez S, Aizpuru C, Rabadán A, Velasco A.

Introducción: Todo Archivo de Historias Clínicas experimenta un crecimiento constante de sus Historias y Documentos debido al número creciente de actividad asistencial y de nuevos pacientes, que teniendo en cuenta que la documentación debe de guardarse indefinidamente hace que los archivos crezcan.
El Hospital de Cruces ha conseguido gracias a una serie de estrategias gestionar adecuadamente el espacio, consiguiendo que su crecimiento sea negativo, estrategias que exponemos en esta comunicación.
Objetivos:
- Generar espacio, potenciando la Historia informática y disminuyendo el movimiento de Historias a todos los niveles.
- Hacer las Historias Activas más manejables disminuyendo su volumen así como evitar al máximo los segundos volúmenes.
- Fotografías clínicas en Clinic, en lugar de en papel.

Material y Métodos:
• Legislación al respecto: Decreto 45/1998 del BOPV sobre el expurgo de las Historias Clínicas Hospitalarias.
• Apoyo de la comisión de Historias Clínicas y existencia de un Reglamento de uso de la Historia Clínica.
• Programas informáticos y equipos de apoyo
• Proceso de expurgo:
Expurgo general: A Historias con 5 o más años sin movimiento
Expurgo selectivo: En Historias Activas a los Episodios de más de 5 años cerrados.
Resultados:
• Proceso de Pasivación de Historias: 43.000 Historias de media anualmente son extraídas del Activo al Pasivo para su Expurgo y posterior Digitalización.
• Proceso de expurgo selectivo: De las Historias Activas, anualmente se hace Expurgo selectivo a unas 31.000 Hª.
• Expurgo de fallecidos: Sólo se permite tener en el Activo fallecidos de 1 año de antigüedad, al año unas 4.500.
• Scaneado-Digitalización de : en 2005: 51.000 Historias Activas.
• Inclusión de fotografías en Clinic: 673 pacientes con sus fotografías clínicas.
• Hemos descubierto que el Expurgo selectivo nos genera más espacio que el Expurgo general de Historias Pasivas.
Conclusiones:
• Hemos conseguido una buena gestión del espacio y ha descendido el movimiento de Historias papel con más actividad.
• Las Historias son más manejables y más servicios piden incluir sus fotografías en soporte Digital (Clinic).
• Es factible llegar a acuerdos con los servicios que precisan más documentación de la estipulada en el Decreto.
• Como conclusión final, llevamos más de 5 años con el mismo espacio para las Historias, y es nuestra intención no crecer en documentación papel así como potenciar la Historia Clínica electrónica..

Contacto: Santiago Rodríguez Tejedor
srodriguez@hcru.osakidetza.net

C-199.- ANTES DE PROCESAR LA INFORMACIÓN, ATENDAMOS A LO QUE DICEN LOS DATOS.

Martínez-Renedo E, García-López F, Millán-Santos I, Montserrat-Capella D, Alonso-Durán M, Martínez-Alonso JR.

Introducción. El tratamiento de datos de un estudio multicéntrico es muy complejo por su gran volumen de información y la diversa procedencia.
Objetivo. Depuración y estandarización de los datos en un proceso previo al tratamiento estadístico.
Métodos. En un estudio de mortalidad de enfermos con insuficiencia renal crónica avanzada en tratamiento renal sustitutivo en siete comunidades españolas de 1991 a 2002, cada paciente generó un registro único de pacientes con sus datos invariables y un número variable de registros de eventos, con los acontecimientos de su historia clínica.
Se diseñaron procesos para detectar errores excluyentes (ausencia de información relevante, incompatibilidad de fechas, eventos con fecha posterior a exitus, ...) y otros que sirven de aviso y de medida de calidad de información (faltas de codificación de enfermedades o causa de muerte).El tratamiento de ficheros se realizó con las utilidades estadísticas del SAS y con programación personalizada en Fortran (selecciona de un archivo los registros que cumplen requisitos).
Resultados. El proceso de estandarización de información condujo a la eliminación de registros posteriores al año 2002, a la exclusión de una de las comunidades y a la cancelación de 6 variables de tipo administrativo que sólo habían sido registradas en el 9,9% de los casos. Los errores detectados y corregidos representan el 4,3% de los registros finales referidos a 24.050 pacientes y 67.626 eventos, 9.989 de los cuales eran fallecimientos, de los cuales 368 no tenían identificada la causa de muerte.La comunidad excluida inició la primera fase con un error de estructura de base de datos que después no pudo subsanar. El nº de eventos registrados por paciente varió por comunidades desde 1,9 a 3,2. Hubo eventos no utilizados por algunas comunidades, como seguimiento de trasplante, fracaso no reversible del riñón trasplantado, pérdida de seguimiento y remitido de otro centro. Sin embargo, persisten tipos de eventos cuyo número por paciente debiera ser similar encontrándonos con variaciones importantes en las comunidades, como proporción de muertes (de 0,10 a 0,54), de trasplantes (de 0,27 a 0,76) y hemodiálisis o diálisis peritoneal (de 1,16 a 1,98).
Conclusiones. Tras revisiones lentas pero eficientes, se detectan bastantes errores. La variabilidad entre comunidades en el número medio de eventos por paciente se explica por el uso de criterios distintos en la confección de los registros de eventos y por diferencias en la antigüedad de las poblaciones utilizadas.

Contacto: Eva Martínez Renedo
evarenedo@gmail.com

C-200.- PROCESO DE MEJORA PARA EL DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL ÁREA 7 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID.

Bayó-Cabeza M, López-Palacios S, García-Pardo RM, Mora-Morillas JC, Cadenas-Casado A, Garrido-Elustondo S.

Objetivos: Cuantificar el grado de conocimiento y uso de la Metodología Enfermera (ME) entre las enfermeras del Área.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: 280 enfermeras de Equipo de los 23 Centros de Salud del Área. Recogida de variables a través de encuesta anónima y autoadministrada. Periodo de estudio: febrero de 2006. Análisis estadístico: frecuencias absolutas y relativas
Resultados: El porcentaje de respuesta fue 71,8% (201). El rango de porcentajes osciló en los Centros entre 37,5% y 100%. El 80,6% (162) conocía al responsable de OMI Enfermería en su centro y el 53,2% (107) reconocía su papel como impulsor de actividades. El 73,1% (147) refirió conocer las bases metodológicas del Proceso Enfermero (PE), el 84,6% (170) las etapas del PE, el 87,1% (175) la valoración por patrones de Gordon, el 79,1% (159) la Taxonomía de Diagnósticos NANDA. El 32,3% (65) refirió conocer la clasificación de Resultados NOC y el 35,3% (71) la de Intervenciones NIC. El 32,3% (65) refirió conocer las relaciones NANDA-NIC-NOC. El 62,7% (126) refirió utilizar las etapas del PE habitualmente, el 62,2% (125) la valoración por patrones, el 39,8% (80) la NANDA y un 11,5 (23) las NOC y NIC. El 62,7% (126) refirió conocer el Asistente de OMI para PE y el 29,9% (60) lo utilizaba habitualmente. El 69,2% (139) conocía los Protocolos de Seguimiento y el 57,2% (115) los utilizaba habitualmente. Al 84,1% (169) le parece conveniente trabajar con ME, el 8 % (16) refirió que no es adecuada. El 40,3% (81) enunció ventajas de utilizarlo y el 41,3% (83) inconvenientes. El 44,8% (90) reflejó necesitar formación en ME, el 26,4% (53) en OMI básico, el 75,6% (152) en planes de enfermería para OMI y el 78,7 (158) en taxonomías
Conclusiones: El porcentaje de respuesta fue elevado. La figura del responsable, aunque conocida, no parece desarrollar del todo su labor. El PE es más conocido que sus bases metodológicas. La NANDA es conocida en general, frente al bajo conocimiento de NOC, NIC y sus relaciones. La frecuencia de uso del PE completo es inferior al conocimiento que expresan sobre el mismo. El uso del PE en OMI es limitado excepto para Valoración. La mayoría estima conveniente trabajar con ME, aunque implique dificultad. En base a los resultados la Dirección de Enfermería estima consolidar la Comisión de Cuidados y formar a formadores para que lleven a cabo un programa de formación descentralizada a través de talleres prácticos con el fin de impulsar y generalizar su uso a través de la Historia informática

Contacto: Marianela Bayón Cabeza
mbayon.gapm07@salud.madrid.org

C-201.- USO DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Mesa-Blanco MP, Medina-Valverde MJ, Benítez-Camacho MM, Notario-Madueño MJ.

Objetivo: Identificar los problemas diagnosticados por enfermeras de atención especializada.
Métodos:
Diseño: descriptivo.
Ámbito y período de estudio: Los datos están referidos a todo el complejo hospitalario y a los meses de octubre y noviembre de 2005.
Sujetos: Pacientes a los que se les planificó cuidados utilizando el módulo clínico del Programa Azahar.

Fuente de información: Módulo de Sistemas de Información del Programa Azahar.
El análisis ha consistido únicamente en la distribución de frecuencias y cálculo de medias de los diferentes elementos de interés (NANDA, NIC, NOC).
Resultados. Los diagnósticos más frecuentes son: Conocimientos deficientes + Disposición para mejorar los conocimientos (28,12); Ansiedad (14,41); Deterioro de la movilidad física (13,12); Riesgo de infección (10,87); Riesgo de estreñimiento (4,59); Intolerancia a la actividad (3,11); Lactancia materna eficaz (3,11); Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (2,84); Riesgo de caídas (2,83). La suma de los 10 diagnósticos más frecuentes suponen el 83 % del total de diagnósticos realizados.
Si atendemos a los dominios NNN, los problemas (n = 17296) se distribuyen del siguiente modo: el 25,36 % (4386) en el dominio funcional; 20,36 % (3521) en el dominio fisiológico, el 50,31 % (8702) en el psicosocial, y sólo el 3,97 % (687) en el ambiental.
Del total de elementos propuestos por las diferentes taxonomías, las enfermeras sólo utilizan una media de: 4,05 factores relacionados (con un rango de: 1, 15, siendo M = 15, deterioro de la movilidad física), y 3,94 manifestaciones (con un rango de: 1, 22, siendo M = 22, ansiedad).
Si realizamos el mismo cálculo para observar el número de resultados e intervenciones propuestas para estos diagnósticos, observamos una media de: 1,98 resultados (con un rango de: 1, 7, siendo M = 7, disposición para mejorar los conocimientos), y de 5,26 intervenciones (con un rango de: 1, 42, siendo M = 42, disposición para mejorar los conocimientos).
Conclusiones: Los resultados no reflejan la realidad de las personas hospitalizadas en nuestro centro, sino a la enfermera que usa las taxonomías. Las herramientas no son sino el reflejo de la persona que las utiliza. Y en este caso reflejan las muchas "dificultades a las que se enfrentan las enfermeras": trabajar desde una perspectiva integral, la falta de habilidades de comunicación, de hábito en el pensamiento crítico, el lenguaje estandarizado o los límites de responsabilidad.
Contacto: M.Pilar Mesa Blanco
manuel.rich.sspa@juntadeanadalucia.es

C-202.- CUIDANDO AL PACIENTE ONCOLÓGICO: ADAPTACIÓN DE LOS REGISTROS.
Moreno-Mancho M., Martínez-Prats I, Caballé-Gutiérrez B, Parejo-Arrondo MT, Puig-Soler J, Grau-Farrus I.

Objetivos: Introducir parámetros de valoración de síntomas del enfermo oncológico, facilitando monitorización y planificación de cuidados.
Evaluar cumplimentación de nuevos registros.
Valorar opinión de los profesionales respecto utilidad de los cambios introducidos.
Detectar e identificar aspectos a mejorar.
Método: Implantación de nuevos registros: parámetros y escalas de evaluación, validadas internacionalmente
Auditoria: 30 historias clínicas escogidas aleatoria mente (febrero-abril 2006).
Encuesta de opinión a 29 profesionales sobre las modificaciones realizadas.
Datos tratados programa Microsoft EXCEL y ACCES.
Resultados:
Audit.
Parámetros introducidos:
Índice de Karnofsky al ingreso 86.67%, al alta 43.33%.
Monitorización dolor (escala numérica): 100%, 4 casos (13%), el seguimiento inadecuado.
Control de síntomas Escala OMS, 3 casos (10%), el seguimiento era inadecuado
Nuevo método diuresis: cumplimiento 100%.
Registro sesiones de radioterapia: no consta 30%
Firma de profesionales por turno: 100%.
Encuesta
Total población 29, respuestas recibidas: 22 (76%): 14 DUI, 8 Auxiliares.
17 trabajan siempre o habitualmente en la Unidad, 5 esporádicamente (fines de semana)
12 profesionales (54.5%) antigüedad en la unidad superior a 5 años.
91% de los encuestados están de acuerdo o muy de acuerdo en:
Necesidad del cambio de registros de enfermería.
Facilitan la evaluación de los cuidados que precisa el paciente.
Repercusión positiva en los cuidados de enfermería que recibe el paciente.
100% DUI están de acuerdo introducir parámetros sobre aspectos psicológicos/ emocionales de pacientes y familias, así como nivel de información que ha recibido el paciente y familia, así como lo afrontan. El 37.5% de auxiliares de clínica responden no estar de acuerdo ni descuerdo, sobre estos
Entre 75% y 90% expresan dificultades y confusión en los registros de intervenciones planificadas e intervenciones realizadas
Conclusiones:
La percepción de los profesionales encuestados sostiene que el cambio era necesario y ha repercutido positivamente en la organización de cuidados de enfermería y en la atención al paciente.
La introducción de nuevos parámetros: dolor, escala OMS, RT, genera dificultades.
Hay acuerdo introducir en los registros el abordaje de evaluación e intervenciones sobre el impacto psicológico, emocional así como del manejo de la información hacia el paciente-familia, para unos cuidados mejores para el paciente oncológico.
Contacto: Margarita Moreno Mancho
jpuig@grupsagessa.com

C-203.- LA ACOGIDA QUE ESPERAN NUESTROS PACIENTES.
Rivera F, Carreras M, Izquierdo C.

Introducción: La mejora de la Gestión y la Organización de los servicios sanitarios para aumentar su eficiencia y su eficacia, generando cada vez mayor valor de los servicios sanitarios tanto para los usuarios como para los profesionales es uno de los ejes básicos del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de La Rioja.
La situación de partida mostraba:
1º unas unidades y servicios descoordinados entre si., ofreciendo diferentes forma y formatos de respuesta a lo que se intuía como la acogida que deseaban sus pacientes.
2º Existía un a descripción de actividades a realizar durante la acogida aprobada por la dirección del hospital en el año 1999, no revisado ni adaptado en ningún momento y desconocido en gran medida por los profesionales que lo tenían que aplicar.
3º Desarrollo dentro de la implantación de la gestión por procesos en el Servicio Riojano de Salud de un proceso de Acogida incluido en el Mapa de procesos de cada una de las áreas y que es de aplicación en todos los centros ya sean de atención primaria como de especializada.
Es decir teníamos el qué queríamos hacer y nos faltaba el cómo hacerlo.
Material y Método:
1) Formación de grupos e trabajo propuestos por la Dirección de Cuidados
2) Formación en diseño de procedimientos, búsquedas e información y puesta en común del proceso.
3) Trabajo de los diferentes equipos con el apoyo de la Agencia de calidad.
4) Puesta en común. Formación en gestión de los procedimientos y coordinación de equipos dentro del proceso.
5) Verificación a través de grupos de trabajo de profesionales de diferentes unidades del acierto del contenido de los procedimientos
6) Aprobación por la dirección
7) Implantación.
Resultados.
• Procedimientos de Acogida Implantados: 16
• Profesionales participantes: 52
• Introducción en mejora continua. Recogida de datos y elaboración de indicadores
• Unificación de criterios entre los profesionales y flexibilidad de los procedimientos.
• Implantación en centros de AP y de AE.
Conclusiones:
- La gestión por procesos permite normalizar la actuación de los servicios sanitarios y adaptarse a los recursos disponibles garantizando la calidad de los servicios y un uso adecuado de los mismos.
- La gestión por procesos permite a través del, diálogo y el consenso la participación de los diferentes profesionales y la incorporación de los

intereses de los pacientes, la unificación de criterios y la mejora continua a la continuidad asistencial del paciente.
Contacto: Félix Rivera Sanz
frivera@riojasalud.es

C-204.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA.
Pintado Y, Gutiérrez C, Pinilla A, Sarrías E, Vallejo J.

Objetivo: Identificar y analizar los cuidados de enfermería en pacientes con tubo endotraqueal (T.E.T.) o cánula de traqueotomía sometidos a ventilación mecánica.
Método: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en una Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) con una capacidad de 23 camas. La población a estudio fueron los pacientes ingresados con ventilación mecánica de reciente intubación en Urgencias, Quirófano, Unidad de hospitalización o en la propia U.C.I. El periodo de estudio ha sido de un mes, a contar desde el 1 de marzo de 2006. Se elaboró una hoja de recogida de datos, informando a los profesionales de enfermería sobre el propósito del registro y la forma de cumplimentación. Las variables incluidas en el registro como base del estudio fueron: las relacionadas con la asepsia durante la aspiración de secreciones, el lavado de la región peribucal, cambio de material y complementos, prevención de úlceras por presión (U.P.P.), seguridad relacionada con extubación accidental e infección nosocomial relacionada con la ventilación mecánica .
Resultados: El total de la población estudiada fue de 35 pacientes, 33 con T.E.T. y 2 con cánula de traqueotomía. El promedio de días de ingreso con T.E.T. o cánula fue de 7,4 ± 6,3. Del total de las actuaciones enfermeras realizadas durante la mañana, tarde y noche, por su extensión, nos hemos limitado a exponer las 190 relativas al turno de mañana. Se ha seguido el protocolo en el 91,6% de los casos. Respecto a la asepsia durante la aspiración, para 2,1 ± 1,1 aspiraciones las sondas utilizadas han sido 3 ± 1,6, lavados bronquiales 1,3 ± 0,5, uso de guantes estériles 1,7 ± 0,9. Del lavado de la región peribucal se ha obtenido que en el 95, 2 % de los pacientes se ha realizado de acuerdo al protocolo. El cambio de filtro se ha realizado en un 65% de los pacientes, el cambio de cinta en un 80,9%. De los cuidados relacionados con la aparición de U.P.P. se ha obtenido que en un 72% de pacientes se ha realizado cambio de posicionamiento del T.E.T. No ha habido ninguna extubación accidental durante el periodo de estudio. La recogida de secreciones para control de infección se ha realizado en un 73% y de estos el 43,8% han resultado positivos.
Conclusiones: Los resultados no dependen de los días de estancia. Durante el turno de mañana se constata un aumento en la adecuación de los cuidados. Los datos obtenidos nos sirven de referencia para monitorizar la calidad de los cuidados relacionados con la ventilación mecánica.
Contacto: Yolanda Pintado Juez
irubiog@sescam.jccm.es

C-205.- CALIDAD Y REGISTROS DE ENFERMERÍA.
Vázquez B, Miracle L.

Introducción. La comunicación entre los miembros del equipo sanitario es una de las bases para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente. Esta comunicación tiene dos vertientes la oral y la escrita. A través de la Hª Clínica se comunican datos sobre la evolución del paciente. La enfermera utiliza distintos documentos para registrar las actividades que realiza con el enfermo, pero existe la impresión de que estos documentos no reflejan de manera adecuada la actividad real de la enfermera.
Objetivos:
Identificar:
a. El nivel de cumplimentación de los registros de enfermería.
b. Los registros que más se cumplimentan y los que menos.
c. Actividades de enfermería que no quedan documentadas.
d. Si el PAE se aplica en los registros de la sala.
Material y Método:
1. Estudio observacional.
2. Fuentes de información: registros de la sala, cuestionario voluntario a las enfermeras y búsqueda bibliográfica.
3. Situación: unidad de Medicina Interna de un Hospital terciario, la sala consta de 30 camas.
4. Tipo de paciente: mas de 70 años de edad, el motivo de ingreso de los pacientes es por descompensación de su enfermedad de base, principalmente problemas cardiocirculatorios/ respiratorios.
5. Muestra: revisión de forma consecutiva de 30 Hª Clínicas de pacientes. También se paso un cuestionario a 10 enfermeras de la unidad.
6. Periodo: de Diciembre de 2005 a Abril de 2006. La recogida de datos del 15 de Enero al 15 de Febrero.
Resultados:
a. El nivel de cumplimentación de los registros se acerca al 90%.
b. Los datos que más se cumplimentan son los registros de la Medicación.
Los que menos los registros de la Valoración inicial.
c. Se ha evidenciado que las enfermeras realizan actividades que no quedan documentadas, siendo la más destacada la educación sanitaria al paciente/familia/cuidador principal.
d. El método de registro que se utiliza esta enfocado a tareas.
Conclusiones:
La enfermera efectúa numerosos registros que no se desprenden:
a) de la aplicación de un modelo enfermero.
b) del Proceso de Atención de Enfermería.
c) de la Taxonomía Nanda/ Nic / Noc.
Lo que impide tener una visión global de las necesidades del enfermo, y reflejar todos los cuidados que realiza la enfermera.
Contacto: Blanca Vázquez Guillamet
bvazquez_82@yahoo.es

C-206.- EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE OSAKIDETZA.
Alcalde G, Pereda A, Bengoa P, Bacigalupe M, Alonso J, Hernández L.

Objetivos: Uno de los indicadores claves del proceso de transfusión es la adecuación de la indicación. El Comité de Transfusiones del Hospital ha aprobado un protocolo con las indicaciones que recomienda la Sociedad Española de Transfusión. El objetivo del estudio ha sido evaluar el grado de adecuación de la transfusión según el protocolo vigente y proponer acciones de mejora.
Métodos: Se han revisado de forma retrospectiva todas las transfusiones (hemoderivados administrados con una misma petición en menos de 24 h.) de feb 2006. Se analizó la adecuación de la transfusión de acuerdo con el protocolo del centro y en función de las circunstancias clínicas y la Hemoglobina (Hb) pretransfusional. Cada indicación se clasificó como adecuada, no adecuada o dudosa. Se analizaron además otras variables clínicas relevantes como edad, plan de uso de la petición, concentrados transfundidos y la presencia de cirugía.
Resultados: Se revisaron 52 pacientes, con una edad de 73,4±12 años, que recibieron 65 transfusiones de 2,25±0.92 concentrados de hematíes. La Hb pretransfusional fue de 8,46±1,08. El 45,2% de las transfusiones se realizaron en pacientes quirúrgicos, el 71% en cirugía programada. Según el plan de uso, el 53% fue cruzar y reservar (programada), 21,5% para IQ, 23,1% urgente y 1 caso de extrema urgencia.
Del total de transfusiones, 32/65 (49,2%) no se adecuaban al protocolo, 40% estaban justificadas y 10,8% se consideraron dudosas por falta de datos clínicos. A efectos del análisis, se agruparon adecuados y dudosos.
Analizando los dos grupos (adecuado y no), no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes quirúrgicos, edad o nº de unidades transfundidas. Las transfusiones con indicación adecuada presentaban una Hb significativamente inferior (7,85±0,16 vs. 9,09±0,16; $p<0,001$). En las transfusiones urgentes, la adecuación (81%) fue muy superior a las transfusiones programadas (40%) o a las solicitadas para IQ (43%) ($p=0,019$). La adecuación en la cirugía urgente (7/9) fue superior a la programada (7/20) ($p=0,03$).
Conclusiones: La adecuación al protocolo transfusional del centro es de aproximadamente la mitad de las transfusiones. La adecuación es menor en las transfusiones programadas, tanto en pacientes médicos como quirúrgicos. Como acciones de mejora emprendidas, se ha presentado los resultados al Comité de transfusión, se han difundido los resultados en una sesión general del hospital y se han realizado reuniones de revisión con los Servicios que presentan desviaciones.
Contacto: Guillermo Alcalde Bezold
galcalde@hsan.osakidetza.net

C-207.- REVISIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS.
Menchaca-Marquina E, Carrascos-Vallejo T, Gallego-Camiña I, Chueca-Ajuria A, Castelo-Zas S, Guajardo-Remacha J.

Objetivo: Enfoque, despliegue, revisión y ajuste del proceso de transfusión de hemoderivados.
Método: Utilización de técnicas cualitativas de consenso, a través de un grupo de trabajo compuesto por el Gestor del proceso, la Supervisora de enfermería, la Unidad de Calidad del Hospital y el apoyo de la Subdirección de Calidad (Osakidetza).
Resultados: A raíz del cambio de enfoque del Sistema de Gestión de calidad del hospital, unido al proyecto que se iniciaba desde la Subdirección de Calidad (Osakidetza) de abordaje del proceso de transfusión de hemoderivados de los hospitales de la red, nos llevó a revisar los requisitos y la definición que ya teníamos establecida desde el 2003. En este contexto, hemos modificado el manual del proceso, que contiene la representación gráfica que lo contextualiza en el mapa del Hospital, interacciones (con entradas y salidas) y las características de cómo deben darse, así como el mapa funcional del servicio. De una visión macro descendemos a la ficha de proceso donde se define la misión, el equipo de proceso y su gestor, identificamos a nuestro cliente (paciente y/o acompañantes) y a sus requisitos, y analizamos la relación de colaboración que tenemos con nuestros Grupos de Interés. Se desarrolla la cartera de servicios y los requisitos legales. Para medir la eficacia del proceso, se han diseñado indicadores asociados a los atributos de la misión, a su vez alineados con los objetivos de calidad de Osakidetza y requisitos del cliente: efectividad, seguridad, accesibilidad e información al paciente/acompañante. Hemos readecuado los indicadores clasificándolos en indicadores de MISION, indicadores OPERATIVOS e indicadores de INTERACCIÓN que nos miden las interacciones con mayor impacto en el proceso facilitando así una gestión más efectiva de las mismas. El proceso se compone de 4 subprocesos: SPR de Recepción de solicitud y obtención de muestra, SPR de gestión de aprovisionamiento de unidades, el SPR de Estudio pretransfusional y el SPR de Transfusión. Para cada uno de los subprocesos se han identificado los requisitos, responsables y registros, así como indicadores operativos que miden el cumplimiento del objetivo de cada subproceso.
Conclusiones: 1) La revisión de la documentación del proceso ha puesto énfasis en la importancia de una buena gestión de la comunicación (interacciones) con todos los procesos implicados. 2) Empuje del Comité de Transfusión y del objetivo de implantación del consentimiento informado.
Contacto: Edurne Menchaca Marquina
superlab@hgda.osakidetza.net

C-208.- PROYECTO DE MEJORA PARA EL DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS DE HEMOTERAPIA NO ALOGÉNICA Y CIRUGÍA SIN SANGRE.
Casa de Pantoja V, Celemin R, Fernández-Villalta MJ, García-Buey ML, Roldán J, Santos M.

El mejor conocimiento de los riesgos transfusionales. La demanda social de los procedimientos quirúrgicos sin sangre. Las dificultades en la disponibilidad de hemoderivados y el mejor conocimiento de la anemia, han hecho necesario el desarrollo de técnicas de cirugía sin sangre, la autodonación o el tratamiento pre y post operatorio de la anemia.
Objetivos: 1-Ofrecer al mayor número de pacientes posible, alternativas a la transfusión de sangre alogénica. 2- Optimizar los recursos, integrando las diversas técnicas preoperatorios, intraoperatorias y postoperatorias.3-Sensibilizar al colectivo profesional del problema.
Método: A- Creación de una consulta específica para estudio y orientación de las técnicas adecuadas a cada paciente. (servicio de anestesiología).B-Descripción de las técnicas utilizadas y sus indicaciones: 1- Preoperatorio: retirada de medicación, identificación y tratamiento del paciente anémico, autodonación preoperatoria.2- Intraoperatorio: medidas generales(posición, evitar hipotermia), hemostasia cuidadosa y tiempos reducidos, técnicas anestésicas(regional ,hipotensión controlada), hemodilución normovolémica, recuperación de sangre intraoperatoria, administración de fármacos hemostáticos como aprotinina, desmopresina y antifibrinolíticos).3-Postoperatorio: medidas generales(analgesia, tratamiento de la anemia, oxigenoterapia), recuperación de sangre de los drenajes, pauta de rescate con eritropoyetina en los pacientes que rechacen la transfusión (testigos de Jehová).C- Factores de coste directamente relacionados. Resultados: Evaluación de las autodonaciones con predepósito entre el año 2000 y 2005: nº pacientes pasó de 206 a 510., el nº de bolsas extraídas de 214 a 1023. La comparación 2004-05 en bolsa extraída fue de792 a 1023y el nº de estas transfundidas de 410 a 653.Se ha puesto en funcionamiento la consulta específica de preparación a la intervención. Se ha realizado una sesión general del hospital.
Conclusiones: Se ha incrementado notablemente el nº de pacientes incluidos en el programa de autodonación. El porcentaje de bolsas extraídas / bolsas transfundidas debe mejorar. Se han difundido las técnicas empleadas, así como los últimos protocolos elaborados. Se han realizado actuaciones orientadas a la sensibilización de los profesionales del centro, incluido el equipo directivo. Debemos seguir trabajando para mejorar la colaboración entre los diversos servicios implicados y el comité de transfusión del centro, así como para conseguir más apoyo institucional.
Contacto: Javier Roldán Núñez
jroldan.hlpr@salud.madrid.org

C-209.- ESTUDIO DEL RECHAZO DE MUESTRAS DEBIDO A LA HEMÓLISIS Y ACCIONES DE MEJORA EMPRENDIDAS PARA SU DISMINUCIÓN.
Sanz L, Tejada A, Mendoza C, Varela B, Martínez I, Aguayo FJ.

Objetivo: Disminuir número de solicitudes analíticas rechazadas debido a la hemólisis de la muestra de suero que se recibe en el laboratorio de 24 horas.
Material y Métodos: En el año 2.002, se creó un grupo de trabajo de 5 personas (3 TEL y 1 facultativo del laboratorio, más el responsable de la Unidad de Calidad) para estudiar el problema de las muestras hemolizadas y proponer acciones de mejora. Se realizó un análisis retrospectivo hasta el año 2.000 y se revisó la bibliografía para identificar las causas más frecuentes de hemólisis. Se elaboró una base de datos para el seguimiento y evaluación mensual del porcentaje de muestras hemolizadas, que permitiera evaluar la eficiencia de las acciones de mejora implantadas.
Resultados: Análisis retrospectivo.: En el año 2.000 se detecta un porcentaje mensual de sueros hemolizados que oscilaba entre el 3,4 y el 5,5%. Estas cifras fueron del 4,5-7% en el año 2.001 y al 7-9% en el año 2.002. Durante los años 2003 y 2004, el porcentaje de sueros hemolizados se mantuvo en torno al 6,3 %. Finalmente, en el año 2.005, las cifras bajaron hasta el 5,1%.
Análisis de Causas.
El aumento de hemólisis durante el año 2.002 se debió a la introducción de un catéter de diámetro inferior. La sustitución de este catéter por otro de mayor diámetro hizo que las cifras de hemólisis disminuyeran un 14%. Durante el año 2.003 se comenzaron a emplear "tubos de llenado suave", con lo que la hemólisis descendió un 18%. En el año 2.005 se sustituye la detección visual subjetiva de la hemólisis por un método espectrofotométrico objetivo, disminuyendo nuevamente la hemólisis un 19%.
Conclusiones:
1.- El rechazo de muestras debido a la hemólisis, puede mantenerse en cifras inferiores al 7% con sencillas modificaciones en la fase preanalítica (catéteres más anchos, tubos de llenado suave etc).
2.- Sustituir la inspección visual de la hemólisis por un método analítico objetivo permite disminuir nuevamente la hemólisis, a la par que evita subjetividades en su detección.
Contacto: Francisco Javier Aguayo Gredilla
pxaguayo@hbas.osakidetza.net

C-210.- DETERMINACIONES ANALÍTICAS: LA MEJORA CONTINUA Y EL COSTE DE LA NO CALIDAD.
Secadas-Barros G, Gómez-García C, López-Hoyos M.

Objetivos: Disminuir el gasto de las determinaciones analíticas. Mejorar la calidad de las determinaciones solicitadas.
Métodos: Hospital nivel IV, con laboratorio de diagnostico invitro de hipersensibilidad que sirve a los hospitales y centros de atención primaria de la comunidad autónoma. En 2005 realizó 13.685 determinaciones IgE específica. Coste del reactivo de cada determinación: 8.35 . El laboratorio detectó como problema, la solicitud de determinaciones, que no ofrecen beneficios para el solicitante ni para el paciente, con el gasto correspondiente. Como medida de mejora elaboró un procedi-

miento basado en la mejor práctica, destinado al solicitante y un método de cribado de determinaciones solicitadas, destinado al laboratorio. Procedimiento ISO 9001:2000. En ambos casos se llevó a cabo la difusión mediante seminarios conjuntos. El procedimiento de solicitud de determinaciones está dirigido a facultativos de Atención Primaria, como punto de procedencia del error. Con independencia de las determinaciones solicitadas, el laboratorio criba las peticiones a partir del resultado de IgE total: si menor de 18 IU/ml no se realizan más determinaciones, excepto en pacientes menores de 1 año. Entre 18 y 50 IU/ml, se realiza scrining o la propia determinación. Se Informa sistemáticamente al solicitante del resultado obtenido en las determinaciones realizadas. Como medida de seguridad se reserva muestra alicuotada.
Resultados: Resultados obtenidos en tres meses posteriores a implantación del procedimiento:Solicitaron 710 determinaciones de IgE específica. CLA-I (phadiatop-scrining): solicitadas 122, realizadas 65 (53,27 %); se suspenden 23 con IgE menor de 18 y 34 con IgE mayor de 18 por su negatividad. CLA-C (Phadiatop+FX5 scrining): solicitadas 126, realizadas 67 (53,17%). Se suspenden 47 con IgE menor de 18 y 22 con IgE mayor de 18 por su negatividad. Proteínas leche de vaca: solicitadas 243, realizadas 98 (40,32%). Se suspenden 64 con IgE menor de 18 y 81 con IgE mayor de 18. Alérgenos generales: solicitadas 219, realizadas 151 (68,95%). Se suspenden: 68 determinaciones. Concretando: realizadas 381 determinaciones (53,66%) de las solicitadas, con ahorro de 10.317 .
Conclusiones: Gasto: binomio coste-despilfarro. En este caso hace referencia exclusivamente a reactivos utilizados-no necesarios. La cultura de la mejora permite detectar problemas que afectan a la calidad y conocer la no calidad. No se ha recibido ninguna reclamación ni indicios de insatisfacción, remitidos por profesionales solicitantes.
Contacto: Guillermina Secadas
gsecadas@humv.es

C-211.- VALOR DEL DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO PREOPERATORIO EN EL HIPERPARATIROIDISMO (HPT).
Gómez-Palacios A, Gómez-Zabala J, Gutiérrez MT, Expósito A, Barrios B, Iturburu I.

Objetivos. 1. Definir la sensibilidad de la Gammagrafía realizada con MIBI y de la ECO y TAC para el diagnóstico topográfico del Hiperparatiroidismo. 2. Comparar los resultados de dos abordajes quirúrgicos, diferenciados por los resultados obtenidos con estas pruebas. 3. Estudiar la repercusión sobre la gestión clínica del proceso, analizando la ecuación del Valor (relación beneficio/coste).
Pacientes y Método. Estudio realizado con 87 pacientes afectos de hiperparatiroidismo (HPT) (1996-2005). Para el diagnóstico topográfico se utilizaron la Gammagrafía y la ECO cervical en todos los pacientes, y la TAC en 47 casos. En función de los resultados, fueron operados mediante dos abordajes diferentes: 1. Cervicotomía exploradora tradicional (53 pacientes) y 2. Abordaje selectivo, cuando se identificó el adenoma con las pruebas (34 pacientes). Se comparan las dos series analizando los tiempos de utilización de quirófano, la estancia media y el Valor (eficiencia) del proceso. Se utilizó la Chi 2, para comparar porcentajes y la t de Student para la comparación de medias, aceptando como significativo p< 0,001.
Resultados. La gammagrafía fue positiva para el diagnóstico en el 89,52%. En todas las imágenes positivas solitarias el diagnóstico fue correcto. La sensibilidad diagnóstica de la ECO fue del 56% y la de la TAC del 53%. Con MIBI negativo, estas dos pruebas identificaron el adenoma en otro 7% de casos. La identificación preoperatoria de lesiones solitarias permitió efectuar un abordaje cervical selectivo. Cuando se compararon los resultados de los dos abordajes, se constató una diferencia, estadísticamente significativa (p<0,001) a favor del abordaje selectivo, en los tres parámetros de la ecuación del Valor que analizábamos: Menos tiempo de utilización del quirófano, menor estancia media, y menor costo total del proceso.
Conclusiones. 1. La sensibilidad de la gammagrafía con 99Tc-sestamibi alcanzó el 89,46% y fue certera en el 100% de las lesiones solitarias. La de la ECO del 56% y la de la TAC de 53 %. La imagen gammagráfica positiva y solitaria permite el abordaje cervical selectivo y la ECO y la TAC pueden ayudar a rescatar, para este programa quirúrgico, otro 7% de pacientes (con gammagrafía negativa). 2. Con un beneficio igual o mayor, el abordaje selectivo acorta significativamente el tiempo de utilización del quirófano, la estancia media, y disminuye el coste del proceso. 3. El cambio de estrategia quirúrgica hacia el abordaje selectivo, mejora sensiblemente el Valor (eficiencia) del proceso.
Contacto: Ángel Gómez Palacios
agpalaci@hbas.osakidetza.net

C-212.- LA OPINIÓN DE AGENTES CLAVE DE SALUD SOBRE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA. UN INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD.
Bleda JM.

Los órganos de participación ciudadana existentes en los diferentes modelos sanitarios autonómicos han servido de muy poco, no más allá de asesoría o consulta, por ello es necesario elaborar un nuevo modelo que conlleve a una participación más activa de los ciudadanos en la gestión sanitaria, y es por lo que se estima conveniente recoger la opinión de diferentes agentes clave que intervienen en el sistema sanitario, pues se considera que éstos pueden ser un buen instrumento que sirva para mejorar la calidad de los servicios y las prestaciones sanitarias.
Objetivos:
- Lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias de los agentes clave de salud ante la participación ciudadana.
- Detectar cómo la participación ciudadana puede involucrarse en las políticas sanitarias y la gestión del sistema de salud.
- Sentar las bases para una propuesta de participación ciudadana en salud.
Método:
Se realizaron cinco grupos focales, uno en cada una de las provincias de la región, durante los meses de marzo y abril. Los participantes representaban a asociaciones ciudadanas, a asociaciones de pacientes, a profesionales sanitarios y a la Administración regional.
Antes de la celebración de las reuniones los participantes dispusieron de una documentación básica que contenía información teórica sobre conceptos de participación, espacios de participación formal, marco normativo y los objetivos del nuevo modelo de participación.
Resultados:
En esta comunicación se recoge la opinión de los agentes clave de salud, vertida en los cinco grupos focales, que nos ha permitido identificar actuaciones para mejorar la calidad del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha.
Conclusiones:
Entre las conclusiones destacan las que consideran que las participación ciudadana es un instrumento útil, valido y necesario para mejorar el sistema sanitario público; que los ciudadanos participan poco y que hay que involucrarlos lo más posible; y, que la participación ha de ser a través de los representantes de las asociaciones de pacientes y de ciudadanos más representativas y más consolidadas.
Contacto: José M. Bleda García
bgjosem@sescam.jccm.es

C-213.- PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y USUARIOS EN LA DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA: UN EJERCICIO DE CORRESPONSABILIDAD CIUDADANA.
Sanchez-Martín I, Arbonies-Ortiz JC, Macías-Sánchez MJ, Telletxea-Nicolarena T, Gil-Rodrigo M.

Las Áreas de Atención al Cliente (AAC) tienen una cartera de servicios dirigida a los pacientes y profesionales de las Unidades de Atención Primaria. La organización de las AAC está basada en el criterio de VENTANILLA ÚNICA, implantado hace varios años, y con una organización de su actividad en base a procesos.
Objetivos:
• Pulsar la opinión de los usuarios en el Centro de Salud de Beraun, sobre los servicios que presta el AAC y sobre el funcionamiento del Centro.
• Encontrar áreas de mejora en nuestra actividad.
• Abrir cauces de comunicación con grupos y asociaciones vecinales, pertenecientes a nuestra zona de trabajo.
Metodología: Se planteó el trabajo mediante el diseño de una investigación cualitativa definiendo que el método a utilizar sería la TÉCNICA DE METAPLAN con:
- Un grupo NOMINAL y dos grupos FOCALES, y una Valoración de su percepción, utilizando un cuestionario autocumplimentado orientado a

los procesos que, con una escala de 1-10, permite medir la satisfacción de los usuarios con los diferentes servicios que se le prestan.
Resultados: Las opiniones reflejan que nuestro trabajo es apreciado y valorado. Se percibe sin embargo, un desconocimiento de algunos servicios que presta el AAC, en parte motivado por no haberlos necesitado o utilizado.
- Reconocen que se ha mejorado mucho, y están interesados en conocer los servicios del Centro y del AAC. Nos han aportado posibles mejoras a realizar. Desearían ser informados sobre el tiempo que deberán esperar, cuando alguna consulta tiene demora sobre la hora de citación.
- Se han abierto cauces con clientes y agentes sociales de la zona.
Conclusiones:
• Destacar el interés por participar en las mejoras y recibir más información sobre el funcionamiento del Centro y aspectos relativos a la salud.
• Los usuarios tienen una percepción bastante acertada de los puntos débiles de nuestro servicio, pero también percibimos que cuanta más alta cota de calidad encuentran, mayor es su grado de exigencia.
• Consideramos que la información es la base de una utilización correcta de los servicios del Centro, por lo que esta experiencia de búsqueda de mejoras a través de la Voz de los Pacientes/Usuarios, en calidad de Clientes, puede ser el inicio de un ejercicio de corresponsabilidad ciudadana, no solo mediante la opinión de las prestaciones asistenciales que reciben, sinó en tomar conciencia del consumo que realizan, de servicios de salud.
Contacto: Inmaculada Sánchez Martín
inmasanchez@apge.osakidetza.net

C-214.- PROFESIONALES Y DIRECCIÓN IMPLICADOS EN PROYECTOS DE MEJORA A PARTIR DE LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS.
Guiteras C, Carrera R, Ramón I, Toribio R, Castellano J, Anglada A.

La realización de audits (estudios de opinión, evaluaciones externas y reclamaciones) aportan información sobre los aspectos de satisfacción e insatisfacción de los ciudadanos, importantes para ser instrumentos de generación de acciones de mejora. El Hospital se planteó como objetivo analizar los resultados de las evaluaciones realizadas al centro y de los estudios de opinión internos para establecer propuestas de mejora.
Metodología: La Unidad de atención al ciudadano trabaja en tres ámbitos de actuación: en la planificación, determinando cuáles son las necesidades y requerimientos de los clientes, en el control, evaluando la opinión/satisfacción de los clientes, y en la mejora continua, proponiendo acciones de mejora a partir de los motivos de insatisfacción detectados.
Se analizan los resultados de la opinión de los ciudadanos, juntamente con los jefes de servicio implicados, elaborando propuestas de mejora de los aspectos necesarios, designando un responsable y el periodo de realización. Se prevé el presupuesto económico de cada acción de mejora y una vez aprobadas por el Comité de Dirección (CD) y Comité Permanente asistencial (CPA) se incluyen como objetivos anuales de cada servicio (DPPO).
Resultados: Ésta sistemática ha sido aplicada de manera regular desde el año 2005. La información ha sido detectada a partir de la atención de sugerencias y reclamaciones, grupo focal (anestesia), encuestas: CatSalut (Hospitalización y CSMA), limpieza, intimidad hospitalización y requerimientos personal administrativo.
Se han realizado propuestas de mejora en el 75% de los audits. El 100% de las propuestas han sido aprobadas en CD o CPA. Media de dos propuestas de mejora por estudio. El coste de las acciones de mejora continua representan una media de 6.000 euros anuales. Se han llevado a cabo un 70% de las propuestas de mejora, que han implicado a 15 servicios/unidades, siendo estas sobre lista de espera, información de efectos secundarios de la medicación, accesibilidad telefónica, comida del centro, circuito de consentimiento informado en anestesia, equipamiento de las habitaciones, recomendaciones sobre la confidencialidad, vídeo de acogida, etc.
Conclusiones: La implantación de aspectos de mejora y su seguimiento era el aspecto menos desarrollado en la Unidad de atención al ciudadano, siendo la metodología utilizada ha sido útil para implicar a todos los responsables del centro, aunque aún requiere un mayor desarrollo.
Contacto: Carme Guiteras Mauri
qualitat@hgv.es

C-215.- ENCUESTA A USUARIOS SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (VVAS).
Tamayo-Velázquez M, González-Rubio MJ, Moreno-González J, Ruiz-Díaz P, Montero-Alba T, Pérez-Amores I.

Objetivo: Describir los resultados obtenidos mediante un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de usuarios acerca de las Voluntades Vitales Anticipadas (Testamentos Vitales)
Comparar los resultados en dos Distritos Sanitarios de Andalucía.
Métodos:
Diseño: Estudio descriptivo transversal.
Ámbito de estudio: Distritos La Vega, Málaga y Levante-Alto Almanzora, Almería.
Sujetos de estudio: 602 sujetos (Málaga: 301 y Almería: 301) mayores de 18 años residentes en ambos Distritos.
Muestreo: Para poder describir cada uno de los estratos con un nivel de confianza del 95% y un error muestral de ± 5.65% para el supuesto de p=q=50%, se estableció un tamaño muestral de 301 sujetos para cada distrito.
Instrumento de medición: cuestionario telefónico validado.17 ítems.
Recogida de datos: por teléfono con entrevistadores entrenados.
Fecha realización: Diciembre 2005.
Resultados: El 12.6% de la población dice tener algún conocimiento. El término Testamento Vital es algo más conocido que VVA.. Media de autoevaluación de conocimientos: 5.53 (escala 0-10)
El 48% obtuvo sus conocimientos sobre el tema mediante medios de comunicación y el 25.9% a través de familiares o amigos. Los notarios (31.5%) y hospitales(25%) son los más elegidos si desearan obtener información.
El 84% no habló con nadie durante el pasado año sobre cuidados médicos que desearía o rechazaría en situación de incapacidad. La media de respuesta de hacerlo durante el próximo año es 4.48 (escala 0-10).
Las medias de respuesta obtenidas para el resto de ítems fueron las siguientes:
Disposición a asistir a una sesión informativa: 6
Le gustaría dejar escrito lo que quiere que los médicos hagan en situación de incapacidad:6.63
Le gustaría elegir un representante: 7.09
Le gustaría que sus familiares conocieran lo escrito en su Testamento Vital: 7.85
Le gustaría que sus familiares hicieran un Testamento Vital: 7.42
El Testamento Vital facilitaría la toma de decisiones a sus familiares: 7.35
El Testamento Vital serviría para respetar su voluntad en una situación en la que no pudiera expresarse: 7.78
Haría un Testamento Vital el próximo año: 3.63
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distritos.
Conclusiones:
Falta de conocimiento de los ciudadanos sobre las VVAs.
Manifiestan una actitud positiva ante las VVAs pero no se muestran muy predispuestos a cumplimentarlas en un futuro cercano.
Ambos distritos muestran la misma falta de conocimiento y actitud positiva ante las VVAs.
Contacto: Mª Isabel Tamayo Velázquez
mariai.tamayo.easp@juntadeandalucia.es

C-216.- DERECHOS DEL ENFERMO: CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE SU CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES HOSPITALARIOS.
Martínez F, Grupo de trabajo sobre derechos de los pacientes

Objetivos: Para los profesionales hospitalarios, y respecto a la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria, en Cataluña:
1) Definir su grado de conocimiento.
2) Conocer la percepción sobre su grado de cumplimiento.
3) Estimar las diferencias de conocimiento y percepción en cuanto a categoría profesional y tamaño del centro.
Métodos: Se realizó un estudio transversal multicéntrico en una muestra aleatoria estratificada por categoría profesional de 963 profesionales de 10 centros hospitalarios. Se pasó un cuestionario auto-cumplimentado con preguntas sobre conocimiento de la existencia y percepción de respeto para los 44 derechos contenidos en

la Carta. Se calcularon los porcentajes de respuestas comparándolos por categoría profesional y tamaño del centro. La significación de las diferencias observadas se objetivó mediante la prueba de Ji2.
Resultados: Respondieron 693 personas (tasa de respuesta: 72%), con una distribución por categorías profesionales similar a la de la muestra original.
Los derechos eran conocidos globalmente en un 76,7%, considerándose respetados en un 59,1%. Los menos conocidos eran los relacionados con la constitución genética de la persona (el 39,5%) y los relacionados con la investigación y experimentación científicas (el 54,8%), que también fueron, según los encuestados, los menos respetados (el 39,5% y el 46,8% respectivamente).
El grado de conocimiento global de los derechos entre el personal asistencial era superior que entre el no asistencial (78,4% y 70,5%, respectivamente; superioridad que se daba para todos los derechos excepto para los relacionados con el acceso a la atención sanitaria (sin diferencias significativas). Para el respeto a los derechos, globalmente no se observaron diferencias por tipo de profesional (59,1% vs. 59,3%). Se producía una peor percepción entre los asistenciales en relación al acceso a la atención sanitaria .Los no asistenciales eran más críticos con relación a los derechos relacionados con la investigación y experimentación.
Globalmente, tanto para el conocimiento como para el respeto a los derechos se observaron diferencias significativas por tamaño del centro, observándose una relación inversa con esta variable. Esta relación fue consistente para los 10 grupos de derechos.
Conclusiones: Las cifras de conocimiento y, especialmente, de respeto percibido a los Derechos contenidos en la Carta indican la necesidad de implantar medidas de difusión entre profesionales y usuarios.
Contacto: Eva Martín Sánchez
emartin@fhag.es

C-217.- DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. ASPECTOS NORMATIVOS ESTATALES Y AUTONÓMICOS.
Iloro M, Palomo A.

Objetivos: Se trata de comprobar el empeño del poder legislativo de dar especial relevancia a la orientación de la asistencia al paciente tanto a nivel individual a través del respeto a sus derechos, como desde el punto de vista colectivo mediante la creación de órganos de participación ciudadana.
Material y Métodos: Revisión de disposiciones legales estatales y autonómicas.
Resultados: Ya la Constitución Española de 1978 , en su art. 43, reconoce el derecho a la protección de la salud. La Ley General de Sanidad de 1986, además de establecer el derecho a la información y al respeto a la dignidad e intimidad del paciente y a su participación en las actividades sanitarias a través de los Consejos de Salud, que se crean como órgano de participación comunitaria para la consulta y seguimiento de la gestión. El Convenio de Oviedo de 2000, además de establecer el derecho a la protección del ser humano en su dignidad e identidad, sienta la doctrina del Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente para decidir sobre su propia enfermedad. La Ley 41/2002 destaca la humanización de la asistencia y el consentimiento previo a cual quier actuación sanitaria. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala que los profesionales sanitarios tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad y el interés y salud del ciudadano. La normativa autonómica, sin excepción, recoge el respeto a la dignidad humana, al derecho a la información y a la libertad de decisión sobre las diversas alternativas terapéuticas. En el ámbito colectivo se diseñan, con una u otra denominación, los Consejos de Salud en los que están representados las organizaciones de representación ciudadana. Como garantía de los derechos de los usuarios se crean los "Defensores del Paciente"
Conclusiones: Desde un tiempo, no muy lejano, en el que la práctica clínica se guiaba en gran parte por la intuición, el "ojo clínico", la experiencia individual, se evolucionó a un pensamiento científico en el que las decisiones para la salud individual del paciente se toman en función del estudio de la evidencia actual.
En todas las disposiciones revisadas, manteniendo la necesidad de la investigación, como fundamento de la evidencia científica, y regulando la forma en que se realiza, se hace especial hincapié en la orientación de la asistencia sanitaria al usuario que decide y participa en el diseño del propio sistema. El ciudadano se constituye en eje de la sanidad, creando las bases de una MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE
Contacto: Mª Isabel Iloro Mora
maribel.iloro@vodafone.es

C-218.- UN PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBJETIVOS PACTADOS POR LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA.
Andrés B, Martínez JR, Alonso M, Montserrat D, Jiménez J, Gómez P.

Objetivo: Establecer un procedimiento de control del cumplimiento de los objetivos pactados por la Dirección de Enfermería.
Metodología: Clasificación del documento de objetivos pactados según áreas de competencia y tipo de actividad. Valoración de cada objetivo en función de las fuentes de información, los criterios de cumplimiento de actividades y la periodicidad del seguimiento. Forma de evaluación en base al cumplimiento de estándares o por autoevaluación. La periodicidad del seguimiento es semestral y el análisis final de resultados en el mes de diciembre.
La estructura elegida ha sido la de un libro Excel, cuyas hojas relacionadas entre sí, recogen toda la actividad de enfermería asociada a objetivos. La organización de dichas hojas ofrece la información clasificada por cuadros generales de actividad, por fuentes de información, por métodos de evaluación y por unidades de enfermería (informes de seguimiento).
Resultados: Hemos confeccionado el libro EXCEL de objetivos del año 2006 donde se irán incluyendo los resultados obtenidos por cada unidad. La valoración actual es prematura, aunque los datos de la auditoría recientemente realizada proporcionan información de objetivos que en algunos pocos casos indica un cumplimiento total como protocolo de vías venosas(100%) y en otros casos más frecuentes detecta incumplimientos por alguna de las unidades de enfermería.
Sobre las 16 unidades de enfermería asistenciales del hospital, esta valoración ha detectado a 6 unidades que fallaba en el cumplimiento de alguno de estos objetivos, 3 de ellas fallaba en más de 4 objetivos y otras 3 fallaba en solo 1 objetivo. Los objetivos más problemáticos fueron la determinación del riesgo de caídas al ingreso del paciente que sólo fue positivo en el 43,9% de los casos y era incumplido por 9 unidades y la identificación de pacientes con brazalete(65,5%) que fue incumplido por 7 unidades.
Conclusiones: El procedimiento realizado se consolida como una herramienta útil para el seguimiento de objetivos que permite un control rápido y eficiente de la información realizando en tiempo real el análisis general e individual de las unidades de enfermería.
Su rápida gestión conlleva a una mayor participación de las unidades de enfermería en el programa de calidad del hospital y en función de los mismos detectar áreas de mejora en las unidades de enfermería.
Los resultados obtenidos en la primera auditoria han sido distribuídos en informes para la dirección (control) y unidades de enfermería (difusión y control interno).
Contacto: Begoña Andrés Gimeno
bandres.hpth@salud.madrid.org

C-219.- INDICADORES DE GESTIÓN. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN UNA CORPORACIÓN SANITARIA.
Moratilla M, Cavo S, Rangil J, Conde E.

Introducción. La disponibilidad del mismo sistema de información en todos los Hospitales del Grupo y de un Datawarehouse corporativo donde diariamente se almacena la información de todos ellos permite obtener fácilmente indicadores que permitan realizar un mejor seguimiento de la actividad asistencial propia de cada Hospital y comparada con el resto de Hospitales del Grupo Capio Sanidad.
Objetivo. Utilizar los registros de información asistencial realizados en los Hospitales para obtener de forma automatizada un seguimiento de la actividad mediante indicadores y mejorar la calidad.
Proveer acceso a esta información a todo el personal que realiza tareas de gestión dentro del Grupo Capio, en sus diferentes niveles.
Metodología. Grupo de trabajo formado por responsables de las áreas Asistencial, Calidad, Benchmarking y Sistemas de Información, con

colaboración de Gerentes y responsables Médicos y de Enfermería de Hospitales.
Desarrollo de informes con técnicas de Business Inteligence, accesibles en entorno web desde la Intranet Corporativa. Entorno securizado, con posibilidad de proveer diferentes perfiles de acceso a la información (Corporativo, Hospitalario, por área, etc.). Disponibilidad de semáforos o niveles de alerta máximos y mínimos para cada indicador. Posibilidad de obtener indicadores a nivel corporativo, hospitalario, por especialidad médica, etc.
Resultados. Implantación al 100% en todos los centros de Capio en España. Desde la Intranet Corporativa acceden a información sobre indicadores un número elevado de usuarios de diferentes áreas y perfiles: Dirección Corporativa, Gerentes, Responsables médicos y de Enfermería, mandos intermedios, etc.
Mejora de procesos, mayor calidad en los registros de información, aumento de las posibilidades de seguimiento de actividad.
Conclusiones. El sistema de información de indicadores, junto al resto de información sobre actividad y resultados en cada una de las áreas hospitalarias, es accesible para todos los responsables hospitalarios, de una forma cómoda, ágil, clara y sencilla.
Se ha mejorado la calidad de los registros de información, así como la implicación de los diferentes responsables asistenciales en una mejor gestión de sus áreas de responsabilidad.
Palabras clave: Indicadores, Asistencial, Gestión.
Contacto: Marta Moratilla Martínez
mmm@idcsa.net

C-220.- ONCE AÑOS DE CONTROL EXTERNO DE CALIDAD EN LOS LABORATORIOS ANÁLISIS CLÍNICOS/ BIOQUÍMICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
Valpuesta MP, Barranquero A, Llanes F, Irastorza MA, García-Rotllán J.

Es norma de obligado cumplimiento dentro de la calidad de los servicios responsables de los laboratorios clínicos, entre otras, mantener programas de control internos y programas de control externos. Este último, consistente en la evaluación por una entidad externa de reconocido prestigio, de resultados mediante ejercicios de comparación entre laboratorios. Estos controles se realizan con una periodicidad mensual, sin perjuicio de las particularidades de los programas.
El objetivo de la presente comunicación es conocer la evolución de los Controles externos de calidad de los laboratorios de Análisis Clínicos /bioquímica, desde el año 1995, fecha en el que se firmó el Convenio de colaboración entre la Sociedad Española de Química Clínica hasta la actualidad.
Métodos:
Evaluación de los programas existentes, con la colaboración de las Sociedades Científicas.
Inscripción centralizada de todos los laboratorios correspondientes al SAS
Resultados
- Firma de convenio de colaboración entre SAS y la Sociedad Española de Química Clínica en 1995 y prórrogas anuales hasta la fecha.
- Participación de todos los Centros del Servicio Andaluz de Salud a un único Programa de Control Externo de Calidad.
- Cursos de formación a los facultativos de la especialidad.
Conclusiones
Durante el tiempo vigente se ha conseguido:
- Mejora en la participación en los diferentes programas contratados de los laboratorios
- Comparabilidad de los resultados permitiendo su análisis y recomendaciones correspondientes.
Contacto: M. Paz Valpuesta Bermúdez
paz.valpuesta@juntadeandalucia.es

C-221.- CUADRO DE MANDO INTEGRAL COMO ELEMENTO DE PARTICIPACIÓN Y MOTIVACIÓN EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Díaz-López Y, Jiménez-Carramiñana J, Estévez-Muñoz JC, Bartolomé-Casado S, Ballarín-Bardají M.

Entendemos el Cuadro de Mando Integral (CMI) como una herramienta que favorece la difusión de los objetivos de la organización a todos los profesionales, permite que cada uno establezca los indicadores que le son propios a su área de responsabilidad, relaciona los resultados que se obtienen con las estrategias planteadas, y posibilita el seguimiento de los objetivos
Objetivos: Diseñar un CMI con la participación de los profesionales que nos permita 1. Comunicar los objetivos 2. El seguimiento de los objetivos 3. La toma de decisiones: acciones de mejora 4. Realizar comparaciones entre Unidades
Métodos: Inicialmente se construyeron los indicadores principales o directos, los relacionados con el cumplimiento de cada uno de los Objetivos Institucionales. Estos indicadores se definieron de forma consensuada entre el Equipo Directivo y cada uno de los profesionales responsables de la consecución de los mismos. Posteriormente se definieron los indicadores secundarios o indirectos que traducen la estrategia planteada para alcanzar los objetivos. Para cada objetivo la Unidad de Informática desarrolló la aplicación que permitiera obtener su indicador de forma homogénea. Para todos los indicadores, se diseñó una ficha que incluye, su codificación, contenido (numerador y denominador), niveles de explotación y comparación (Área, distrito, zona básica, unidad funcional o CIAS), acceso (perfil y nivel por usuario) así como la fuente/origen de los datos y el procedimiento para su obtención.
Resultados: Se elaboró un CMI con todos los indicadores y diferentes niveles de acceso a cada uno, en función del nivel de responsabilidad, pudiendo cada área efectuar el seguimiento de los que le son propios y la comparabilidad con otras unidades. Su implantación ha permitido la identificación y corrección de desviaciones en los indicadores principales y la reevaluación de la estrategia planteada a través del análisis de los indicadores secundarios en cada área operativa
Conclusiones: El CMI se ha mostrado como una herramienta válida para difundir objetivos, detectar desviaciones y replantear las actividades planificadas para la consecución de los mismos, basándose en la mejora continua y permitiendo la comparación de resultados con todas las unidades. El éxito del proyecto estriba en la definición consensuada de los indicadores por los responsables del cumplimiento de los objetivos, auténticos conocedores del proceso, favoreciendo de este modo la participación y la motivación, al saberse y sentirse los propietarios del mismo.
Contacto: Yolanda Díaz
ydiaz.gapm07@salud.madrid.org

C-222.- PLAN DE GESTIÓN CONJUNTO DE DOS GERENCIAS (ATENCIÓN PRIMARIA - ATENCIÓN ESPECIALIZADA).
Egea-Romero MD, Santiago-García C, Martínez-García JF, Fernández-Pérez TS, Moreno-Valero MA, Sevillano MN.

Introducción: Los equipos directivos de una Gerencia de Atención Primaria y de su hospital de referencia, que consideran al paciente el eje central de sus actuaciones y dan una gran importancia a la coordinación para garantizar la continuidad asistencial, deciden elaborar un Plan de Gestión conjunto.
Objetivos:
1º) Mejorar la atención sanitaria de nuestros ciudadanos
2º) Garantizar la continuidad asistencial a través de la coordinación
Métodos:
El Servicio Murciano de Salud ha apostado por la autoevaluación EFQM como herramienta de gestión. Se identificó como área de mejora en nuestras gerencias el diseño y/o desarrollo de un sistema de gestión por procesos (criterio 5), lo que implicaba ir estableciendo una estructura de procesos coherentes y definidos con una metodología común, que hiciera posible la medición, seguimiento y evaluación del rendimiento, así como la introducción de medidas correctoras que permitieran mejorarlos.
El Plan de Gestión es un proceso estratégico que guía a la organización y decidimos que debía ser el primer proceso a abordar y que íbamos a hacerlo de forma conjunta.
Cada gerencia efectuó su mapa de procesos nivel 0 de forma independiente y tenía bien definidas la misión, valores y líneas estratégicas, que eran complementarias en algunos aspectos y coincidentes en otros, ya que teníamos la misma población de referencia. Posteriormente se efectuaron reuniones de trabajo conjuntas en un grupo integrado por ambos equipos directivos, en las que se elaboró el mapa nivel 1 (metodología IDEF) y se efectuó la descripción detallada del proceso.

Resultados: El grupo de trabajo definió la misión y visión conjunta del Plan de Gestión, sus límites inicial y final y los 6 subprocesos en los que se puede descomponer: Planificación estratégica, Gestión presupuestaria, Gestión operativa, Gestión de la Información, Relaciones externas y Mejora contínua.
También se definieron las entradas, proveedores, requisitos, clientes y salidas del proceso, las guías y recursos necesarios y los indicadores relativos al cumplimiento del plan y a la satisfacción de los trabajadores.
Conclusiones:
1) La coordinación Primaria-Especializada es posible y fundamental para garantizar la continuidad asistencial.
2) La elaboración de un Plan de Gestión conjunto de un área de Atención Primaria y su hospital de referencia pensamos que puede ayudar a conseguir los objetivos y a implicar a profesionales de ambos niveles asistenciales.
3) La gestión por procesos es una herramienta eficaz para la gestión.
Contacto: Mª Dolores Egea Romero
mdolores.egea2@carm.es

C-223.- EL USO DE INDICADORES EN EL HOSPITAL ¿FAVORECE LA SISTEMATIZACIÓN DEL CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD?.
Andrés B, Martínez JR, Alonso M, Montserrat D, Sierra M, Gómez P.

Objetivo: Sistematizar el ciclo de mejora continua de la calidad monitorizando los indicadores de enfermería establecidos en el hospital y especificando nuevos indicadores relacionados con aspectos clave de la atención de pacientes
Metodología: Valoración de la evolución de los indicadores recogidos sistemáticamente en el hospital. Determinación de estabilidad basada en contrastes significativos de proporciones en cada unidad de enfermería. Análisis de objetivos pactados y de las nuevas líneas de actividad del centro para la inclusión de nuevos indicadores.
Actualización de las fuentes de información establecidas (auditorías semestrales de enfermería y bases de datos de registros) y adecuación de otras nuevas (informes de unidades asistenciales y de unidades de apoyo).
Resultados: Se ha analizado la evolución en cuatro años de una lista de 35 indicadores de enfermería, de los cuales 15 se han sido considerado estables. Se han añadido 30 indicadores nuevos.
La primera auditoría realizada en este año detecta cierto deterioro en 3 de los considerados estables, mientras que 3 de los inestables han experimentado mejoría estabilizándose en al menos 7 unidades; estos indicadores son: identificación de pacientes con brazalete(68%), adecuación de carros de parada según protocolo(67%) y descripción completa de sonda en la gráfica de constantes(61%).
Se ha hecho la primera valoración de la nueva serie de indicadores. Gestión al ingreso del riesgo nutricional(15%), de caídas(46%) y social(45%). Continuidad de cuidados: riesgo de caída (45%), riesgo nutricional (50%). Correcta cumplimentación del registro de UPP(74%). Cumplimiento de nuevos protocolos: mantenimiento de vía periférica (100%). Prevención de infección relacionada con el manejo de catéteres periféricos(87%), neumonía nosocomial(51%), sondaje vesical (76%) e higiene de manos (87%).
Conclusiones: La estabilización de algunos indicadores es un hecho positivo pero resulta evidente la necesidad de implantar medidas de mejora para los restantes, cuyo retraso en consolidarse está restringido al ámbito de ciertas unidades que precisan mayor insistencia.
La primera valoración de los nuevos indicadores induce a preparar la estrategia para asegurar el cumplimiento de los nuevos objetivos en las unidades de enfermería, insistiendo en la información y formación a los profesionales en áreas concretas como la gestión del riesgo, su continuidad de cuidados y la adecuada cumplimentación de registros.
Contacto: Begoña Andrés Gimeno
bandres.hpth@salud.madrid.org

C-224.- ENFOQUE DE SISTEMA DE GESTIÓN PARA INTEGRAR LA CALIDAD, LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL Y LOS RIESGOS LABORALES.
Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A, Bilbao A, Omaetxebarria E, Del Valle ML.

Introducción: El Sistema de Gestión es el "esquema general de procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la organización realiza todas las actividades necesarias para alcanzar sus objetivos". Con esta finalidad, muchas organizaciones utilizan modelos o normas de referencia reconocidos para establecer, documentar y mantener sistemas de gestión que les permitan dirigir y controlar sus respectivas organizaciones. Las normas más extendidas entre las organizaciones hacen referencia a la gestión de la Calidad, a la gestión de la Seguridad y Salud de los trabajadores y a minimizar el impacto de las actividades en el Medio ambiente.
Objetivo: Definir un Sistema de Gestión que integre las áreas de calidad, medio ambiente y riesgos laborales.
Métodos: 1. Se identifican los procesos que se incluyen en cada uno de los sistemas de calidad, medio ambiente y riesgos laborales, 2. Se define la Misión de cada sistema, integrándolo en la Misión del Hospital, 3. Se establece un cuadro de indicadores que permita evaluar la eficacia de cada sistema, 4. Se definen las funciones principales y sus responsables, 5. Se sistematiza la realización de las auditorías internas, la evaluación anual del desempeño y se fijan objetivos y metas, y 6. Se elabora una sistemática de Revisión del Sistema por la Dirección que recoja las propuestas de mejora que más inciden en la consecución de los objetivos.
Resultados: 1. Se ha definido el mapa de procesos del Hospital. 2. Se han identificado los procesos de cada uno de los sistemas de gestión. 3. Se ha elaborado un cuadro de mando que integra medidas de calidad, medio ambiente y riesgos laborales. 4. Se han definido las funciones y responsabilidades de las personas en el sistema. 5. Se ha establecido un cronograma anual en el que se establece la periodicidad de las actividades del sistema.
Conclusiones: 1. Establecer objetivos con el sistema apropiado es una forma de clarificar las cosas, de mejorar las relaciones entre los mandos y los colaboradores. 2. Un Sistema de Gestión ayuda a una organización a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos, las actividades... que le permitan una gestión orientada hacia la obtención de los resultados que desea, o lo que es lo mismo, la obtención de los objetivos establecidos. 3. El Cuadro de Mando Integral es una herramienta de gestión que traduce la visión y la estrategia de una organización en un conjunto de objetivos, indicadores y proyectos estratégicos vinculados a los conceptos descritos.
Contacto: Mikel Latorre Guisasola
mlatorre@hcru.osakidetza.net

C-225.- PLAN PARA EVALUAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
García C, Pescador A, Corcoles P, Del Egido MA, Escribano M, Imbernón FJ.

Objetivos:Establecer un procedimiento de evaluación de las actividades de enfermería en nuestro hospital, comparando los resultados obtenidos con los planificados, estudiando las desviaciones e impulsando acciones correctoras que nos permitan mejorar la calidad de los cuidados que prestamos (ciclo de Deming- PDCA)
Metodología:Se realizan dos evaluaciones anuales, una antes del verano y otra a finales de año.
Población: los pacientes ingresados en las Unidades de Enfermería de nuestro Hospital.
Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados.
Unidades que tienen dos camas por habitación: se incluyen todos los pacientes.
Unidades que tienen una cama: todos los pacientes
Unidades con tres camas: se incluyen los pacientes que ocupan la cama A y C. En caso de exclusión se incluye a la cama B
Criterios de exclusión: estar ausente de la Unidad e ingresos de menos de 24 horas
En las fecha definidas, se elige, de forma aleatoria, la Unidad a la que se evalúa entre las que no lo haya sido.
Los evaluadores se escogen entre los supervisores de las distintas Unidades y son entrenados previamente. No evalúan la Unidad a la que pertenecen.
Se recoge información de los registros de enfermería con comprobación posterior mediante la observación directa del paciente.
Registros: valoración al ingreso del paciente, firma de tratamientos y cuidados, registro de aplicación y seguimiento de los protocolos de: úlceras por presión (UPP), sondaje vesical (SV), vías periféricas (VP) y centrales, ingesta y eliminación.

Observación del paciente: valoración de la aplicación y seguimiento de los protocolos de acogida, UPP, SV, VP
Se recogen los datos en formularios que posteriormente se transfieren a una base de datos Access de Microsoft Office.
Resultados:Realizadas dos evaluaciónes en el año pasado, se obtienen resultados, por Unidades, del seguimiento de los distintos indicadores propuestos.
Se observa porcentaje de enfermos identificados con pulsera que hay que mejorar, déficit en el registro de prevención de UPP aunque se realiza dicha prevención, cumplimiento del protocolo de SV pero deficiencias en el registro, esto mismo ocurre con el protocolo de VP. Casi todos los pacientes tienen valoración al ingreso con variabilidad en la cumplimentación. el registro de ingesta y eliminación, por ser de reciente implantación, tiene resultados mejorables.
Conclusiones: Después de exponer los datos a las Unidades, y aplicar medidas correctoras, compararemos resultados con la evaluación que se realiza en la actualidad
Contacto: Carlos García Fernández
cgfernandez@sescam.jccm.es

C-226.- GESTIÓN DE RESIDUOS EN UN CENTRO DE SALUD
Zubimendi M, Mendia JL, Conde I, Madina L.

Introducción y Objetivos. Cada vez más el respeto al Medio Ambiente, y la Responsabilidad Social Corporativa en su conjunto, son importantes para valorar la calidad de las empresas y organizaciones.
El objetivo de este trabajo es presentar una panorámica de la gestión de residuos en lo que se refiere a un Centro de Salud, desde su clasificación a su gestión interna, para concluir desarrollando la regla de las 3 R (Reducir, Reutilizar, Reciclar).
Metodología. Se trata de un trabajo fundamentalmente descriptivo, en el que se revisa todo el ciclo de la gestión de residuos.
Resultados: Se describen los residuos que puede generar un Centro de Salud y se clasifican como asimilables a urbanos, sanitarios específicos, de naturaleza química y tóxicos y peligrosos
Se describen los distintos receptáculos y procedimientos para la recogida de residuos
Se describen las distintas responsabilidades sobre la gestión y el destino de los distintos tipos de residuos.
Se presenta la regla de las 3 R, y se muestran ejemplos prácticos de cada una de ellas: cómo REDUCIR, cómo REUTILIZAR y cómo RECICLAR.
Se presentan resultados de los residuos reciclados en el año 2005, 829 kilos de materiales biológicos (698 de cortantes y punzantes y 131 de medicamentos, glutaraldehido y citostáticos), 165 fluorescentes, 42 toner, 30 kilos de placas de radiografía y 18 kilos de pilas. Todo ello se ha gestionado tanto por la Unidad de Admisiones como por los diferentes gestores de residuos con los que cuenta la organización.
Este año 2005 nuestro centro ha obtenido la ISO 14001, de Gestión Medioambiental
Conclusiones. Los Centros de Salud son importantes generadores de residuos. Algunos de ellos, por su naturaleza química o biológica, son importantes en cuanto a su poder contaminante. El presente trabajo presenta una visión general de cómo identificar y trata todos los residuos que genera un Centro de Salud.
Los datos numéricos se refieren a 2005, ya que con anterioridad aunque se hacía el mismo seguimiento exhaustivo de los residuos no se registraban sus movimientos. Desde el año 2005 nuestro centro, como todos los de la Comarca, tiene un ekogidari, (guía de la ecología) responsable del control y gestión de los residuos.
Creemos que el conocimiento de estos aspectos, unido a un liderazgo sobre reciclaje que puede ejercer la Unidad de Admisiones, son importantes para avanzar en un desarrollo sostenible
Contacto: Mikel Zubimendi Esteibar
aaconda@apge.osakidetza.net

C-227.- EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD MÓVIL TAC-RMN EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN.
Ortega-Esguevillas I, Robles-García M, Blasco-Redondo R, Uribe-Ladrón de Cegama F.

Objetivos: Contribuir al cumplimiento de los compromisos de política sanitaria en Castilla y León (autosuficiencia, accesibilidad, calidad, participación, garantía de salud pública e innovación) a través de la puesta en marcha de Unidad Móvil TAC-RMN. Realizar las técnicas diagnósticas, tradicionalmente ubicadas en el ámbito hospitalario, en el medio rural, en cercanía con el lugar de residencia áreas periféricas y mundo rural de nuestra región.
Métodos: La Unidad Móvil mide 16 metros (cabina TAC y RMN, sala de espera). Es atendida por 2 T.E.R. La unidad realiza RMN de pequeñas articulaciones (rodilla, tobillo, codo, muñeca,y extremidades) y TAC (base de cráneo, cerebro, peñasco, facial, extremidades, tórax, columna, y pelvis), no se llevan a cabo exploraciones que requieran contraste y/o anestesia. El circuito recorre con una periodicidad mensual 12 localidades de 9 provincias (44 Zonas Básicas de Salud).
Resultados: Tras un año desde la puesta en marcha del programa, se han realizado 693 TAC (659 simples y 17 dobles), y 352 RMN (332 simples y 10 dobles) La prueba con mayor demanda para el TAC ha sido el TAC de cerebro (382;54,42%), seguida por el TAC de columna lumbosacra (15,38%). La prueba con mayor demanda para la RMN ha sido la RMN de rodilla (308; 85,79%). El mayor porcentaje de pruebas realizadas se ha producido en Ávila (37,52%) para los TAC y en León (23,86%) para la RMN. Por localidades, la que mayor número de pruebas ha realizado ha sido Benavente, para TAC (33, 33%) y Ciudad Rodrigo para RMN (15,91%).
Conclusiones: El programa ha supuesto el acercamiento del servicio a lugares de residencia y prestado cobertura a 44 Zonas Básicas de Salud de las 9 provincias de la Comunidad. Se ha contribuido al apoyo diagnóstico en cercanía, apostando por los Centros de Especialidades y/o el desplazamiento de especialistas en determinados Centros de Salud. Se han logrado sinergias en la citación de pacientes y se ha facilitado la disponibilidad a localidades con menor número de habitantes. Disponer de dos recursos diagnósticos (RNM y TAC) en un mismo vehículo ha supuesto un avance en innovación.
Contacto: Raquel Blasco Redondo
rblasco@grs.sacyl.es

C-228.- CARTERA DE SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS POR NIVELES ASISTENCIALES.
Carriazo-Pérez A, Villar-Martínez F, Aldana-Espinal JM, García-Rotllán J, Carmona-Díaz Velarde J.

Introducción. La oferta asistencial de procedimientos que se consideran básicos para una determinada especialidad, por niveles de complejidad asistencial de los centros de asistencia especializada de un Servicio Regional de Salud (SRS), constituye una herramienta que permite la correcta identificación de la actividad realizada, así como el establecimiento de procedimientos de referencia según la complejidad del nivel asistencial.
Objetivos. Elaboración de las Carteras de Servicios de Procedimientos por niveles asistenciales para las especialidades disponibles en todos los centros del SRS.
Metodología. Se ha cuantificado el número de procedimientos quirúrgicos realizados en los hospitales del SRS, del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta (CMBDA) y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), años 2002, 2003 y 2004, en los que el servicio al alta es el de las especialidades de estudio. Se emplea la codificación de procedimientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC, identificando los de las especialidades quirúrgicas en estudio, e incluyendo aquellos que se le asignan a la misma en el Registro de Demanda Quirúrgica (AGD). Los hospitales se agrupan según su nivel de complejidad asistencial. Se contrasta con valoraciones realizadas por las comisiones asesoras de las especialidades quirúrgicas (Sociedades Científicas), según criterios establecidos, y se revisa con informantes clave.
Resultados. Se han elaborado listados de procedimientos de las especialidades quirúrgicas ofertadas en todos los centros del SRS, clasificando los mismos en las siguientes categorías:
1.- Procedimientos de la oferta de los hospitales regionales (nivel I);
2.- Procedimientos de la oferta de los hospitales de especialidades (nivel II);
3 y 4.- Procedimientos Básicos en todos los hospitales de la red. Ésta última constituye la oferta mínima en todos los hospitales, incluidos los comarcales de niveles III y IV.
Conclusiones. Los listados elaborados constituyen una primera versión, que experimentará ajustes en el tiempo, en función de los avances cien-

tíficos en este ámbito. Pretende tener una función orientativa, y no ser limitante con la oferta que se realiza en centros de menor complejidad, aunque sí debe entenderse como referencia para los centros de niveles más complejos. En este sentido, es un elemento más a la hora de la programación de las actividades formativas correspondientes a cada nivel asistencial.

Contacto: Ana María Carriazo
anam.carriazo@juntadeandalucía.es

C-229.- PROYECTO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TERAPIA ANTICOAGULANTE (TAO).

Ortega P, Olmo C, Guerra JL, Romero A.

Objetivos:
- Mejora de la Calidad Asistencial en pacientes con TAO.
- Aproximar las unidades de seguimiento de la TAO al domicilio del paciente.
- Establecer un sistema articulado entre el Servicio de Hematología y Atención Primaria.
- Evitar la masificación en las consultas de sintrom del H.V.L.
- Mantener la calidad clínica y analítica.

Metodología: La descentralización se ha realizado en nueve fases, comenzando en Junio del 2003 y finalizando en Noviembre del 2005; coordinándose la Dirección de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria con el Servicio de Hematología del Hospital, para la planificación de cada una de las fases.
Se mantiene una base de datos única para los pacientes, ubicada en la consulta de Hematología del Hospital. Gracias a esto los pacientes pueden ser visitados indistintamente en el Hospital o en el Centro de Salud, según su situación clínica o criterio del facultativo, asegurando la calidad tanto asistencial como analítica en todo el proceso.
Comprende un total de 28 Zonas Básicas de Salud abarcando una población aproximada de 3218 pacientes en tratamiento con anticoagulación.
Conclusiones:
- Se han evitado más de 30.000 desplazamientos anuales a una población de edad avanzada, con patologías crónicas, y con una importante dispersión geográfica.
- La punción digital es poco dolorosa y muy bien valorada por los pacientes.
- El método muestra resultados similares en los diferentes Centros de Salud y cuando se comparan con resultados obtenidos en punción venosa.
- El control de Calidad de los resultados se ajusta a los estándares establecidos.
- El personal implicado en el desarrollo del proyecto se ha adaptado bien al método, con un alto grado de motivación.
- Hay menos presión asistencial en la consulta de TAO del H.V.L.

Contacto: Pilar Ortega Fernández
portega@sescam.org

C-230.- ORGANIZACIÓN POR NIVELES ASISTENCIALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN UN SISTEMA DE TRIAJE ESTRUCTURADO.

Tomás S, Aguilar M, Salazar A, Ortega V, Vila P, Pozo F.

Objetivos
1-Valorar la adecuación e implantación de un modelo de triaje estructurado en un Servicio de Urgencias (SU).
2-Analizar las medidas de mejora realizadas en función de los indicadores de calidad (IC)del triaje estructurado.
Método: A finales de 2004 se introdujo en nuestro SU un sistema de triaje estructurado (STE) conocido como Sistema Español de Triaje (SET). El sistema dispone de 500 motivos de consulta (MC), cada uno de ellos con un cuestionario dicotómico que orienta sobre el nivel de gravedad (grados I a V) y la inmediatez de la atención después de la entrevista inicial, bajo soporte informático (Web e-Pat 3.2). Previo a su implantación una comisión médica-enfermería relacionó la gravedad del MC con un tiempo máximo de demora, asignando la ubicación adecuada según especialidad. Después del primer año se procedió a una re-organización del SU según los resultados de IC, creando niveles funcionales asistenciales dentro del SU, adecuando los recursos a la gravedad del MC
Se han analizado los usuarios mayores de 15 años que acudieron a nuestro SU recogiéndose los siguientes datos: triaje previsto y realizado, tiempos puerta-triaje, duración del triaje y triaje-inicio visita médica, distribución y destinos según escala de gravedad.
Los datos se dividieron en tres grupos: primer (implantación) y segundo semestre (consolidación) del 2005, y primer trimestre (mejoras organizativas) del 2006. Los datos obtenidos se exportaron a un fichero Excel para análisis estadístico, mediante el programa SPSS v 11.0.
Resultados: Se han incluido 96.471 usuarios, de los que valoró el MC en 86225 (89'4% del triaje previsto): 84,85% el primer periodo, el 91% el segundo y el 94,30% el tercero.
El tiempo puerta-triaje fue de 10 min (±9'36), 8 min (±8,85) y 8 min (±8,84) para cada periodo respectivamente. El tiempo de duración fue de 0,42, 0,41 y 0,3 minutos (rango min/máx 0,05-15,53).
Se observa una mejora estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el tercer grupos con los siguientes indicadores: índice de pacientes no visitados, tiempo triaje-inicio visita, índice de ingreso según gravedad, índice de reingresos y tiempo de estancia en urgencias
Conclusiones:
1. La implantación de un STE genera la puesta en marcha de medidas de mejora en un SU con el objeto de disminuir los tiempos de demora de visita y racionalizar el uso de los recursos asistenciales.
2. La organización por niveles asistenciales complementa a un STE.
3. La implantación de un STE en un SU aumenta la seguridad sobre los pacientes.

Contacto: Santiago Tomás Vecina
ucies@mutuaterrassa.es

C-231.- DISEÑO DE UN ESTUDIO SOBRE LA ADECUACIÓN DE LA DEMANDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA.

Estébanez-Carrillo M Zuazo-Arsuaga JI, Montejo-Gutiérrez M, De Miguel-Aguirre E, Murua-Navarro F, Sánchez-Bernal R.

Objetivos: 1º: Conocer la proporción de todas las primeras consultas solicitadas a los Centros de Salud Mental (en adelante CSM) que son inadecuadas. 2º: Determinar la asociación entre adecuación de la demanda y las variaciones en la morbilidad 3º: Elaborar un inventario de los recursos psicosociales existentes donde derivar la mayor parte de esa demanda inadecuada. 4º: Conocer transcurrido 1 año que ha pasado con los pacientes atendidos.
Metodología: Hipótesis: Una parte importante de demanda de atención especializada en los CSM es inadecuada. Diseño: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se evaluará la adecuación de la atención que demandan los pacientes en el 100% de las peticiones en el año 2006 (4.000 casos año). Ámbito de actuación: 5 CSM de adultos y 1 CSM Infanto-Juvenil. Variables a estudio: Dependientes – se considerará no adecuada la demanda por uno de los 7 problemas consensuados por el 100%de los facultativos- e Independientes – edad, sexo, factores sociodemográficos, demora, antecedentes, etc.-
Asimismo se ha definido la Recogida de Información, el Análisis Estadístico, las Limitaciones del Estudio, la Aplicabilidad de los Resultados en el campo de la salud y las 3 fases de las que consta el estudio con su Cronograma y el Plan de Trabajo.
Resultados: 1º: Se considera no adecuada la demanda por reacciones en torno al trabajo (mobbing, acoso moral, paro), pérdida ó duelo no patológico, inmigración y sus consecuencias, soledad y dificultad de atención al anciano, problemas de pareja, dolor físico y sus consecuencias – somatomorfos, hipocondríacos, etc- y los problemas con la crianza y el manejo de los adolescentes. 2º: Se han definido todas las variables de comorbilidad a estudio. 3º: Aún no ha pasado 1 año del inicio del estudio, y por tanto no podemos saber el destino de la demanda inadecuada 4º: Se ha elaborado un inventario de los recursos psicosociales públicos, privados y concertados. 5º: Se ha creado una base de datos donde hasta ahora existen 1.648 registros.
Conclusiones: Cuando hace 20 años se hizo la reforma psiquiátrica, se pretendía desinstitucionalizar los enfermos ingresados y desarrollar la psiquiatría comunitaria, potenciando la rehabilitación integral, y atender de forma ambulatoria a los trastornos mentales severos; y no ver la patología del sufrimiento consustancial a la vida diaria, que se engloba en el grupo de los trastornos funcionales que constituye la base de la mayor parte de la demanda inadecuada que tenemos.

Contacto: Mertxe Estébanez Carrillo
mestebanez@sma.osakidetza.net

C-232.- EL ALTA HOSPITALARIA, LA CAMA DISPONIBLE Y EL INGRESO A TIEMPO: UNA CUESTIÓN DE TODOS.

Zaldívar-Laguía I, Gómez-Peral P, Agüero-Balbín I, González-Setién P, Sarabia-Lavín R.

Objetivos: Conocer los factores que influyen en el concepto "cama disponible", tras el Alta.
Mejorar el tiempo de espera de ingreso de los pacientes.
Mejorar el proceso de Ingreso del paciente.
Métodos: Hospital de 900 camas, con 35.164 ingresos en 2005, de los cuales 25.178 (71,60) fueron ingresos urgentes. El ingreso y el alta son dos procesos clave en atención especializada. El factor tiempo es un elemento relevante en ambos procesos, como referencia de la adecuación de la hospitalización. Se detectó como problema el retraso del ingreso de pacientes definidos como urgentes, relacionado con la ausencia de camas, que se mantenían ocupadas por pacientes dados de Alta. El Contrato de Gestión contempló el objetivo de "alta hospitalaria y cama disponible antes de las 13:00 horas". Se modificaron los Manuales de acogida al paciente, incorporando información relativa al alta. Con el propósito de conocer las causas que generan este problema, se realizó la monitorización de pacientes dados de alta durante un periodo de 15 días. Se utilizaron variables centradas en factores que intervienen en la permanencia del paciente tras el alta: Informe clínico, razones del paciente/familia, limpieza de la habitación, retraso de la ambulancia, paciente pendiente de pruebas o citas, pendiente de finalizar un tratamiento y motivos de enfermería.
Resultados: En el periodo de estudio fueron dados de alta 849 pacientes. Las camas disponibles antes de las 13:00 horas fueron 213 (25,08%). Las camas no disponibles fueron 636 (74,91%). Factores asociados: No disponían de Informe Clínico 210 (33,01%) pacientes; Razones del paciente/familia en 167 (26,25%) de los casos; Habitación sin limpiar :108 (16,98%); Retraso de la ambulancia, en 64 (10,06%) casos; Paciente pendiente de pruebas o citas: 62 (9,74%); Pendiente de finalizar tto.: 18 (2,83%) y razones de enfermería: 7 (1,10%).
Conclusiones: La Misión del proceso de Ingreso, se ve afectada en su Inicio por un error detectado en el Fin del proceso de Alta. Las causas (raíz) del problema detectado, requieren un análisis previo a la aplicación de acciones de mejora para ser coherentes con el enfoque a procesos. La estrategia de mejora tiene que conseguir la participación del propietario del proceso de Alta, el equipo del mismo y los propios usuarios, para mejorar la Misión del proceso de Ingreso. Todos los procesos (estratégicos, clave, soporte) afectan directamente al proceso asistencial (crítico), que tiene como Inicio la llegada del paciente.
Contacto: Isabel Zaldívar
izaldivar@humv.es

C-233.- ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA?.

López R, Gil J, Blas JA, Alcázar F, Gutiérrez R, Fernández J.

¿Existe variabilidad en la inclusión en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), en los hospitales del SESCAM?.
¿Podemos establecer la relación entre la Entrada en LE por cada 1000 hb y un grupo de variables?.
Métodos: Estudio retrospectivo, en el que se han analizado todas las entradas en LEQ realizadas desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de julio de 2003 por todos los hospitales generales del SESCAM (235.821). Los datos del paciente utilizados para este estudio, se informatizan en cada hospital mediante el módulo Gestión de Lista de Espera del Sistema de Información Hospitalario HP-HIS, que permite gestionar la demanda quirúrgica programada y no urgente, indicada por un médico del servicio de salud de Castilla la Mancha de forma nominativa, estos datos se centralizan en los Servicios Centrales del SESCAM.
Se han estudiado los procedimientos que cumplían las siguientes características:
1. Estar en la cartera de servicios de todos los hospitales.
2. Con las inclusiones más altas.
3. No entrar en competencia con otro a la hora de codificación mediante la CIE-9.
4. Prestación realizada por un solo Servicio Clínico.
Con relación a su inclusión en LEQ por cada 1000 hb, desglosado por hospitales.
Resto de variables: Especialistas por Quirófano(Q); Cirujanos totales por Q, Porcentaje de intervenciones suspendidas, Porcentaje de utilización Q, Especialistas por 1000 hb; Edad media especialistas; camas hospital por 1000 hb; Anestesistas / total Cirujanos, Anestesistas/Q.
Datos procesados con el SPSS V.12
Resultados: La probabilidad de un individuo de tener indicación quirúrgica respecto de un determinado procedimiento, es diferente según el hospital al que acuda.
El análisis de correlación parcial, controlada por los tipos de procedimientos analizados, demostró de forma global que la entrada en LEQ por cada 1000 hb, tiene una relación negativa con la edad media de nuestros facultativos: a más edad del cirujano la inclusión de pacientes en LEQ es menor. Al analizar los procedimientos por separado se ha observado que salvo en los procedimientos de: Histerectomía, hallus valgus y proc vejiga; una menor edad media del facultativo conlleva mayor inclusión en LEQ.
No se ha conseguido encontrar relaciones estadísticas, que asocien la variabilidad clínica de la entrada de pacientes en LEQ por cada 1000 hb. con cualquiera de las variables analizadas (análisis multivariante/SPSS)
Contacto: Raquel López Reneo
rlopez@sescam.org

C-234.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INCOMPARECENCIAS Y SUS CAUSAS EN CONSULTAS EXTERNAS.

Broto A, Romero F, Gutiérrez MV, Peinado R.

Objetivos:
Detectar las incomparecencias en consultas externas en especialidades de alta demanda.
Analizar los motivos estableciendo las medidas necesarias para minimizar su número.
Método: Se seleccionaron en base a su demora y presión asistencial 5 especialidades (Alergia, Ginecología,Oftalmología, Otorrinolaringología y Reumatología).Durante 5 días consecutivos se realizó la captura de actividad de sus agendas y prestaciones, tanto en consultas externas del hospital como en el centro de especialidades. El análisis incluía la procedencia de la cita y hora, sector y zona de residencia, tramo etario, sexo y forma de notificación de la cita fallida.En la semana posterior al estudio se contactó telefónicamente con los pacientes que no habían acudido a la cita para averiguar sus motivos.
Resultados: El mayor porcentaje de incomparecencias se produjo en las agendas de cupo de Ginecología en la prestación de revisión anual (15%) y Oftalmología de cupo (14,4%). Por sexo no existía diferencia significativa, mientras que por edades el mayor número correspondía a pacientes por debajo de 50 años, de zona urbana. No se observó influencia en la hora de la cita, aunque sí se apreció un mayor número de citas fallidas en la reprogramaciones (citas modificadas por motivos institucionales). También se apreció un mayor número de incomparecencias en los casos en los que la comunicación se produjo por carta.
De los 7 motivos en los que se agruparon las causas, los más frecuentes fueron motivos personales (26,1%),olvido (17,4%) y desconocimiento de la cita (14,3%). Con el 15% de los que no acudieron no se pudo contactar telefónicamente.
Conclusiones:El análisis de las causas de incomparecencia permite establecer medidas encaminadas a mejorar los mecanismos de notificación, como recordatorio de citas o adecuación de la fecha de envío de la cita.La estabilidad de las agendas a fin de minimizar el número de reprogramaciones y la accesibilidad telefónica para facilitar al paciente la modificación de la fecha y hora contribuye a optimizar al máximo los recursos, ya que permite la reprogramación directa del paciente sin perder actividad de consultas.
Contacto: Ana Broto Civera
admh-broto@hcu-lblesa.es

C-235.- EL SERVICIO DE ADMISIONES EN EL HOSPITAL: EVALUANDO LA VISIÓN DE LOS USUARIOS Y LOS PROFESIONALES.

Suárez-González TV, Fernández-González A, Quesada-Fernández Y, Sánchez-Gómez B, Duarte-Clíments G.

En el marco de la mejora continua de la calidad como valor de la institución, nuestro Hospital se plantea el análisis de situación de la atención en los mostradores de admisiones del hospital.

Objetivos:
1- Conocer la percepción de los usuarios del Hospital sobre la atención en los mostradores de admisiones por el personal administrativo.
2- Identificar las áreas de mejora en gestión de colas y tiempos de espera.
3- Validar una encuesta de satisfacción del usuario.
4- Conocer la percepción de los profesionales que trabajan en el servicio de admisiones sobre las oportunidades de mejora.
Diseño:
1- Encuesta autocumplimentable para el usuarios siguiendo el modelo servqual abarcando aspectos de puntualidad, intimidad, respeto, competencia y accesibilidad.
2- Muestreo sistemático de conveniencia a los usuarios que son atendidos en los mostradores de admisiones del hospital.
3- Análisis descriptivo de la información: análisis de la validez, a través de pruebas factoriales y de la fiabilidad mediante correlaciones.
4- Entrevista, grupos focales y encuestas de satisfacción laboral a los profesionales.
Resultados:
1- El perfil de los usuarios es de 45 a 65 años, en su mayoría mujeres que acceden al servicio principalmente de consultas externas.
3- Los aspectos que mayor relación tienen para los usuarios con la calidad en admisiones son: intimidad, capacidad de respuesta, acceso telefónico.
4- La validación factorial muestran tres dimensiones de satisfacción claramente diferenciados: la primera tiene que ver con la competencia, la segunda con el confort, y la tercera con la atención telefónica.
5- Los niveles de fiabilidad de la encuesta son superiores al 0,7 medido con el α de Chronbach.
6- Las opiniones de profesionales identifican varias oportunidades de mejora en las áreas de intimidad, accesibilidad, y en el rediseño de procedimientos.
Conclusiones:
1- Contamos con un instrumento de fácil uso, válido y fiable para detectar oportunidades de mejora.
2- Las oportunidades de mejora detectadas se introducen en la actividad diaria a través de un plan específico de mejora para Admisiones.
3- Un nuevo estudio en 6 meses nos cuantifica la efectividad de las mejora introducidas.
Contacto: Tácito Virgilio Suárez González
gerencia.gae6@sespa.princast.es

C-236.- EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD EN HOSPITALES ESPAÑOLES.
Orrego C, López L, Cavero E, Hilarión P, Suñol R, Bañeres J.

Objetivos:
1) Evaluar actitudes y percepciones de los profesionales sanitarios en relación a la seguridad de los pacientes.
2) Describir variables que influyen en la cultura de la seguridad.
3) Comparar la cultura de seguridad entre hospitales participantes.
Métodos: Se trata de un estudio observacional y descriptivo realizado mediante una encuesta adaptada de evaluación de la cultura de la seguridad elaborada por la AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality), dirigida a profesionales sanitarios asistenciales.
Las principales variables estudiadas son: expectativas y acciones de promoción de la seguridad por parte de la dirección, formación sobre seguridad, trabajo en equipo, comunicación entre profesionales, feedback y comunicación de los errores, percepciones globales sobre seguridad, notificación de eventos adversos y nivel de seguridad clínica referido por los profesionales.
Resultados: Se aplicó la encuesta a un total de 590 profesionales pertenecientes a 7 hospitales españoles.
Los principales hallazgos encontrados son:
En cuanto a la comunicación entre profesionales, el 8.1% de los encuestados refiere no sentirse libre para hablar sobre problemas de seguridad, y un 11.9% refiere no atreverse a preguntar cuando identifica algún problema.
El 29% de los profesionales refiere que recibe pocas veces o nunca la información otorgada sobre los cambios realizados cuando se produce un problema de seguridad.
En cuanto al nivel de seguridad de los pacientes, alrededor del 30% de los profesionales médicos y de enfermería percibe que es bueno o muy bueno, y en el caso de los residentes de medicina esta cifra alcanza un 61,5%.
Conclusiones: La evaluación de la cultura de la seguridad en los profesionales encuestados destacan :
Los profesionales se consideran bastante libres para hablar sobre temas de seguridad y no sentirse coaccionados, sin embargo un porcentaje relevante percibe una escasa retroalimentación de las acciones de mejora.
La promoción e implantación de una cultura no punitiva y transparente frente a los eventos adversos es necesaria en los centros hospitalarios estudiados. La estrategias de mejora deberían poner especial énfasis en aspectos relacionados con la comunicación entre el equipo de trabajo y el liderazgo.
Contacto: Carola Orrego Villagrán
corrego@fadq.org

C-237.- APLICACIÓN DEL MÉTODO AMFE EN EL SUBPROCESO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON EL SANGRADO.
Labiano JM, Fernández S, Lecumberri R, De la Viesca M.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es la prevención del sangrado quirúrgico por ser una de las complicaciones quirúrgicas más frecuentes (17,67%)IC95%(14,92-20,81).
Método: Se ha diseñado un estudio consistente en la aplicación de la metodología AMFE a un proceso de riesgo. Se seleccionó el subproceso de preparación preoperatoria. Se determinaron los fallos, causas y efectos del subproceso. Se analizó el riesgo mediante el cálculo del Índice de Priorización de Riesgo (IPR) con escalas de puntuación de Gravedad y Aparición. Se determinaron las acciones de mejora y se priorizaron según un criterio basado en la viabilidad y coste. Se definió un indicador para objetivar la eficacia de las medidas de mejora.
Resultados: En el proceso del paciente quirúrgico en relación con el sangrado se describieron cuatro subprocesos: Preparación preoperatoria, Validación de preparación preoperatoria al ingreso, Intervención quirúrgica y Postintervención. El presente estudio se centra en la Preparación Preoperatoria. El análisis de este subproceso y su análisis de riesgo revelan que el fallo de mayor puntuación es la preparación preoperatoria incompleta del paciente con IPR entre 8 y 16. De las acciones de mejora propuestas se priorizó el diseño de un procedimiento basado en la evidencia científica. Este procedimiento incluye:anamnesis dirigida, criterios de solicitud de análisis y exploraciones complementarias, información sobre fármacos que pueden alterar la coagulación, manejo perioperatorio de agentes antitrombóticos y la entrega de una hoja informativa al paciente con advertencias y medicación que pueden interferir en el sangrado. Se definió un indicador para objetivar la eficacia de las acciones de mejora.
Conclusiones: La aplicación de la metodología AMFE por un grupo de expertos ha permitido la identificación de procesos y subprocesos que influyen directamente en el sangrado quirúrgico, susceptibles de mejorar con medidas factibles y de bajo coste. Concluido el estudio un grupo de trabajo multidisciplinar diseñó un procedimiento de Valoración y Preparación Preoperatoria del Paciente en relación con el sangrado. Se considera necesario analizar el impacto de la mejora introducida. La metodología AMFE demuestra ser de gran utilidad en el rediseño de procesos de riesgo por lo que en posteriores estudios se abordarán las acciones de mejora propuestas para reducir los fallos de técnica y hemostasia quirúrgica, de colocación de drenajes y control del vacío, de control de presión arterial, todos ellos con IPR = o >de 8.
Contacto: Juana M. Labiano Turrillas
jlabiano@unav.es

C-238.- ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN EL ENFERMO CRÍTICO.
Martín MC, Cabré L, Fernández F, Jover J, Portillo E, Ruiz J.

Objetivo: Analizar la incidencia y características principales de los acontecimientos adversos (AA) detectados en los enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).
Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, observacional. Se incluyen todos los AA ocurridos o detectados en enfermos ingresados en 3 SMI polivalentes de adultos, durante el periodo de 15 días.Se definen los AA como aquellos incidentes en el que el enfermo puede sufrir o sufre un daño relacionado con la atención sanitaria. Un equipo formado por

médico-enfermera analizó diariamente los AA en base a la información obtenida en el pase de guardia, observación directa y revisión de la documentación clínica. Con el objeto de evitar el efecto "contaminación" se mantuvo la confidencialidad para el resto del equipo asistencial. Se recogen los datos demográficos, características y tipificación de los AA según criterios consensuados.
Resultados:Durante el periodo de estudio se incluyeron 143 pacientes. Se detectaron 108 incidentes en 67 pacientes(47%), 40 varones y 27 mujeres con una edad media de 65.6 años (22-88). El nº de incidentes por paciente fue:1(76%);2 (10.5%);3(6%);4(6%) y 5(1.5%). Los tipos de AA según el orden de frecuencia fueron: Relacionados con medicación:30(27.7%),16 de prescripción;6 en el registro;5 de administración y 3 efectos adversos; Relacionados con accesos vasculares, sondas, tubos y drenajes: 22 (20.4%); vías periféricas 8; drenaje ventricular externo 4; SNG 3; catéteres venoso centrales 3; sondas urinarias 2; catéter arterial 1y drenaje torácico 1. Infecciones nosocomiales: 12 (11,1%); 9 relacionadas con catéter; 2 de la herida quirúrgica y 1 neumonía nosocomial. Relacionados con complicaciones de la cirugía o procedimientos invasivos: 10 (10%).No seguimiento de protocolos: 9 (8.3%). Otros: ulcera por presión (5); relacionados con la vía aérea (2); relacionados con aparatos: (3) y no clasificados (15). Ocurrieron en UCI:94; quirófano:5; urgencias:4, otros:5. Se clasificaron como graves 21 (19%): 8 potencialmente fatales y 1 contribuyó a la causa de muerte. Se consideraron evitables o posiblemente evitables 90 (83,3%). En 5 motivó el ingreso en el SMI (3,5%). Se informo al paciente o a la familia en 32 (30%).
Conclusiones:La incidencia de AA relacionados con la asistencia del enfermo crítico es elevada. La mayoría de ellos son prevenibles.Un porcentaje importante son graves o potencialmente fatales.
Contacto: M. Cruz Martín Delgado
27570cmd@comb.es

C-239.- ANÁLISIS DE CAUSAS RAÍCES. TRABAJANDO PARA LA SEGURIDAD.
Jabalera-Mesa L, Moya-Suárez AB, Canca-Sánchez JC, Mora-Banderas AM, García-Luque MJ, Aranda-Gallardo M.

Introducción: La tendencia política actual en materia de sanidad aboga por el avance hacia una cultura sanitaria fundamentada en la seguridad clínica como garantía de calidad. Bajo este marco conceptual se sitúa la detección, declaración y análisis de los eventos centinelas dentro de las instituciones sanitarias como herramienta de mejora continua que nos permita avanzar hacia una cultura de declaración de errores centrada en el sistema.
Objetivo: Realizar el análisis de un evento centinela con resultado de muerte.
Metodología: Tras la declaración de un evento centinela con resultado de muerte acontecido en el Hospital Costa del Sol, se lleva a cabo el análisis del mismo bajo el marco conceptual de seguridad clínica en el que trabajamos, siguiendo las directrices de JACHO organismo por el que estamos acreditados y la Agencia Andaluza de Calidad.
Se organiza desde la Unidad de Calidad del hospital un equipo de trabajo integrado por dos médicos especialistas y dos enfermeras Responsables de Unidad de Enfermería, a los que se forma en la herramienta a utilizar que será el Análisis de Causas Raíces .Y se establece un plazo de tiempo de tres semanas para la realización del análisis.
Resultados: Mediante el análisis se establecieron las causas proximales como factores humanos, factores del proceso, factores de equipamiento y factores ambientales controlables; y, el análisis de los sistemas que contempló recursos humanos, gestión de la información, gestión del entorno, cultura de la organización y liderazgo y comunicación. Así mismo, se diseñaron estrategias de reducción de riesgo y medidas de efectividad de la estrategia para cada uno de los factores contribuyentes.
Conclusiones: La idea de que los errores sanitarios son causados por sistemas inadecuados es un concepto transformador que nos conduce del cambio de cultura punitiva que supone el modelo centrado en la persona, al aprendizaje activo –aprender de los fallos para prevenirlos- que se deriva del modelo centrado en el sistema.
El arraigo de esta cultura en la organización ha de caer en cascada desde la dirección y ha de ser percibida por cada uno de los integrantes del sistema para que se cree la necesidad consciente de la declaración y aprendizaje activo de los eventos. Así mismo, el análisis de causas raíces, tras la experiencia realizada en nuestro centro, se torna como una herramienta útil, efectiva, al alcance de los profesionales –no exclusiva de expertos- y que ha creado la simiente sobre la que se germina y percibe el cambio.
Contacto: Lourdes Jabalera Mesa
mljmesa@hcs.es

C-240.- ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS EFECTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Navarro C, Castan S, Aibar C, García JI, Barrasa JI, Valdepérez J.

Objetivos: 1) Obtener una definición operativa de efecto adverso, previa a la realización de un estudio exploratorio de los mismos en atención primaria (AP); 2) Elaborar un listado de efectos adversos (EA) considerando su magnitud y trascendencia en AP; 3) Evaluar la factibilidad de un cuestionario de recogida de datos sobre EA en AP; 4) Analizar ventajas e inconvenientes de muestreo de oportunidad vs muestreo sistemático.
Método: Se eligió la técnica del grupo nominal (TGM) con la finalidad de establecer un consenso previo sobre las cuestiones planteadas. Se seleccionó un grupo de profesionales expertos en AP (facultativos de AP y Pediatría, farmacéutica y DUE), calidad (coordinador de calidad de sector) y gestión (director médico de AP). Previamente se les facilitó documentación sobre seguridad del paciente y los objetivos del proyecto.
Resultados:
1) Se llegó a una definición consensuada operativa, que distinguiera ente incidente (sin consecuencias para el paciente) y accidente (con consecuencias para el mismo). Se propuso evitar el término "efecto" dadas sus connotaciones de "hecho ya consumado" sustituyéndolo por "eventos o sucesos adversos".
2) Se matizaron algunos de los conceptos propuestos en la lista de EA y se añadieron nuevas categorías. Como aspectos relevantes se consideraron: la falta de comunicación entre niveles asistenciales y las demoras y retrasos.
3) Con las aportaciones de los participantes, se elaboró un cuestionario de notificación de forma prospectiva de EA en AP. En él se recogen las siguientes variables: 1) Descripción del EA, 2) Impacto sobre el paciente 3) Circunstancias que favorecieron su aparición y 4) Factores que contribuirían a su prevención.
4) Tras un periodo de discusión, el grupo optó por un muestreo de oportunidad con informadores clave, a los que se involucraría en un estudio prospectivo con el cuestionario diseñado. Simultáneamente se valoró la utilización de una encuesta retrospectiva sobre los EA ocurridos en un periodo de tres meses.
Conclusiones: La indefinición taxonómica de los EA es una limitación de los estudios epidemiológicos sobre EA. El TGM resultó útil para resolver las cuestiones planteadas. Se acordó una definición operativa de EA y un cuestionario de recogida de EA en AP, que podrá ser utilizado para evaluar la epidemiología de los mismos en AP.
Contacto: Cristina Navarro Gistau
navarrocristina@hotmail.com

C-241.- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO SANITARIO.
Musitu-Pérez MV, Ube-Pérez JM, Urzanqui M, Gómez F.

Introducción: La FHC, institución pública, abrió sus puertas el 18 de diciembre del 2000, para dar cobertura sanitaria a los ciudadanos de la Rioja Baja (área 3) como Hospital de nivel I.
Siempre se ha tenido como objetivo primordial alcanzar la excelencia en la calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos. Este ha sido el motor que ha llevado al Hospital a recibir varias certificaciones y premios.
Antecedentes:Surgió la necesidad de asegurar un entorno seguro dentro del Hospital.Se presentó a Gerencia el Proyecto, "Seguridad de los pacientes, como eje principal de calidad asistencial",autorizó su desarrollo a lo largo del 2006.
Objetivos: Objetivo principal: Poner en funcionamiento el Proyecto de Seguridad de Pacientes en la FHC
Finalidad del objetivo:
- Lograr la seguridad integral del paciente y familiares.
- Procedimentar.
- Diseñar formulario para notificar sucesos.

- Ampliar, evaluar y actualizar todo el material de la FHC en cuanto a seguridad del paciente y difundir y divulgar las nuevas aportaciones entre el personal de la FHC.
Método:Se decidió divulgar a través del correo electrónico esta iniciativa a todo el personal de la FHC a fin de lograr voluntarios que quisieran colaborar. La respuesta fue muy positiva y se crearon varios grupos de trabajo. Cada grupo de trabajo, liderado por un Coordinador, se hace cargo de uno de los bloques(caídas, fugas, hemoderivados, seguridad con el recién nacido y lactante y seguridad del paciente con tratamientos farmacológicos). Una vez al mes se reúnen y las actas realizadas son colgadas en el servidor informático del Hospital.
Resultados: El Proyecto comenzó en enero del 2006 y tiene como fecha de finalización noviembre de este mismo año.
En este momento prácticamente se ha finalizado el análisis de riesgos de cada bloque, se han revisado y validado por la Comisión de Cuidados procedimientos existentes y se han realizado nuevos. De igual forma se han valorado medidas preventivas y acciones de mejora.
Todo lo anteriormente descrito deberá ser presentado mediante informe al Gerente de la FHC para su valoración y validación. A partir de ese momento habrá que difundir y divulgar entre todo el personal de la FHC todas las medidas adoptadas para ponerlas en marcha.
Conclusión: La puesta en marcha del Proyecto con personal voluntario está dando un éxito al desarrollo del mismo previsible. La implantación del mismo nos hará lograr el objetivo planteado, entorno seguro.
Contacto: M. Victoria Musitu Pérez
vmusitu@fhcalahorra.com

C-242.- ESTRATEGIAS FORMATIVAS PARA AUMENTAR NUESTRA CULTURA DE SEGURIDAD.
Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Rodríguez-Rodríguez M, Barahona-Bustamante E, Moreno-De la Hidalga MA, Gómez-España MV.

Objetivos: Describir las acciones formativas desarrolladas en el Hospital para sensibilizar y capacitar al personal sanitario en seguridad clínica. Presentar los resultados obtenidos.
Metodología: Desarrollo de 3 estrategias formativas: 1- Formación básica: Diseño de Curso presencial para personal sanitario, de 40 horas, sobre la Gestión de Riesgos Clínicos, y participación en otros 2 impartidos en el Servicio de Salud. 2- Formación específica: Aprovechando el Aula de Formación Virtual, se diseñaron e impartieron 2 Cursos on-line de 30 horas de duración, uno sobre Vigilancia y Prevención de un Riesgo derivado de la A.S.: Infección Nosocomial, con una nueva edición este año, y otro sobre Prevención y Cuidados Locales de UPP, dirigido a enfermeras, con una 2ª edición en desarrollo. Estas actividades han sido acreditadas por la CNFC y se abrió su participación a otros Centros de la Comunidad. 3- Capacitación básica de los profesionales de enfermería en aspectos clave relacionados con la seguridad clínica, Movilización, Inserción y Mantenimiento de Catéteres, RCP y Prevención y Cuidados Locales de UPP, diseñándose Talleres para cada uno de ellos, oscilan entre 8 y 2 horas de duración, han sido acreditados por la CNFC y están dirigidos tanto al personal de plantilla como eventual. Cada actividad se evalúa con 5 indicadores. En los ciclos de mejora efectuados este año, se han definido indicadores para poder medir el impacto de los Talleres.
Resultados: 50 personas han participado en los Cursos básicos, siendo valorado el interés con un 9,07. 68 han participado en las actividades específicas, siendo valorado su interés con 9,28. En los Talleres de Capacitación han participado 248 en RCP, 263 en Catéteres, 160 en Movilización y 114 en Cuidados Locales de UPP, en todos ellos el interés es valorado por encima de 9. Se han definido indicadores clave para evaluar el impacto de cada uno de los talleres, con buenos resultados en incidencia de UPP en estadio I, en casos de flebitis química y en la adecuación de las llamadas al equipo de RCP. Se han constituido 5 grupos de trabajo, dolor, UPP, catéteres, identificación de efectos adversos, liderados, al igual que cada uno de los Talleres por personal con formación básica.
Conclusiones: Las estrategias establecidas han conseguido una alta participación, sobre todo del personal de enfermería, posibilitando su implicación en el desarrollo de áreas de mejora detectadas. Los indicadores definidos nos han permitido evaluar el impacto de las actividades formativas.
Contacto: Pedro Herrera Carral
pherrera@hsll.scsalud.es

C-243.- EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.
Martín-Vega A, Maeso-Martínez S, Martín-Martínez MA, Villasevil-LLanos E.

Objetivos: Evaluar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales sanitarios.
Material y Métodos: Se llevó a cabo mediante una encuesta anónima y adaptada de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ), "Hospital survey on patient safety culture". Se envió a 250 empleados seleccionados mediante aleatorización simple y estratificada por categoría profesional. La encuesta está constituida por 50 preguntas: 43 de ellas miden la cultura de seguridad a nivel de Hospital, de Servicio y la percepción de los profesionales respecto a la seguridad de los pacientes, mediante una escala de Likert de cinco categorías en sentido creciente de concepto negativo a positivo. El resto de preguntas reflejan aspectos relacionados con su experiencia profesional y la frecuencia de notificación de incidentes durante el último año.
Resultados: La tasa de respuesta fue de un 31,2%. Las preguntas que medían las dimensiones relacionadas con la seguridad hospitalaria y del Servicio fueron contestadas con las dos categorías más favorables (respuesta positiva) en más del 50% de los profesionales. Los porcentajes más altos de respuestas positivas se dieron en las relacionadas con la cultura de seguridad del propio Servicio, y las más bajas en las referentes al Hospital. La cuestión que valoraba la percepción de los profesionales sobre la seguridad de los pacientes fue contestada como aceptable en el 47% de los encuestados y como buena o excelente en un 34%. El 74,1% de los participantes no había notificado ningún incidente.
Conclusiones: Tomando como referencia los datos de la AHRQ sobre esta encuesta, los resultados obtenidos en nuestro estudio reflejan una menor cultura de seguridad en la mayoría de las dimensiones evaluadas, y un bajo porcentaje de incidentes notificados. Las propuestas de mejora sugeridas se concretan en: desarrollar estrategias para aumentar la tasa de respuesta; mejorar la comunicación y el trabajo en equipo mediante sesiones de formación continuada, y fomentar la notificación y el registro de incidentes creando bases de datos y utilizando documentos ya existentes.
Contacto: Alberto Martín Vega
alberto_m_v@yahoo.es

C-244.- IMPLEMENTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD CLÍNICA: MEDIDAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES.
Bueno MJ, Prats E, Colomes L, Nualart L, Ferre R, Gómez R.

Objetivos: Definir e implementar objetivos de seguridad clínica (SC) en un grupo sanitario
Valorar la implementación de los objetivos del 2005
Revisar definición de objetivos a implementar en el 2006
Métodos: Constitución de Comisión Asesora de SC de grupo y de centro.
Definición de 3 objetivos (2005) (control y custodia de mórficos, control temperatura de neveras, control box de críticos) y 7 a criterio de centro.
Audit de la implementación: 4 centros de agudos, 1 socio sanitario, Atención Primaria (AP) y residencias.
Definición de 5 objetivos (2006) (prescripción y administración de fármacos, identificación de paciente, dolor y calibración de aparatos) y 5 a criterio de centro.
Resultados:
- Constitución de la Comisión Asesora de SC de grupo y una en cada centro. Polivalencia en AP al ser la Comisión de ética y en residencias trabajo de estándares Acreditación JCI.
- Audit: 6 comisiones, miembros 6-15, declaraciones página web 0-15, actas reuniones 6/6, %asistencia 65-90%, reglamento interno 3/5, implicación de otros profesionales en grupos de trabajo 6/6, objetivos definidos 5-11 y estado de implantación: control mórficos 4/5, control temperatura de neveras 3/5, control box de críticos 5/5. AP y residencias: realizados. Pendiente revisar circuitos y reponer material.
- Objetivos 2005: identificación paciente y recién nacido, registros (caídas, úlceras y flebitis), temperatura nevera de alimentos y sangre, declaraciones en página web, fichas de manejo rápido de aparatos, comunicación no formal y formal, infección nasocomial, análisis modal de fallos y efectos en prescripción y administración de fármacos.

- Objetivos 2006: guía de manejo de fármacos, registros de medicación, registro de vacunación, placas RX rechazadas, organización de historias clínicas, medicación CL K, informatización de prescripción, estado nutricional, protocolo de inmovilización, política de envases multidósis, difusión de página web, lavado de manos y aislamientos, preparación prequirúrgica, alergia al látex, alta de enfermería.
Conclusiones: La acreditación JCI y la inquietud profesional son la base para implementar el programa, resultando positivo la implicación de profesionales sean o no de las comisiones. Resaltar la importancia de considerar la SC como línea estratégica a desarrollar. La consecución de objetivos disminuye la variabilidad y previene el error. Posibilidad de benchmarking respetando la idiosincrasia del centro. Queda algún circuito a revisar y la necesidad de mayor difusión de cultura sobre SC.
Contacto: M. José Bueno Dominuez
mjbueno@grupsagessa.com

C-245.- DESNUTRICIÓN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS.
Moreta-Sánchez R, Pellico-López A, Martín-Salcedo A, González-Rivas V, Fernández-Escajadillo H, Terán-Rodríguez V.

Objetivos. Conocer la incidencia de pacientes mayores de 75 años con riesgo de desnutrición, que ingresan con úlceras por presión (UPP).
Conocer la incidencia de pacientes mayores de 75 años con riesgo de desnutrición, que desarrollan UPP durante la hospitalización.
Conocer la influencia de la desnutrición en el desarrollo de UPP.
Métodos: Monitorización de pacientes con riesgo de desnutrición y pacientes que se desnutren durante la hospitalización y que presentan UPP a su ingreso o se producen durante la hospitalización . Aplicado a todos los pacientes ingresados en la unidad desde el 1 de abril al 31 de mayo de 2006.
Para valorar el riesgo de desnutrición se utiliza la Mini Nutritional Assessment (MNA) y determinaciones en sangre de albúmina, prealbúmina, colesterol y linfocitos totales. Se realiza al ingreso y a los siete días de estancia. Para valorar el riesgo de UPP se utiliza la escala de Braden.
Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron en la unidad 201 pacientes y 130 (61,90%) eran mayores de 75 años. Tenían riesgo de desnutrición 92 (70,77%) pacientes, de los que 38 (41,30%) presentaron cifras bajas de albúmina y más de la mitad de éstos (55,26%) tenían riesgo medio-alto de UPP. En el grupo de pacientes con albúmina normal y riesgo medio-alto de UPP, un 50% tenían cifras de prealbúmina baja al ingreso. El colesterol y los linfocitos totales, no aportaron datos relevantes. Del total de pacientes con riesgo de desnutrición, 17 (18,47%) ingresaron con UPP y 7 (18,47%) desarrollaron UPP durante el ingreso.
Conclusiones: El MNA es una herramienta adecuada para detectar el riesgo de desnutrición en ancianos y es adecuada su incorporación a la Valoración de Enfermería al ingreso. El seguimiento de las cifras de albúmina sirve para prevenir casos de desnutrición que empeoran, entre otros, el riesgo de UPP. Como línea de mejora, se pretende realizar un procedimiento con la Misión de detectar el riesgo de desnutrición y definir los cuidados para su prevención, aplicable a todos los pacientes ancianos, con Inicio en el momento de ingreso y Finalización al Alta hospitalaria, así como incorporar el riesgo de desnutrición y cuidados de prevención al Informe de Enfermería al Alta. Y como todo procedimiento de calidad, desarrollar el ciclo de evaluación.
Contacto: Roberto Moreta
pgomez@humv.es

C-246.- ESTILOS DE PRÁCTICA MÉDICA.
Moreno-Sánchez E, Llamas-Rodríguez A, Mareque-Ortega MA, Manzano M, Martín-Temprano M, López de Castro F.

Objetivos: Describir la existencia de variabilidad en la actitud de los médicos de Atención Primaria en situaciones de incertidumbre. Secundariamente pretendimos describir diferentes "estilos de práctica"(EP), en función de la mayor o menor utilización (hipotética) de recursos sanitarios.
Métodos: Estudio descriptivo, basado en encuesta (anónima y autocumplimentada) con tres supuestos clínicos relacionados con la posible derivación a Urgencias, la solicitud de una prueba diagnóstica (TAC) y la prescripción de un antidepresivo, respectivamente. Los casos fueron construidos intentando que no hubiera evidencia científica que apoyara una actitud determinada. Se recogieron también datos sobre el médico (edad, sexo, formación MIR, grado de actualización, experiencia) y su entorno laboral (urgencias [PEAC] o consulta [EAP], presión asistencial, cupo)
En función de las respuestas a las preguntas clave se definieron tres clases de EP, según el distinto grado de utilización de recursos: EP1 (una o ninguna respuesta afirmativa), EP2 (dos) y EP3 (tres)
Resultados: Recibimos 104 encuestas (tasa de respuesta 33,3%) Las características básicas de los que contestaron son similares a las de los médicos del área.
El 75,7% optó por la derivación a urgencias (caso 1); el 58,3% por solicitar un TAC (2) y el 68,6% por prescribir el antidepresivo (3)
Se consideró EP1 al 23,8%, EP2 al 46,5% y EP3 al 29,7%.
Se observó relación entre EP y edad (42,5 vs 46,6 vs 48,7; p=0,016); al igual que con experiencia profesional (14,9 vs 18,5 vs 21,4; p=0,027)
La asociación entre EP y formación MIR no alcanzó la significación estadística, aunque el porcentaje de EP1 entre los médicos con formación MIR fue mayor (34,6% vs 20,0%; p=0,220); algo similar a lo observado en médicos PEAC frente a médicos de EAP (38,1% vs 20,0%; p=0,110) No se observó ningún tipo de relación / asociación entre el "estilo de práctica" y las otras variables estudiadas.
Conclusiones: Se constata la variabilidad en la actitud de los médicos en situaciones de incertidumbre. Los médicos con actitud más proclive al uso de recursos sanitarios son de mayor edad y experiencia profesional; mientras los que "tienden" a un menor empleo son aquellos con formación MIR y los que ocupan una plaza de atención a urgencias. La utilización de recursos puede usarse como indicador de EP. El mejor conocimiento de los factores influyentes en la variabilidad en la práctica médica, incluyendo el "estilo de práctica", es muy importante para mejorar la calidad de la atención sanitaria.
Contacto: Elena Moreno
mesteban@sescam.org

C-247.- INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE BARTHEL EN LA ESTANCIA MEDIA DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UEC.
Supervía A, Aranda D, Márquez MA, Aguirre A, Skaf E, Gutiérrez J.

Introducción: Las Unidades de Estancia Corta (UEC) fueron creadas para aliviar la presión existente sobre los Servicios de Urgencias. Su función es acoger pacientes que no precisen técnicas complejas de diagnóstico o tratamiento, y en los que se prevé que el alta se produzca en un plazo de 4-5 días, por lo que se deben establecer unos criterios de ingreso adecuados. En los últimos años se ha incrementado la edad media de la población, por lo que la edad o el estado funcional de los pacientes ancianos podría influir en la estancia media de las UEC. El objetivo de este trabajo es valorar la influencia del índice de Barthel en la estancia media de los pacientes mayores de 65 años ingresados en una UEC.
Métodos: Estudio prospectivo en pacientes mayores de 65 años que ingresaron en una UEC durante dos periodos invernales de 4 meses. Se recogieron datos de filiación e índice de Barthel. Se dividieron en dos grupos según la puntuación del índice de Barthel: Grupo 1: Barthel 0-75, y grupo 2: Barthel 76-100. Se compararon las estancias medias entre los 2 grupos. El estudio estadístico se realizó con un programa SPSS v11.0.
Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 510 pacientes, de los cuales 421 tenían más de 65 años. Fueron excluidos del estudio aquellos que precisaron ser trasladados a otro Servicio, por lo que se consideraron ingresos inadecuados, así como aquellos que fallecieron durante el ingreso. Finalmente, 385 pacientes fueron incluidos en el estudio: 125 del Grupo 1 y 260 del Grupo 2. La estancia media de los pacientes del grupo 1 fue significativamente superior a los del grupo 2 (5,01 (2,6) vs 4,38 (2,3) días; p = 0.016). Al valorar los factores que podrían influir en estas diferencias se observó que la edad no tenía influencia en los resultados, mientras que sí existía influencia del sexo del paciente. Para un valor de Barthel determinado, la estancia media se incrementa en 0,6 días si el paciente es mujer. Al analizar los resultados según el sexo, las diferencias en estancia media se mantuvieron en los varones (p = 0.05), mientras que desaparecieron en las mujeres.
Conclusiones: En general, un índice de Barthel inferior o igual a 75 incrementa la estancia media en los pacientes mayores de 65 años que ingresan en una UEC.

No obstante, existe un efecto de sexo, de forma que la determinación del índice de Barthel como parámetro adecuador de ingresos es útil en los varones, pero no en las mujeres.

Contacto: August Supervía Caparrós
Asupervia@imas.imim.es

C-248.- DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN SECTOR SANITARIO.

Casanova N, Celorrio JM, De Marco C, Martín R, Sicilia J, Villacampa MA.

Objetivos:
- Elaborar e implementar un protocolo para mejorar la calidad de la atención, disminuyendo la variabilidad en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP)
- Garantizar la continuidad de cuidados entre niveles de pacientes con UPP
- Establecer una sistemática de trabajo basada en el modelo de Virginia Henderson que garantice la continuidad de cuidados de enfermería

Métodos:
• Se creó una comisión de UPP que liderara el proyecto, formada por 5 enfermeras de Atención Especializada (AE) y 3 de Atención Primaria (AP): Abril 2005
• Formación de los miembros de la comisión mediante sesiones organizadas por el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento sobre úlceras por presión (GNEAUPP).
• Se revisó la literatura sobre UPP, los protocolos de otras instituciones y los documentos publicados por el GNEAUPP.
• Se actualizó el protocolo, definiendo indicadores, estándares y elaborando un algoritmo de actuación y una hoja de recogida de datos para facilitar el cumplimiento, la monitorización de los indicadores y la continuidad de cuidados.
• Se elaboró un informe de enfermería al alta para facilitar la continuidad de cuidados entre AE y AP.
• Se realizaron talleres para los profesionales implicados (Sept-Nov 2005)
• Se compraron nuevas superficies especiales para el manejo de la presión y se unificaron los materiales de curas.
• Puesta en marcha del protocolo (Nov 2005)
• Evaluación de resultados (Junio 2006)

Resultados: Se elaboró un protocolo con recomendaciones basadas en la evidencia. Se realizaron 10 talleres formativos, a los que asistieron 145 enfermeros y auxiliares de enfermería.
Un 99,3% de los asistentes valoraron el contenido formativo de los talleres como adecuado o muy adecuado y el 97,3% manifestó que la formación recibida les sería útil para el trabajo diario. El 99% del personal de enfermería del Sector encuestado, afirma conocer el protocolo y el material de curas existente.
Los responsables de las unidades de AE y la enfermera de enlace, valoran que este proyecto facilita los cuidados a los pacientes con UPP y tienen la percepción de que mejora los resultados en el paciente.
Evaluación del seguimiento del protocolo y de los resultados: previsto en Junio de 2006.
Conclusiones:
-Fuerte implicación, participación y motivación del personal de enfermería
-La estrategia es bien aceptada por los profesionales, que valoran que mejora la continuidad de cuidados y los resultados para el paciente.
-Esta experiencia puede repetirse con otros protocolos.

Contacto: Natalia Casonova Cartié
ncasanova@salud.aragon.es

C-249.- FIBROMIALGIA DE RECIENTE COMIENZO. ACTUACIÓN TERAPÉUTICA MULTIDISCIPLINAR PRECOZ, CONTANDO CON SU MÉDICO Y SU FAMILIA .

Fernández-Dapica MP, Reyero Pantigoso F, González-Crespo MR.

Introducción. En fibromialgia (FM) la respuesta terapéutica es baja. La actuación terapéutica precoz y conjunta del reumatólogo y psiquiatra, contando con su médico y la familia puede generar un mayor beneficio.
Objetivos. Evaluar la eficacia de una actuación terapéutica de estas características.
Material y Método. Pacientes diagnosticados de FM entre Octubre 2004 y Enero 2005, se les invitó a participar en un programa de 6 meses, llevado a cabo por el reumatólogo y un psiquiatra, trabajando de forma conjunta y voluntaria: con una intervención del psiquiatra y 4 visitas al reumatólogo; 1ª vista: diagnóstico, información de la enfermedad, escalas de evaluación e inicio de trazodona; 2ª : resultados analíticos y ajuste de medicación; 3ª : escalas de evaluación al finalizar con el psiquiatra y 4ª : visita final conjunta con psiquiatra y familia para evaluación global y pautas de tratamiento. La intervención del psiquiatra se aleatorizó en dos grupos: uno de intervención mayor - terapia grupal intensiva: 8 sesiones en grupos pequeños, mejorando el conocimiento de si mismo y de su enfermedad - y el de intervención menor - individual y de una sola sesión, con ajuste de medicación y añadiendo venlafaxina si era preciso. Se les administraron cuestionarios de FIQ, HAD y SF36 inicialmente y a los 6 meses.
Resultados. 32 pacientes, 23 en intervención grupal y 9 en la menor. Edad 46 ±10 años (20-73) (el 70%, menores de 50 años), evolución < 1 año en el 25% de los casos. 20 (62%) trabajaban fuera de casa, y l2 (37%) de baja. A los seis meses del tratamiento, todos los pacientes estaban igual o mejor en todas las escalas evaluadas. En el FIQ mejoraron 20 (62%), en HAD ansiedad 23 (72%), HAD depresión 23 (72%), SF36 dominio de salud física 22 (69%), actividades sociales 32 (84%), reducción del tiempo de trabajo o actividades cotidianas 27 (84%), tiempo lleno de energía 22 (68%), dolor en alguna parte del cuerpo 24 (75%). No hallamos diferencias significativas en cuanto a la mejoría entre cada uno de los grupos de tratamiento. Mejoraron 23 de los 32 pacientes (71%), 18 (56%) con una mejoría notable (en más de dos escalas) y 5 (15%) con mejoría escasa (en una o dos escalas) , 9 (28%) mejoría nula. 19 de los 23 con mejoría (82%) fueron tratados con la intervención grupal frente a 4 de las 9 sin mejoría (44%) p =0.031.
Conclusión. La actuación temprana y conjunta mejora un alto porcentaje de pacientes y produce satisfacción de los profesionales.

Contacto: M. Pilar Fernández Dapica
mfernandezd.hdocsalud.madrid.org

C-250.- MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL A TRAVÉS DEL REDISEÑO DEL MISMO.

Sánchez-Bernal R, Abad-Aguirre J, Prieto-Prieto J, Lejarreta-Arroyo JC, Otazua-Mendizabal MC, Muñoz-Fernández J.

Objetivos: 1º: Mejorar la asistencia sanitaria especializada en Rehabilitación y Cirugía Ortopédica Infantil a toda la población escolar con discapacidad motora en su propio centro educativo. 2º: Mejorar la coordinación interna en el hospital entre las interconsultas de todos los facultativos y la realización de pruebas y exploraciones complementarias, y aumentar el tiempo de dedicación a los mismos. 3º: Conocer y mejorar la satisfacción de todos los intervinientes en el proceso.
Metodología: El ámbito de actuación son todos los escolares con discapacidad motora como la parálisis cerebral y afines (117 pacientes). Para las consultas se desplaza el recién creado equipo multidisciplinar, formado por 2 Médicos Rehabilitadores y 1 Cirujano Ortopeda Infantil, a los centros educativos, ya que es su entorno idóneo. Se hace un informe médico con orientaciones para las Fisioterapeutas, así como recomendaciones para la Terapeuta Ocupacional y el Técnico Ortopédico en cada visita médica, y se registra en la Hª Cª electrónica específica diseñada al efecto. Se hace 1 sesión clínica bimensual de consenso para valorar actitudes terapéuticas, y poder realizar intervenciones precoces en algunas patologías, para desde la prevención, evitar la cronificación. Se ha diseñado una encuesta de satisfacción para todos los intervinientes.
Resultados: 1º: Se ha pasado de ir 1 médico a 1 centro educativo 2 días la semana durante 2 horas cada día (1 centro y 4 horas/semana), a acudir 2 médicos, a 3 centros educativos 3 horas cada uno de los 2 días, (3 centros y 12 horas/semana). 2º: Existe 1 día al mes (primer lunes) dedicado exclusivamente a estos pacientes en el Hospital, atendido por 2 Médicos Rehabilitadores y 1 Cirujano Ortopeda Infantil. 3º: Todos los pacientes son atendidos mediante Consultas de Alta Resolución. 4º: En cada consulta médica se hace una valoración de la situación a esa fecha de cada niña/o. 5º: El tiempo de consulta ha pasado de 15 a 30 minutos en Rehabilitación, y de 20 a 45 minutos en Cirugía Ortopédica Infantil. 6: El índice de Satisfacción ha pasado del 46% al 100%.
Conclusiones: Esta forma pionera de actuación ha facilitado a las niñas y niños una adaptación curricular individual al realizarles las revisiones

de sus consultas en su centro educativo, garantizando en todo momento la conservación, disponibilidad y custodia de los datos médicos relevantes. Se está mejorando su calidad de vida, ya que ética y humanamente se lo debemos tanto a estas niñas y niños, como a sus padres y familiares.

Contacto: Rafael Sánchez Bernal
rsanchez@sma.osakidetza.net

C-251.- VALORANDO LA CALIDAD CLÍNICA. EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Martos A, Hernández A, Cuenca C.

Objetivos: Conocer el perfil de nuestros pacientes con EPOC; implantar la evaluación de procesos asistenciales (EPA) en nuestro servicio; evaluar la implantación de la guía clínica (GC) correspondiente; y fomentar la cultura de la evaluación.
Método: Dos adjuntos senior del servicio revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados por EPOC entre el 1-12-05 y el 28-2-06. Se analizó: calidad técnica de la asistencia, indicadores de la GC, calidad de los registros, comorbilidad, reingresos, estancia media, y adecuación de ingreso y estancia. Los resultados se presentaron en reunión de servicio.
Resultados: Se revisaron 73 altas, en 63 pacientes (10 reingresos). 51 hombres y 12 mujeres, edad media de 75 años (rango: 27-92). EPOC de 15 años de evolución, FEV1 medio del 52%. Un 59% era controlado por un neumólogo. Charlson de 2,4. Episodio: estancia media de 8,5 días (EM del total de altas por EPOC en 2005: 7,6). Pauta de tratamiento a su ingreso correcta en el 76,4%. Las exploraciones realizadas fueron adecuadas en el 94,7%. Indicadores GC: Un 72% tenía hecha una espirometría basal, que constaba en el informe de alta en el 69%. Un 15% tenía indicación de oxigenoterapia domiciliaria (OD) según la GC, todos ellos habían recibido OD y con una pauta correcta. En un 13% había constancia de vacunación antineumocóccica. A pesar de que las dosis de corticoides se redujeron progresivamente (92%), la pauta prealta fue aún elevada en un 27%. La antiobioterapia fue correcta en el 76%, si bien se observó una tendencia a prescribir antibióticos de amplio espectro desde urgencias. Se cursó cultivo de esputo en un 44% de pacientes, 87% para aquellos con riesgo de infección pseudomónica. Un 20% tenía indicación de profilaxis de osteoporosis, que se pautó en un 37% de ellos. Calidad de los registros clínicos: la información clínica habitual constaba en el 95%, la situación basal en un 46% de los mayores de 80 años, la valoración social en el 51%, y la valoración nutricional en el 5%. El contenido de los cursos clínicos fue adecuado en un 84%, y el del informe de alta en un 90%, con una media de 5,4 diagnósticos al alta. Adecuación de ingresos y estancias: El 100% de los ingresos fue adecuado, y el 87% de las estancias.
Conclusiones: La autoevaluación por procesos asistenciales se ha mostrado como un excelente método para conocer el perfil de los propios pacientes, evaluar los indicadores de aplicación de las GPC y detectar aspectos de mejora continua de la calidad asistencial.

Contacto: Ángels Martos Rodríguez
amartos@salutms.org

C-252.- ESTÁNDARES EN LA ATENCIÓN AL ENFERMO CON EPILEPSIA.

Grande-Arnesto M, Llorente-Parrado C. García-Caballero J.

Objetivo: planificar mediante estándares la asistencia de los pacientes con epilepsia.
Método: búsqueda de la práctica basada en la evidencia utilizando los buscadores Sumsearch, Tripdatabase y Google (búsqueda avanzada) con los siguientes criterios de selección: actualidad, nivel de evidencia, información precisa, bien organizada y oportuna a los distintos escenarios clave en la atención de estos pacientes.
Presentación de estándares propuestos en Power Point , que son discutidos en sesión clínica del Servicio de Neurología.
Resultados: inicialmente se describe la diversidad en la epidemiología de la enfermedad y las desigualdades en la atención a los pacientes con epilepsia, justificando la necesidad de estándares en los principales escenarios de la atención a estos pacientes.
Atención en urgencias (4 estándares). Diagnóstico: diagnóstico inicial (2 estándares), criterios de derivación desde atención primaria a especializada (2 estándares) y adecuación de pruebas diagnósticas (7 estándares). Tratamiento: desde discusión con el paciente (1), tratamiento farmacológico (2), seguimiento del mismo (8) y tratamiento quirúrgico (2) hasta el tratamiento en situaciones específicas como las crisis prolongadas y el status epiléptico (3). Seguimiento de los pacientes (3 estándares). Información : desde la información sobre la enfermedad (1) hasta las limitaciones legales por su condición de epiléptico (1). Epilepsia en la mujer (3 estándares). En cada uno de estos puntos se describe la validez correspondiente.
Conclusiones: el establecimiento de estándares en la atención al paciente con epilepsia permite planificar la atención de manera global, con el desarrollo de una vía clínica basada en la consecución de estándares se consigue el compromiso de los profesionales en la mejora continua.

Contacto: Marta Grande Arnesto
martabgrande@yahoo.com

C-253.- ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE AISLAMIENTOS AÑO 2005. HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE.

De Juan-García S, Muñoz V, Sáez T, Abad M, Bote JL, Carrascosa JM.

Introducción: El hospital Virgen de la Torre tiene establecido un sistema de precauciones de aislamiento que se instauran ante diagnóstico microbiológico o ante sospecha por síndromes. El estudio de adecuación de los aislamientos realizados durante el año 2005 es una herramienta utilizada para evaluar la efectividad de dicho sistema.
Objetivos: Conocer la relación existente entre los aislamientos realizados y los que deberían haberse instaurado. Conocer la adhesión a protocolo de las precauciones de aislamiento instauradas.
Material y método: . Revisión retrospectiva de 524 informes de alta de Medicina Interna correspondientes a octubre, noviembre y diciembre de 2005. Solicitud al Servicio de Admisión de historia clínica completa de aquellos pacientes con indicación de aislamiento, y revisión exhaustiva de la misma. Comprobación con registro de aislamientos específico. Cumplimentación de ficha específica por cada historia clínica revisada.
Resultados: Durante el año 2005 se realizaron un total de 31 aislamientos. Todos tenían indicación de instaurarse pero dos de ellos no se realizaron correctamente: uno por mantenimiento de precauciones cesada la indicación, y otro por instauración ante confirmación posterior debiendo haberse realizado por sospecha. Se detectó la existencia de cinco casos con indicación de aislamiento que no fueron instaurados: cuatro por sospecha y uno ante diagnóstico.
Conclusiones: Deberían haberse realizado un total de 36 aislamientos. De los 31 realizados solamente 29 se efectuaron correctamente. La adecuación es del 80,55% por lo que han establecido medidas de mejora basadas en la implantación de las precauciones de aislamiento bajo sospecha por síndromes y en el mantenimiento de las mismas.

Contacto: Susana de Juan García
sjuan.hvtr@salud.madrid.org

C-254.- MEJORA DEL SISTEMA DE REGISTRO INFORMÁTICO DE COBERTURA EN EL SERVICIO DE HTA EN EL ÁREA 2.

Bartolomé-Benito E, Ruiz-Alonso S, Vaamonde R, Céspedes D.

Problema detectado: El 3,6% (2837/77091) de los casos esperados de HTA del Área 2 no tienen DGP de TA en los últimos dos años, estando diagnosticados de HTA e identificados en la Cartera de Servicios, en consecuencia, no cuentan en Cobertura.
Objetivo de Mejora de Proceso: En el plazo de un año, disminuir en un 3% el porcentaje de casos esperados de HTA que no tienen DGP de TA en los últimos dos años.
Método:
* Diseño del proyecto:
Estudio concurrente en el que los profesionales del Área, a partir de listados de pacientes, revisan en las Historias Clínicas las causas y depuran la información posible.
* Procedimiento:
Facilitar a los profesionales desde Gerencia , el listado de pacientes sin DGP de TA en los últimos dos años
Diseñarles una hoja de recogida de datos que con sólo (X) puedan marcar la posible causa (previamente identificadas por grupo de trabajo).
Facilitar instrucciones para la depuración concurrente
Se ha usado el paquete estadístico SPSS para el estudio descriptivo de los datos.

Resultados:
Se identifica un total de 2842 pacientes sin registro DGP. De ellos, hemos obtenido respuesta en un 79%, habiendo recibido datos de 2241 pacientes.
De un total de 2842 historias, hemos tenido que depurar la información de 406
Distribución porcentual según causa:
- 35,2% de ellos, no acude en los dos últimos años
- 49,2%, acude y no se toma la tensión
- 13,8%, tiene la TA en texto libre
- 1,8%, otros
* Desglose del 35% :
No se sabe motivo en un 82,1%
-Por cambio de centro, el 9,9%
-Por haber fallecido, el 7,2%
-Control fuera del centro y no acude, el 0,8%
* Desglose del 49,2%:
Acude a consulta médica: 66,6%
-Acude a consulta de enfermería: 3,4%
-Acude a ambas: 30%
Conclusiones:
Ha habido una buena participación de profesionales.
Facilitar a los profesionales la información, les ha llevado a adoptar medidas de por iniciativa propia: Flashes en OMI_AP, citaciones posteriores a pacientes no vistos, paso de texto a DGP (comunicadas en las hojas de devolución de datos),
Además, se ha reforzado la mejora incluyendo medidas en el Contrato de Gestión:
* Distribuir nuevamente los listados de pacientes crónicos entre los profesionales para que revisen las historias clínicas y actualicen datos (que además nos permita reevaluar el proyecto).
* Diseñar circuito de coordinación medicina-enfermería para el seguimiento de pacientes hipertensos al amparo de la Guía de Riesgo Cardiovascular del Área.
Contacto: Elena Bartolomé Benito
ebartolome.gapm02@salud.madrid.org;
ebartolomeb@yahoo.es

C-255.- DISCORDANCIA ENTRE LAS INCIDENCIAS REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA Y LAS DECLARADAS: ¿ POR QUÉ TRABAJAR 2 VECES?.
Urretxu-Reboiro D, Audicana-Uriarte A, Sánchez-Bernal R, Murua-Navarro F, Sánchez-Paredes A, Estébanez-Carrilo M.

Objetivos: 1º Comparación entre las incidencias anotadas en el evolutivo de enfermería informatizado y los registros de incidencias críticas realizados en soporte papel. 2º: Analizar los datos obtenidos para determinar las causas de las discordancias. 3º: Proponer soluciones útiles y sencillas.
Metodología: El personal de Enfermería registra el evolutivo de los pacientes en el que se recogen todas las incidencias, en una Aplicación Informática (no base de datos) llamada ZAINERI. Además existe un "Registro de Incidencias" donde deben declararse obligatoriamente todas las incidencias que afectan a los pacientes: Accidentes, fugas, agresiones y daños a objetos. Partiendo de la hipótesis de que las incidencias declaradas en el Registro de Incidencias serían menores que las detectadas en los evolutivos, una DUE especialista en Salud Mental perteneciente a la Unidad de Calidad realizó la lectura diaria del 100% de los evolutivos de enfermería de los 238 pacientes ingresados en el hospital durante el mes de Enero de 2006. De forma paralela se continuó con la recogida, validación y mecanización de los registros declarados por las Unidades.
Resultados: Se han detectado discordancias en los cuatro tipos de incidencias, siendo en todos los casos la declaración en soporte papel significativamente inferior a la declaración en el evolutivo informatizado:
Agresiones: Evolutivo:29 – a personal:7, a pacientes:12, resto: 10 /Papel:4.
Fugas: Evolutivo:15 – fugas:11, incumplimiento horario 3, otros 1/Papel:11.
Accidentes: Evolutivo:35 – caídas sin lesión:29 y con lesión:6/ Papel:15.
Daños a Objetos: Evolutivo:13–rompe:7, tira sin romper:7/ Papel:4.
Analizando los datos se observa que aquellos incidentes menores (agresiones leves y accidentes sin lesiones para los pacientes, así como daños a objetos sin gran valor), son en los que se presentan las mayores discordancias.
Conclusiones: 1ª: El evolutivo informatizado es completo y recoge todos las incidencias relacionados con los pacientes aunque sean leves y sin consecuencias. 2ª: Es aconsejable y prioritario la definición exacta de las variables que influyen en los indicadores e incidencias, así como la modificación de la explotación de la Aplicación Informática ZAINERI, lo que evitaría el sistema actual de doble registro.
Contacto: Dolores Urretxu Reboiro
lurretxu@sma.osakidetza.net

C-256.- EVALUACIÓN DE DOS ALERTAS INFORMÁTICAS (AI) PARA LA DETECCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS.
Vidal E, Barrufet P, Sauca G.

Objetivo: Valorar el cumplimiento de dos formas de funcionamiento de la AI, para la detección de los pacientes portadores de SARM en el momento de su ingreso.
Método: La AI se activa automáticamente desde el sistema informático, en el momento que se detecta un cultivo positivo para SARM en el laboratorio de microbiología, independientemente del origen de la petición (hospitalización, CE, UCIAS, CSS) y del tipo de muestra. Esta activación es efectiva visualmente al tramitar un ingreso. Es desactivada manualmente en el momento que se obtienen 3 cultivos negativos consecutivos o que no se dispone de cultivos de control en los últimos 2 años.
Se han valorado dos formas de funcionamiento de la AI:
•2002-03: Se informa de la activación de la AI a través de un aviso en la pantalla del ordenador indicando:"VALORAR AISLAMIENTO". El personal administrativo es el responsable de avisar al personal médico y/o de enfermería.
•2004-05: Se informa de la AI a través de la aparición de las iniciales MRS en la parte lateral de las etiquetas identificativas de los pacientes. Estas iniciales son visible para todo el personal.
•La enfermera de higiene/infecciones realiza un seguimiento del funcionamiento de la AI.
Resultados:
Se han analizado un total de 311 activaciones. De las 67 activaciones que fueron motivo de ingreso durante el primer periodo el 58% (39) no se aislaron; 30% (20) se aislaron al ingreso, y 12% (8) se aislaron transcurrida una media de 6 días.
De las 92 activaciones que fueron motivo de ingreso durante el segundo periodo el 27% (25) no se aislaron; 60% (55) se aislaron al ingreso, y 13% (12) se aislaron transcurrida una media de 3.4 días.
Conclusión:
1- La AI es una herramienta eficaz para la detección de los pacientes portadores de SARM al ingreso.
2- En el segundo periodo en los que la AI es mas fácil de identificar, ha hecho incrementar de un 30% a un 60% los aislamientos correctos
3- El porcentaje de los paciente que no se les ha iniciado el aislamiento al ingreso, es similar en los dos periodos, pero se ha reducido a la mitad el tiempo transcurrido.
4- A pesar de observar una mejoría de los resultados del segundo periodo es necesario hacer un seguimiento estricto para depurar los errores de funcionamiento y asegurar el cumplimiento del aislamiento.
Contacto: Elena Vidal Díez
evidaldi@csdm.es

C-257.- RESULTADOS FINALES DE DERMATEL: ESTUDIO DE FIABILIDAD DIAGNÓSTICA EN TELEDERMATOLOGÍA.
Romero-Aguilera G, Sánchez-Caminero P, Martínez C, Vera-Iglesias P, Cortina-Calle P, García-Arpa M.

El aspecto mejor estudiado en teledermatología es la fiabilidad diagnóstica de la teleconsulta. Los estudios realizados en las diferentes modalidades, teledermatología de almacenamiento (TDA) y tiempo real (TDTR), muestran una elevada fiabilidad con valores de concordancia simple del 60-90%. La TDTR muestra máxima eficacia pero es considerablemente más cara. La mayoría de los estudios TDA se han hecho en condiciones de eficacia y no de trabajo habitual. Es notoria la escasez de estudios que midan fiabilidad de la consulta convencional (FTF o face-to-face).

DERMATEL es un proyecto de investigación que compara fiabilidad de consultas TDA, TDTR y FTF.
En el estudio TDA tres dermatólogos evaluaron 154 teleconsultas remitidas por médicos de primaria que tomaron fotos digitales y rellenaron vía web un formulario de consulta preformado. El acuerdo intraobservador fue del 96% y el interobservador del 89%. Sólo en 10% de los casos se consideró inadecuada la historia clínica remitida, en ellos el acuerdo diagnóstico fue significativamente menor (Chi2 21.79, p=0.000). El acuerdo fue menor con fotos de mala calidad (Chi2 20.48, p=0.000) y si la seguridad en el diagnóstico emitido era baja (Chi2 87.32, p=0.000).
Mediante TDTR se valoraron 150 pacientes adicionales sin que la interacción con audio supusiera un incremento significativo del acuerdo intraobservador (Chi2 2.35, p=0.307) respecto a TDA.
Para 155 pacientes evaluados por los mismos tres dermatólogos mediante consulta convencional (FTF) el acuerdo diagnóstico fue superior al obtenido en TDA, pero la diferencia no fue significativa (p>0.106). En relación al estudio TDA la seguridad percibida por el dermatólogo al emitir el diagnóstico en FTF fue superior (Chi2 45.00, p=0.000) y hubo menor variabilidad en manejo, especialmente en lo relativo al tratamiento (Chi2 19.62, p=0.000)
Concluimos que la fiabilidad de la teleconsulta en dermatología es elevada y comparable a la de la consulta convencional. Se impone la implantación de sistemas de teledermatología para colectivos con accesibilidad disminuida (residencias de ancianos, comunidades aisladas geográficamente, prisiones,...). Es factible el uso de la TDA como screening ya que el dermatólogo percibe los casos de mayor riesgo de error (seguridad diagnóstica baja o historia clínica incompleta). La implantación indiscriminada de programas de teledermatología puede suponer un menoscabo de la equidad dado el decremento en seguridad diagnóstica y la mayor variabilidad en manejo que introduce la teleconsulta.
Contacto: Guillermo Romero Aguilera
gromeroa@meditex.es

C-258.- REGISTRO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE UN SERVICIO DE SALUD/SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.
Aldana-Espinal JM, Carriazo-Pérez de Guzmán A, García-Rotllán J, Carmona-Velarde J, Grupo de Referencia de Reproducción Humana Asistida

Introducción. El Servicio de Salud (SS) está ampliando su red de unidades de Reproducción Humana Asistida (RHA) y la oferta asistencial de inseminación artificial y fertilización in vitro/inyección intracitoplasmática de espermatozoides, con nuevas técnicas como donación de ovocitos, laboratorio de alta seguridad biológica, y diagnóstico genético preimplantatorio. El Grupo de Referencia de RHA convocado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria para elaborar propuestas de mejora en la provisión y asistencia de estos procedimientos, recomendó la implantación de un sistema de información que permitiera un registro unificado en nuestro Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSP). Estos registros existen en otros sistemas sanitarios y países con diversos diseños y planteamientos, en general mantenidos por sociedades científicas o por la industria, y son la fuente de las estadísticas de RHA.
Objetivos. Desarrollo de un registro unificado de RHA para el SS/SSP.
Metodología. Grupo de expertos. Se realizó una búsqueda sobre registros y se contactó con servicios de salud y entidades que mantienen registros de RHA. Con esta información se elaboraron borradores y se mantuvieron encuentros hasta llegar a un consenso sobre la definición, el contenido y la forma del registro.
Resultados. La propuesta final contempla: 1) sobre la definición del registro se optó por un modelo interactivo que hiciera posible ordenar la demanda y recoger la actividad asistencial; también debía ser compatible con otros sistemas de información sanitarios de la Comunidad; 2) del contenido se priorizó la cumplimentación frente a la exhaustividad de la historia clínica; los datos, básicos y suficientes, debían responder a los estadísticos generales publicados; el contenido se organizó en pantallas según la técnica y se aseguró la homogeneidad de la categorización mediante listados desplegables; 3) respecto al formato, las pantallas debían tener visibilidad adecuada y manejo intuitivo y fácil; se prefirió la visualización de campos de una misma técnica en una única pantalla frente a la solución de sucesivos enlaces.
Conclusiones. La solución adoptada tiene la singularidad frente a otros registros de resolver la ordenación del acceso a las técnicas de RHA mediante la aplicación, la interacción con otros sistemas de información y la obtención de datos individualizados además de globales y de seguimiento. Estas prestaciones y la sensibilidad de la información que contiene, también requieren el mayor nivel de protección de datos.
Contacto: Josefa María Aldana Espinal
josefam.aldana.sspa@juntadeandalucia.es

C-259.- UTILIZACIÓN DE LA INFORMÁTICA PARA LA MEJORA DE LA PRESTACIÓN DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCEMIA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.
Comellas-Nicolás M, Suero-Villa P, Guerrero-Martín J, Villa-Andrada JM, Luna-Giles MF, Comellas-Nicolás A.

Introducción. La prestación de tiras reactivas de glucemias (TRG) a personas con diabetes mellitus (DM)desde el equipo de atención primaria (EAP) supone una tarea añadida a las enfermeras y al responsable de enfermería que es quien tiene asignada la función de gestión del suministro de las mismas.
Una buena gestión de esta prestación directa desde los EAP es fundamental para un uso racional de los recursos, que asegure la calidad asistencial al menor coste.
Objetivo. Facilitar la gestión de la prestación de TRG a personas con DM utilizando las nuevas tecnologías.
Material y Métodos. Con Microsoft ACCES, se desarrolló en el 2000 una aplicación para gestión de TRG con DM de nuestra zona básica (ZBS).
En septiembre de 2005 adaptamos la aplicación a los nuevos medidores de glucemia incorporados en nuestra ZBS.
Utilizamos como población los usuarios de nuestra ZBS en la base poblacional CIVITAS.
Durante la exposición desarrollaremos con más detalle todo el proceso.
Resultados. La aplicación nos ha permitido poder gestionar la dispensación, mantenimiento de estocajes y facilita las labores de petición según necesidades, pudiendo obtener datos de consumos y peticiones por tipo de tira a nivel de enfermera y del EAP.
Nos permite además conocer datos epidemiológicos relacionados con la DM en nuestra ZBS.
La prevalencia de DM observada a través de la aplicación es de 5,42%.
En nuestra ZBS, el 51,11% son mujeres y el 48,89% hombres.
El 19,94 % son DM tipo 1, el 79,78 % de DM 2 y el 0,28 % otros tipos.
El 0,83 % son menores de 14 años, el 50,28% entre 14 y 65 años y el 48,90% mayores de 65 años.
Seguimos desarrollando la aplicación para obtener datos sobre tipo de tratamiento (ADO, insulina,...), y búsqueda de indicadores de resultados intermedios relacionados con el proceso diabetes.
Conclusiones:
1.El uso de las herramientas informáticas aplicadas a la gestión de esta prestación ha supuesto una mejora tanto en tiempo como en recursos, siendo más ágil para los profesionales y los usuarios.
2.La aplicación ayuda a mejorar la petición mensual de las tiras en función del consumo.
3.Como herramienta epidemiológica podemos extraer datos que permita mejorar las líneas de actuación para conseguir que nuestros pacientes diabéticos mejoren su control metabólico.
4.Los datos de prevalencia obtenidos están dentro de los observados en varios estudios a nivel nacional.
5.Es necesario seguir trabajando en la herramienta para obtener indicadores de resultados intermedios y adaptarla a software libre.
Contacto: Manuel Comellas Nicolás
manuelros@ya.com

C-260.- VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS HOSPITALARIOS DE CÁNCER: HERRAMIENTAS PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA.
Portillo I, Peiro E, Aldazabal I, Fernández E, Madurga B, Valle P.

Los Registros Hospitalarios de Cáncer de Osakidetza iniciaron en 1995 la recogida de casos y registran más del 90% de todos los tumores atendidos en la Comunidad Autónoma del País Vasco siendo fuente del Registro Poblacional.
A partir de una estrategia para mejorar su seguridad y disponibilidad iniciada en 2003, se valoró la necesidad de validar la base de datos

1995-2003, tras el proceso de migración realizado en 2005 a un nuevo entorno y de las mejoras introducidas en el Manual de Procedimientos. El proceso requería la comprobación de errores y la validación de casos comunes, dado que más del 30% de los tumores son atendidos por varios centros.
Objetivo: Garantizar el mayor grado de fiabilidad de los registros hospitalarios para permitir la explotación y consulta por los diferentes usuarios actuales y potenciales.
Metodología
Elaboración de un protocolo consensuado para detección y corrección de datos.
Diseño y validación de herramientas para la detección de errores incorporándolas a la propia aplicación.
Búsqueda activa de errores e incongruencias comprobando cada caso con la historia clínica ("Gold Standard") y otras fuentes automatizadas.
Corrección de errores y validación definitiva a partir de explotaciones e indicadores: % duplicados, % de datos en blanco, % errores Base diagnóstico, mediana y percentiles de tiempos de diagnóstico, tiempos de atención, tiempos tratamiento, etc.
Resultados: Realización de 25 consultas nuevas para identificar errores con incorporación a la aplicación para permitir monitorizaciones continuas por los usuarios (duplicados, campos vacíos, categorías no congruentes, exhaustividad...)
Validación de explotaciones automáticas de datos por periodos y variables seleccionadas.
Incorporación de chequeos validados internacionalmente (IARC-check).
Hasta Mayo 2006 se contabilizaron 66.872 pacientes y 70.947 tumores, habiéndose detectado y corregido 1.140 pacientes duplicados y 3.600 tumores duplicados, con un resultado de 0% duplicados y validación del 100% de tumores primarios múltiples. Se han corregido así mismo el 95% de los campos vacíos no fundamentales y el 100% de los esenciales.
Conclusiones: El proceso ha servido para validar todos los casos y mejorar la fiabilidad de la base de datos. La posibilidad de validar los datos por cada usuario de forma sencilla y sistemática permite mantener el registro con alto nivel de calidad y mejorar su utilización por usuarios actuales y potenciales: estudios epidemiológicos y de evaluación la calidad.
Contacto: Isabel Portillo Villares
iportillo@sscc.osakidetza.net

C-261.- REGISTROS HOSPITALARIOS DE CÁNCER: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR SU CALIDAD UTILIDAD.
Peiro E, Portillo I, Aldazabal I, Sarasqueta C, Fernández de Larrinoa A, Yetano J.

Los Registros Hospitalarios de Cáncer puestos en marcha en 1995 recogen más del 90% de los tumores diagnosticados y tratados en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Existe un grupo de coordinación promovido por la Organización Central de Osakidetza integrado por codificadores y coordinadores técnicos de los 6 registros para consensuar normas técnicas, necesidades de formación así como realizar análisis y difusión de resultados.
Hasta 2003 se contaba con una herramienta informática rígida no conectada con otras bases de datos (otros registros de cáncer y otros datos hospitalarios) que impedía la explotación conjunta de los registros y constituía una sobrecarga burocrática. En 2003-2005 se puso en marcha una estrategia para permitir la integración de datos y garantizar su seguridad permitiendo mayor accesibilidad, disponibilidad y oportunidades de explotación.
Objetivos: Garantizar un entorno seguro en la protección de datos personalizados
Desarrollar una aplicación amigable y abierta
Establecer un Manual de Procedimientos consensuado acorde con las normativas internacionales
Consolidar una Base de datos única de tumores y pacientes para todos los hospitales
Metodología: Diseño de una aplicación en entorno web para usuarios autorizados con facilidades en la introducción de datos y explotación y conectividad con otras bases de datos de pacientes
Reuniones periódicas de consenso y validación de Manual de Procedimientos acorde con la IARC-ENCR y el Registro Poblacional.
Proceso consensuado de migración y validación de datos 1995-2002.
Resultados: Implantación de aplicación en entorno web en Julio 2005 y migración de todos los casos 1995-2002. Introducción de más de 300 ajustes y mejoras.
Validación definitiva de un Manual de Procedimientos: 13 variables de paciente y 24 del tumor.
Eliminación de las fichas manuales, trazabilidad y agilización de la burocracia.
Visualización rápida de casos y de la atención recibida en cada centro.
Consolidación en Mayo 2006 de la Base de datos: 66.872 pacientes y 70.947 tumores.
Enlaces con otras bases de datos de pacientes y posibilidad de explotar los datos por cada registro y de forma global.
Conclusiones: Integración de la información de pacientes disponible desde cualquier punto por usuarios autorizados. Mejora del potencial de explotación de la información para realizar estudios epidemiológicos, de investigación y de evaluación de la calidad.
Contacto: Enrique Peiró Callizo
efpeiro@sscc.osakidetza.net

C-262.- IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER.
Taberner R, Nadal C, Aulet B, Más G, Buades J, García-Menéndez C.

Objetivos. El aumento de la demanda asistencial en los servicios de Dermatología por parte de población "sana", la complejidad diagnóstica de la patología dermatológica en atención primaria, y la importancia de un diagnóstico precoz en el melanoma, han ocasionado que se impulse la Teledermatología como instrumento de detección de cáncer cutáneo.
Métodos. El proyecto se ha desarrollado en dos centros de salud dependientes del hospital. Se les han proporcionado cámaras digitales compactas, y formación en fotografía digital y en el manejo de la aplicación informática.
El circuito consiste en la realización de la interconsulta por parte del médico de primaria, rellenando un formulario de datos clínicos y adjuntando las imágenes, las cuales quedan almacenadas en el servidor. Desde el hospital, el dermatólogo visualiza las imágenes, y elabora un informe de respuesta, en el que constan la orientación diagnóstica y el destino del paciente, a la espera de ser atendido con la correspondiente prioridad.
El médico de primaria puede acceder a las imágenes y al informe de respuesta, así como a la cita del paciente.
Resultados.Transcurridos los primeros 5 meses, se han efectuado un total de 95 teleconsultas. En esta fase el 98% de los pacientes fueron citados en dermatología. A un 52% de los pacientes atendidos se les han realizado técnicas diagnósticas o terapéuticas.
Respecto a los diagnósticos de sospecha desde primaria, un 26% correspondía a patología infecciosa, un 33% a patología inflamatoria, un 32% a tumores benignos, y un 4% a tumores malignos. Hubo una concordancia diagnóstica del 55% en atención primaria, y de un 91% en atención especializada.
Asimismo, un 20% de pacientes remitidos en esa fase presentaban lesiones de carácter cosmético.
Conclusiones:
- La principal limitación es la falta de tiempo por parte de los profesionales implicados, especialmente en atención primaria.
- La Teledermatología permite detectar aquellos pacientes que precisan ser atendidos en consulta de manera prioritaria, en especial la patología tumoral maligna, adecuando los tiempos de espera a la gravedad de la patología.
Contacto: Rosa Taberner Ferrer
rtaberner@comib.com

C-263.- SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS EN EL HOSPITAL AL FINAL DE LA VIDA.
Cucullo JM, Muñoz S, Soler MD, De Val A, Esteban AB, Cánovas C.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción del cuidador principal del anciano en situación terminal con los cuidados recibidos durante la estancia hospitalaria.
Material y Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo a través de encuesta telefónica a cuidadores principales 15-30 días tras falleci-

miento del paciente en el hospital desde noviembre 2005 a abril 2006. Variables: edad, sexo, motivo de defunción, síntomas clínicos. Preguntas: (0-4: mal-excelente): ¿está satisfecho con los cuidados?, ¿está de acuerdo con lo que se hizo en el Hospital?, ¿con la información recibida?, ¿se sintió apoyado?; condiciones de la habitación, Sugerencias. SPSS 10.0.
Resultados: 65 pacientes. Edad media: 86,04 +/- 6,07 años. 52,3% mujeres. Causas de fallecimiento: neoplasia 13,8%, demencia 29,2%, ACV 12,3%, infecciosa (respiratoria) 23,1%, patología cardiaca 3,1%. Estancia media: 15,9 días.
Síntomas principales: disnea 63,1%, secreciones 60%, agitación 38,5%, alteraciones cutáneas 32,3%, boca séptica 46,2%, dolor 26,2%.
Grado de satisfacción: excelente 35,4%, bien 52,3%, regular 7,7%, mal 1,5%. De acuerdo con los cuidados: excelente 23,1%, bien 64,6%, regular 6,2%, mal 4,6%. Satisfacción con información: excelente 23,1%, bien 64,6%, regular 9,2%, mal 1,5%. No responden 1,5%. Apoyo recibido: excelente 16,9%, bien 63,1%, regular 1,2%, mal 3,1%, no responden 4,6%. Condiciones habitación: excelente 9,2%, bien 53,8%, regular 23,1%, mal 10,8%, no responden 3,1%.
Sugerencias de 23 familiares: habitación individual (14), con baño (11), necesidad reformas (7), cafetería (2), velatorio permanente (3), mejoría en trasporte (1), mayor tiempo de dedicación del personal (2).
Conclusiones:
1. Existe una necesidad de mejora de los niveles de información y apoyo en los estadios finales de la vida.
2. Los hospitales con infraestructura antigua precisan reformas que aporten mayores comodidades.
3. Los cuidadores son un punto clave en la atención al paciente terminal y conocer su opinión permite elaborar estrategias de mejora asistencial.
Contacto: José Manuel Cucullo López
jmcucullo@salud.aragon.es

C-264.- TRASLADAMOS LA SEDE DEL HOSPITAL: UTILICEMOS LA OPINIÓN DEL USUARIO.
Rodríguez-Fernández J, Martínez JR, Montserrat-Capella D, Sáinz A, Cebrián M, García-Artiaga C.

Objetivo. Conocer a través de la percepción de los usuarios la evolución de problemas detectados en el hospital.
Metodología. El período de estudio es 2001-2005. Las fuentes de información utilizadas son las reclamaciones escritas presentadas en el Servicio de Atención al Paciente, las demandas de responsabilidad patrimonial y las encuestas posthospitalización. El estudio de expectativas y grado de satisfacción de los pacientes, se realiza definiendo una situación de partida ("informe del usuario" realizada en 2001),estableciendo vínculos con el modelo SERVQHOS y valorando la evolución en los últimos cinco años. Estimación de correlaciones significativas entre reclamaciones y encuestas. Tratamiento estadístico con SPSS de la información precisada recogida en Access o Excel.
Resultados. En el período de estudio ha habido 3.756 reclamaciones escritas, la mayor parte de ellas(15,3%) debido a problemas de transporte, seguido por demora en la asistencia (12,6%). El 52,3% del total de reclamaciones se debe a organización y fallos en la asistencia. Se han contabilizado 108 demandas de responsabilidad patrimonial, de las que 50,6% fueron desestimadas. El 100% de las demandas desestimadas en los últimos dos años continúan en vía judicial. La situación de partida del año 2001 hace constar una tasa de problemas de 19,7%, máxima para infraestructura (43,0%). Problemas más evidentes eran lista de espera(76,1%), identificación del personal(49,6%), tiempo de espera de ambulancia(73,7%), e información sobre normas de funcionamiento en Urgencias(59,5%). Las variaciones en los últimos cinco años son positivas en información (de 25,6% a 18,7%) y negativas en tangibilidad (de 16,7% a 27,2%). Los indicadores relacionados con el confort continúan siendo los más deficientes(47,3% han encontrado las habitaciones peor de lo que esperaban).
Discusión. El número de reclamaciones es bajo en proporción al de actos médicos. Casi todas las demandas desestimadas en vía administrativa acuden a la vía judicial y se confirma el incremento progresivo de la judicialización. Se consideran resueltos los principales problemas que el hospital arrastraba en los últimos años por la puesta en marcha de medidas de mejora institucionales(lista de espera quirúrgica, tabaco, identificación del personal, organización de transporte sanitario). Queda pendiente una nota de atención en el área de urgencias, y por supuesto los problemas relacionados con el confort, cuya mejoría es fácil y evidente con la inauguración del nuevo hospital.
Contacto: Jesús Rodríguez Fernández
jrodriguezf.hpth@salud.madrid.org

C-265.- SISTEMA DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES DE PACIENTES Y EFECTOS ADVERSOS.
Martín J, Calvo S, Rangil J, Marín F, Alfaro L, Conde E.

Introduccción. La mejora de la calidad en la atención a nuestros pacientes exige disponer de herramientas que permitan dar respuesta a las reclamaciones de una forma rápida y eficiente.
Objetivo. Normalizar registros de información sobre reclamaciones y efectos adversos en todos los Hospitales de Capio España, dar respuesta a las necesidades de gestión y reportar la información necesaria a los diferentes niveles de responsabilidad en Capio.
Establecer criterios únicos para todos los centros de Capio en España.
Metodología. Grupo de trabajo formado por responsables de las áreas Asistencial, Calidad, Benchmarking, Marketing y Sistemas de Información.
Una vez conocidos los requisitos internos y externos, elaboración de la herramienta informática (IGR), aprobación y comunicación a Gerentes y responsables de Atención al Usuario de los centros. Implantación inicial mayo 2006 con la colaboración de todos los responsables de Atención al Usuario que, mediante feed-back, han ido mejorando la propuesta inicial. Valoración mensual en los Núcleos Promotores de Calidad de los centros, información de resultados a Benchmarking para que informe a su vez a Capio en Europa y elaboración de la propuesta de procedimiento de gestión por parte del Dpto. de Calidad.
Resultados. Implantación al 100% en todos los centros de Capio en España. Se presentarán resultados de gestión del primer trimestre desde la implantación.
Conclusiones. El sistema de información creado es accesible desde la Intranet Corporativa, en entorno web. La información de todos los Hospitales se registra en una única base de datos corporativa que permite la atención inmediata y directa al reclamante, la comunicación directa con el responsable implicado (envío de e-mail automático), así como de otros responsables en función del tipo de reclamación. También permite realizar el seguimiento de los estados en que se encuentran las reclamaciones en cada momento.
El sistema permite parametrizar los responsables a los que se informará por correo electrónico y de forma automatizada de la inclusión de nuevas reclamaciones y cambios en su estado.
Asimismo, permite que, aquellas reclamaciones de mayor grado de severidad, lleguen de forma inmediata y directa al responsable de Benchmarking del Grupo Capio en España quién, a su vez, lo comunica al responsable en Europa.
Todo ello en beneficio del reclamante al cual se le podrá mantener informado de cuántas gestiones se hayan realizado para darle una solución lo más temprana posible.
Contacto: Jorge Martín Fernández
jmartinf@idcsa.net

C-266.- LA ROAD MOVIE DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA (II): SISTEMATIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.
Mallo-Fernández JM, Ferrándiz-Santos J, Muñoz-González JJ, Caboblanco-Muñoz M, Ignacio-García Y.

Analizar las oportunidades de mejora del procedimiento de gestión de Quejas y Reclamaciones y Sugerencias (QRS) en Atención Primaria estableciendo líneas de intervención sistemáticas.
Análisis observacional (año 2005) en una área sanitaria (835.000 hab.). Fuente de análisis: Formato oficial de reclamación (Rc), codificación por sistema i-TracK (Comunidad Madrid) y Procedimiento interno de gestión de QRS del Área. Aplicación de las intervenciones de calidad en un ciclo de mejora continuo.
Áreas de aplicación:
a) Cumplimiento de las disposiciones reglamentarias (plazos de ejecución y respuesta).

b) Disponibilidad de un sistema de medición estructurado, centrado en los motivos de Rc principal con desagregación por Unidad Funcional y motivos priorizados.
c) Adecuación de las respuestas sobre los motivos de Rc identificados.
d) Simplificación del procedimiento de respuesta a las reclamaciones.
a) Evolución del plazo de contestación de Rc (frente a pacto): menor 15 días (20,18%, pacto 38%), entre 15-30 días (34,35%, pacto 62 %), mayor de 30 días (43,19%, pacto 0%)
b) Diseño de un cuadro de mandos, con información desagregada por motivo de Rc (clasificación I-track), por unidad de origen (centro salud y Área), por cuartiles y con valor absoluto y acumulado.
c) Despliegue de información y difusión interna: sesión de casos quincenal, reunión directiva quincenal, informe trimestral a la estructura directiva, informe semestral al Consejo de Gestión, % de Rc contestadas o modificadas desde Unidad Central Atención Usuario.
d) Resolución de puntos críticos del procedimiento: Estandarización de plantilla de respuesta por Rc (para estructuras directivas), hoja de valoración por detección de error o deficiencia, hoja de control por Rc con información completa (identificación reclamante, motivo y persona reclamada, lugar, fecha de formalización y recepción, respuesta, imagen visual, solicitud de informe, derivación otros niveles).
La monitorización sistemática permite identificar el "cuello de botella" clave del procedimiento de gestión de las reclamaciones, facilitando la intervención directa sobre ellos.
El despliegue estructurado de líneas de mejora pretende una aproximación óptima a los pactos establecidos con la organización y de la normativa reglamentaria, por parte de cada unidad funcional y del Área
La intervención sobre los motivos concretos de insatisfacción por unidad funcional y la aplicación de medidas preventivas/correctivas deben constituir el punto de referencia clave hacia el usuario.
Contacto: José María Mallo Fernández
jmallo.gapm11@salud.madrid.org

C-267.- LA ROAD MOVIE DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA (I): DEL análisis HACIA LA MEJORA.
Mallo-Fernández JM, Ferrándiz-Santos J, Muñoz-González JJ, Caboblanco-Muñoz M, Ignacio-García Y.

Objetivo. Evaluar el comportamiento del procedimiento de gestión de Quejas y Reclamaciones y Sugerencias (QRS) en Atención Primaria, atendiendo a los indicadores clave de servicio en el seno de un ciclo de mejora.
Método. Análisis observacional con base temporal anual. Ámbito: Área sanitaria de 835.000 habitantes. Fuente de información: Formato oficial de reclamación (Rc) sometida a análisis de codificación por sistema i-TracK (Comunidad de Madrid). Variables de inclusión: Tiempos de tramitación y grado de cumplimiento de los estándares determinados en el procedimiento de QRS del Área.
Resultados. Total de reclamaciones validas para análisis: 1446.
Variables de tramitación:
1. Gap1 (entrada de Rc en el centro de salud/entrada de Rc en Dirección Gerencia): Promedio: 12,27 días (rango: 0-214), mediana: 6
2. Gap2 (entrada de Rc en Gerencia/salida de contestación desde Gerencia): Promedio: 30,87 días (rango: 0-244); mediana: 23
3. Gap3 (entrada de Rc en el centro de salud/salida de contestación desde Gerencia). Promedio: 36,97 días (rango: 0-387), mediana: 29.
4. Gap4 (demora superior al plazo reglamentario de contestación): Promedio: 12,11 días (rango: 0-375); mediana: 0.
5. Gap5 (tiempo de tramitación de las QSR/ centro de salud –CS-): Entre 0 y 15 días (0 CS), entre 15 y 30 días (14 CS), >30 días (23 CS).
Variables de cumplimiento (normativo)
1. Propuestas de contestación enviadas desde los centros de salud (origen de Rc): Promedio 29,07% (rango: 0-78,05)
2. Envío de informes desde centros de salud: Promedio 63,88% (rango: 0-100)
3. Propuestas de contestación validadas: Promedio 45,61% (rango: 0-100)
4. Cumplimiento de la imagen visual corporativa de las Rc: Promedio 72,4% (rango: 0-100)
Conclusiones. La existencia de un procedimiento de gestión de QRS, no asegura per se el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias, especialmente en materia de plazos de ejecución y respuesta.
El compromiso directivo es esencial como garante de ejecución de las diferentes fases del procedimiento, especialmente la vinculación a cumplimiento temporal, idoneidad de respuestas y ejecución de medidas preventivas o correctivas.
La disponibilidad de un sistema de registro válido y exhaustivo nos permite una monitorización sistemática de cada reclamación y de las limitaciones derivadas de la trazabilidad del procedimiento.
Contacto: José María Mallo Fernández
jmallo.gapm11@salud.madrid.org

C-268.- ATENCIONES REGISTRADAS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y SERVICIOS CENTRALES DE LA REGIÓN DE MURCIA.
Rodríguez-Martínez MP, Cánovas-Inglés A, Alarcón-Martínez C, Espín-Carmona MJ, Cárcar-Benito J, Fernández Abellán P.

Objetivos: Análisis global de las atenciones registradas en la Región de Murcia.
Métodos: Diseño: estudio observacional, transversal y retrospectivo. Emplazamiento: Servicios de Atención al Usuario de 8 Hospitales públicos, 76 zonas de salud y los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad. Tarjetas sanitarias individuales 1.322.362 (TSI) a 31-12-2005. Muestra: todas las atenciones presentadas en los Servicios de Atención al Usuario y en la Unidad Central de Defensa del Usuario durante el año 2005.Variables estudiadas: motivo de la atención, fecha, procedencia, existencia de respuesta. Las atenciones se codifican según criterios de la Secretaria Autonómica en 5 bloques (bloque acceso, entorno, proceso, resultado y otros), que a su vez, se dividen en 20 grupos y estos últimos dan lugar a 66 motivos.
Resultados: Total atenciones recogidas:15.299. Distribución: 43% Servicios Centrales, 34% Hospitales y 23% Gerencias. Según Bloques, los más frecuentes fueron HOSPITALES: Acceso Asistencial (44% - 2357), y Proceso Asistencial (30% - 1574). GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: Proceso Asistencial (38% - 1295) y Acceso Asistencial (30% - 1042) y en SERVICIOS CENTRALES: Entorno Asistencial" (74% - 4877) y Proceso Asistencial (25% - 1646).
Según Motivos, en HOSPITALES los más frecuentes fueron: Lista de Espera en Consultas (15% - 783), Disconformidad Asistencia Recibida (11% - 559) y Demora Asistencial (9% - 447). GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: Disconformidad Asistencia Recibida (15% - 533), Insuficiencia de Personal (13% - 440) y Cambio de médico (12% - 3998). Y en SERVICIOS CENTRALES: Información general de la Organización (41% - 2680), Información en recepción (33% - 2197), y Coordinación entre centros (25% - 1646).
Conclusiones: En Hospitales las atenciones que mas se registran son de "Accesibilidad a la Asistencia" y en las Gerencias DE Atención Primaria de "Proceso Asistencial". A destacar en Atención hospitalaria las "Listas de espera"; y en Atención Primaria, "Disconformidad con la Asistencia". En la Unidad de Defensa del Usuario de los Servicios Sanitarios, las atenciones que mas se tramitan, son de "Entorno asistencial" y la actividad fundamental, es la de "Información general de la Organización". El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.
Contacto: Mª Paz Rodríguez Martínez
mpaz.Rodríguez@carm.es

C-269.- OFERTA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS: ORIENTACIÓN FRENTE A ACCIDENTES EN EL TRABAJO POR CUENTA PROPIA.
González Y, López-Lera C, Blanco F, Dalgà, G. Ibáñez E, García-Camps E.

Objetivo: Analizar y evaluar la oferta y utilización de un Servicio de Orientación frente a potenciales accidentes en el trabajo por Cuenta Propia.
Métodos: La cobertura de las Contingencias Profesionales y las peculiaridades del Trabajo por Cuenta Propia justificaron la necesidad de ofertar un Servicio de Orientación y atención telefónica 24 horas.
Todas las llamadas recibidas durante el periodo Marzo-Diciembre de 2005 fueron monitorizadas para conocer la utilización del servicio y adaptarnos a las necesidades detectadas, recogiendo entre otras, las siguientes variables: fecha, hora, motivo de la llamada, lugar de origen y sector empresarial. También se registraron los datos relativos a accidentes y población protegida por Sector de Actividad. Los datos han sido analizados mediante un estudio descriptivo.

Resultados: De cada 100 trabajadores 3 utilizaron el servicio. El estudio de las llamadas por meses presentó una mayor incidencia en mayo, pico del lanzamiento de campaña. La franja horaria de mayor utilización es la comprendida entre las 10 y las 14 h. Los motivos de las llamadas corresponden a "Solicitud de información general" (71%), "Comunicación de Accidente" (23 %) y "Orientación médica" (6%. Un 78% de las llamadas se realizaron desde tan sólo 6 CCAA: Cataluña (26%), Andalucía (25%), Canarias (10%), Madrid (7%) y la comunidad Valenciana (6,5%) El Sector de actividad con mayor utilización a la Construcción (21%), seguido de Actividades Sociales y Servicios prestados a la comunidad (20%), Transporte (15%) y Hostelería (9%).
Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran una utilización tanto cualitativa como cuantitativa del servicio distinta a la esperada. La finalidad de la puesta en marcha del Servicio fue cubrir la necesidad de ofertar asesoramiento frente a potenciales Accidentes de trabajo, sin embargo tanto el estudio de franjas horarias como los motivos de llamada muestran el déficit que existía respecto a otro tipo de asesoramiento e información.
La mayor utilización por Sectores como la Construcción y el Transporte podría atribuirse a la movilidad geográfica que ambos precisan. El sector de la Construcción es además el de mayor volumen de población e incidencia de Accidentes de Trabajo.
Es intención de los autores potenciar la utilización del Servicio así como su conexión y cobertura mediante otros canales de comunicación afines a las necesidades detectadas y a maximizar la utilidad del mismo.
Contacto: Yolanda González García
ygonzale@mutuauniversal.net

C-270.- NECESIDADES DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA.
Martín MA, Perera P, Altarribas E, Serrano I.

Objetivos: Detectar las necesidades de los cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el HCU, cuidados que prestan y las relaciones que establecen con el equipo de enfermería
Métodos: Metodología cualitativa mediante cinco grupos de discusión de cuidadores familiares hasta saturación de resultados. Los participantes pertenecen a las unidades con mayor estancia media tanto quirúrgicas como médicas. Criterios de exclusión: cuidadores contratados, profesionales de la salud, personas con trastornos cognitivos y que el paciente fuera menor de 65 años.
Resultados: El perfil del cuidador: mujer, esposa o hija del enfermo, sin trabajo remunerado, mayor de 50 años y vive con el enfermo. Permanece unas diez horas con el paciente, vive en zona rural y tiene estudios primarios.
De los cuidados que proporcionan a sus enfermos conceden gran importancia a la alimentación y a la vigilancia.
La necesidad básica de los cuidadores que se ve más comprometida es la de descanso.
Elementos positivos: Perciben que en general el trato que reciben es bueno. Valoran el cariño de algunos profesionales. El personal de enfermería atiende a sus enfermos de forma adecuada y responde con rapidez y eficacia ante situaciones de crisis. El hospital trasmite seguridad a los cuidadores de enfermos graves. La información médica les parece adecuada.
Elementos de crítica a la organización: Durante la espera en el servicio de urgencias se sienten desatendidos. El equipo enfermero se muestra poco accesible y poco facilitador a la hora de solucionar problemas. No se atreven a dejar solos a sus enfermos. Exigencias a la institución: Acortar los tiempos de espera para asignar cama. Atenciones médicas para los cuidadores desplazados. Aumentar la vigilancia de los enfermos por la noche.
Control de ruidos y visitas. Mejorar los criterios para asignar camas. Sillones más cómodos y duchas para los cuidadores. Empatía, trato humano y agradable en todos los puntos del proceso asistencial. Mejorar la información al alta.
Asegurar que el traslado al domicilio se realiza de forma correcta.
Conclusiones: El cuidador es una figura clave para la atención del enfermo. Este cuidador es tomado como "recurso" y no como objeto de cuidado por parte del equipo enfermero. No está integrado de forma reglada en el cuidado del enfermo.
Hay elementos estructurales y de proceso que siendo mejorados, aumentarían la calidad de vida de los cuidadores.
Contacto: M. Ángeles Martín Burriel
eruber@able.es

C-271.- PLAN DE MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS.
Martín-Osorio JA, Salvado, Jordi Robles A, Pérez-Bartolí J Abello C.

Objetivos. Dar información durante todo el proceso asistencial y cumplimentar el consentimiento informado (CI) antes de las exploraciones de riesgo o de las intervenciones quirúrgicas es un derecho de nuestros pacientes y un deber de los profesionales del hospital.
En nuestro hospital había un gran número de CI diferentes y una gran variabilidad del uso de CI dependiendo de especialidades y servicios. Es por ello por lo que el Plan de Calidad, de acuerdo con los objetivos estratégicos del hospital, articula y pone en marcha este Plan de Mejora del CI para garantizar la información a los pacientes, mejorar su capacidad de decisión, proteger sus derechos y mejorar la satisfacción.
Métodos. El Plan de Mejora del CI consta de los siguientes componentes, con un desplegamiento secuencial: Definir el CI como objetivo de calidad asistencial y comunicarlo a los servicios y unidades. Elaborar recomendaciones sobre el proceso de información del CI por parte del comité de ética asistencial. Diseñar un documento de CI genérico para todo el hospital y unas hojas informativas para cada proceso. Cambiar circuitos para que el CI quede custodiado en la historia clínica. Nombrar médico dinamizador en cada servicio que actúa como referente del Plan de Mejora en el servicio.
Evaluar de la presencia del CI en las historias clínicas, mediante el estudio de una muestra significativa de historias por servicio en base a las intervenciones no urgentes.
Resultados. La presencia del CI en la historia clínica ha pasado del 69% en el año 2003, al 89,6% en el 2005. Ha aumentado también el número de hojas informativas disponibles, alcanzando actualmente la práctica totalidad de los procedimientos quirúrgicos. Todos los CI se encuentran dentro de la historia clínica.
Conclusiones. La implementación de las acciones de este plan ha comportado una mejora de la información a los pacientes. Los factores clave de la mejora han sido: la figura del facultativo dinamizador en cada servicio, disponer de hojas informativas de casi todos los procedimientos quirúrgicos, así como la modificación de los circuitos para garantizar la presencia del CI en la historia y, muy especialmente, la implicación de la Dirección Asistencial en todo el proceso.
Palabras clave: Consentimiento informado, Información, Ética
Conflicto de intereses: No existe
Contacto: Juan Antonio Martín Osorio
jamartin@vhebron.net

C-272.- MODELO DE GESTIÓN DE LA PSICODERMATOLOGÍA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD.
Marrón SE, Ferrando A, Artal A, Tomás L.

Objetivos. Objetivo General: mejorar la calidad de la asistencia en la atención por una parte del paciente dermatológico con sintomatología ansiosa y/o depresiva y por otra parte del paciente dermatológico psicosomático en el que el paciente sea el centro y el motor que oriente la atención especializada.
Objetivos específicos:
1. Garantizar una asistencia de calidad
2. Evitar demoras innecesarias en la atención de estos pacientes
3. Racionalizar el uso de los recursos disponibles
4. Mejorar la coordinación primaria-especializada, entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados
5. Promover una mejora de los procesos dentro del Servicio y del Sector
6. Mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes
7. Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados
8. Mejorar la satisfacción de los pacientes con una mejora constante de la información recibida.
9. Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

10. Identificar y priorizar la atención de los pacientes por una parte con sintomatología ansiosa y/o depresiva y por otra parte con patologías psicosomáticas dermatológicas prevalentes dentro del Sector de Salud.
Métodos: 1) Evaluación de las necesidades, tanto internas como externas; 2) Análisis del proceso; 3) Constitución de un equipo de mejora multidisciplinar en el que participan todos los implicados en el proceso; 4) Elaboración de vía clínica de atención al paciente con patología psicosomática cutánea y con sintomatología ansiosa y/o depresiva; 5) Reevaluación anual del proceso para detectar nuevas posibilidades de mejora con objeto de obtener una mejora continua del proceso.
Resultados: Con la consolidación del presente modelo de gestión que presentamos y en el que llevamos trabajando desde el año
2004 fusionamos dos proyectos de mejora de calidad y pretendemos conseguir la obtención de los diez objetivos planteados.
Conclusiones: Podemos concluir diciendo que: 1) la coordinación primaria-especializada obtenida en este proyecto va a ser el eje central en la consecución de los objetivos propuestos. 2) la implicación de la Gerencia de Sector facilitando su desarrollo.
Contacto: Servando Eugenio Marrón Moya
semarron@salud.aragon.es

C-273.- EL PLAN DE MEJORA DE GUÍAS CLÍNICAS. DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS.
Pérez-Bartoli J, Abello C, Ribera V, Planas MD, Alerany C, De Sancho JL.

Objetivos: El Hospital tiene como objetivo estratégico fomentar la práctica clínica efectiva y basada en la evidencia científica. Éste es también uno de los objetivos específicos del Plan de Calidad del Hospital. Para el desarrollo de estos objetivos, la Gerencia dispuso que el Plan de Calidad diseñara, implementara y evaluara un Plan de Mejora de Guías Clínicas para garantizar una mejor calidad en la asistencia por medio de la utilización de Guías de Práctica Clínica (GPC).
Métodos: El desarrollo del Plan de Mejora se planificó en varias etapas:
La primera: creación de un grupo de expertos que diseñaron la metodología de elaboración de GPC y tutelan todo el proceso.
La segunda: formación de profesionales asistenciales que tendrán que elaborar las GPC. Este proceso formativo se mantiene.
La tercera: elaboración de las GPC según el modelo diseñado en nuestro hospital.
La cuarta: validación de las Guías elaboradas, por medio de una evaluación interna por el grupo de expertos del hospital y de una evaluación externa, por una Agencia de Evaluación externa.
La última fase es la institucionalización de las Guías que han superado la validación. Se realiza en el Comité de Dirección. Dichas guías adquieren el carácter de Guías propias del hospital, con el soporte institucional para su implementación y seguimiento.
Resultados: El Plan de Mejora ha hecho posible disponer de una metodología, confeccionada por expertos, para la elaboración de GPC en un modelo avalado por nuestro hospital. Se ha proporcionado formación a más de 110 profesionales asistenciales por medio del Curso de Metodología de Elaboración de Guías de Práctica Clínica, del que se han realizado cuatro ediciones. Se han elaborado tres GPC según el modelo que han sido evaluadas por el grupo de expertos. Una de ellas no pasó la evaluación interna, otra debe incorporar las modificaciones sugeridas y una tercera ha incorporado ya las modificaciones propuestas en la evaluación, ha pasado a ser evaluada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas y se encuentra en la fase de prueba piloto de su utilización.
Conclusiones: El desarrollo del Plan de Mejora de Guías Clínicas ha promovido la formación de profesionales asistenciales y la elaboración de GPC según un modelo propio y con el aval del hospital. Todo ello redundará en la mejora continua de la calidad a través de una asistencia basada en la evidencia científica.
Contacto: Jaume Pérez Bartoli
jbartoli@vhebron.net

C-274.- ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN HOSPITAL.
Briansó M, Bosch J, Cavallé MC, Godall TM, Simón R.

Introducción: La gestión por procesos percibe a la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen a la satisfacción del cliente. La implantación de la gestión por procesos en nuestro centro se realizó de forma que el responsable de poner el proceso en control era un profesional (propietario de proceso) designado por la dirección.
Material: Algunos de estos procesos llamados procesos clave tienen múltiples relaciones y sobre todo afectan a diferentes partes de la organización. En estos procesos, su propietario puede tener verdaderas dificultades para realizar su evaluación y puesta en control. Paralelamente, la gestión por procesos en nuestro centro coexiste con la organización funcional y jerárquica clásica, estructurada en departamentos que dificultan la orientación al cliente.
Métodos: Esta metodología de implantación ha resultado dificultosa en la puesta en control de los procesos clave, ello nos ha llevado a definir 3 estrategias para el abordaje de la situación.
Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de las 3 estrategias diseñadas:
- Estrategia 1: el propietario de proceso es el responsable de poner el proceso en control (clásica).
- Estrategia 2: el proceso es puesto en control mediante una colegiación de propietarios.
- Estrategia 3: el propietario lidera un grupo de trabajo con la finalidad de poner el proceso en control.
Resultados: Los resultados obtenidos son los siguientes:
En cuanto al número de acciones de mejora detectadas, la E2 y E3 son más efectivas (E1=14, E2=25, E3=55).
También hemos encontrado importantes diferencias respecto a la complejidad de las acciones detectadas, a la implicación de los profesionales afectados y al incremento del número de profesionales responsables de la implantación de las acciones de mejora.
Utilizando la estrategia 3 se ha incrementado la riqueza del DAFO, obteniendo debilidades y amenazas que se han traducido en acciones de mejora de mayor impacto en el proceso.
Conclusiones: Esta experiencia nos permite sistematizar las estrategias de abordaje en las que los procesos de soporte y estratégicos son abordados exclusivamente con la estrategia 1 y los procesos clave son abordados por las estrategias 2 y 3 dependiendo de las áreas funcionales a las que afecta el proceso.
Contacto: Joan Bosch i Domingo
jbosch@grupsagessa.com

C-275.- INFLUENCIA DEL LIDERAZGO EN LA MEJORA DE LOS RESULTADOS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.
Ojeda-Pizarro S, Villalva-Montoro E, López-López D.

Las enfermeras supervisoras tenemos la responsabilidad de planificar, gestionar y poner todos los medios necesarios, para que los profesionales puedan mejorar su propio trabajo y la organización sea flexible, rápida y dé respuesta a los problemas de salud que presentan las personas a las que atendemos.
Objetivos: Utilizando la lógica REDER, evaluar los objetivos alcanzados en los resultados de la práctica de las enfermeras en el cuidado de los pacientes en 2 Unidades de Enfermería a lo largo de los 5 últimos años.
Material y Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal en el que se analizan los datos obtenidos en las 2 Unidades de Cuidados a través de las DPPOs, los SIS del hospital, autoevaluación, etc.
Las variables estudiadas son:
1. Valoración Inicial
2. Aplicación de Plan de Cuidados a pacientes
3. Informe de continuidad
4. Asignación de enfermera referente
Resultados:
UNIDAD DE CUIDADOS 6 A: Pacientes con patología de Neurocirugía

AÑO 2000	AÑO 2001	AÑO 2002	AÑO 2003	AÑO 2004	AÑO 200
1 27%	43,5%	31,3%	23,3%	54,50%	57,96%
2. 0%	0%	0%	14,23%	40,62%	55,82%
3. 8%	0%	65%	26,70%	36,40%	65,45%
4. ––	––-	–––	––-	––	57,96%

UNIDAD DE CUIDADOS 6 C: Pacientes con patología de Medicina Interna y ORL

AÑO 2000	AÑO 2001	AÑO 2002	AÑO 2003	AÑO 2004	AÑO 2005
1. 79%	29,2%	17,1%	47,80%	53,60%	79,98%
2. 0%	0%	32,17%	83,94%	62,50%	60,81%
3. 5%		16,50%	34,80%	44,10%	63,61%
4. ––	––-	––-	––-	38,60%	64,65%

En la exposición se facilitarán muchos más datos de resultados y del proceso de implantación.
Conclusiones: La implantación de una estrategia de Calidad Total requiere de muchos factores y sin duda hay dos fundamentales: fijar los resultados que queremos a través de un OBJETIVO CLARO Y UN LIDERAZGO capaz de llevarlo a efecto; en nuestro caso sabíamos lo que queríamos hacer "prestar cuidados de la más alta calidad a nuestros pacientes" y lo pusimos en práctica con un cambio en la manera de hacer, con un impulso facilitador, comprometido y a través de la evaluación de nuestra práctica.
Contacto: Sonsoles Ojeda Pizarro
sojeda@hrs.sas.junta-andalucia.es

C-276.- ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD COMO GARANTÍA DE CALIDAD.
Lucas-Imbernón FJ, Lorenzo-Gómez Aldaravi J, Llamas-Fuente F, Gómez-Garrido J, Navarro-Martínez A, Comisión de Mortalidad

Introducción. La Comisión de Mortalidad (CM) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) es un grupo técnico multidisciplinar para la mejora de la calidad formado por expertos, y que facilitan la labor directiva por su apoyo a la dirección, según se define en el RD 521/87. El Objetivo general de la CM es: Conocer las causas de la mortalidad en el CHUA analizando el proceso asistencial a partir de la Historia Clínica.
Objetivos. Análisis de la actividad de la Comisión de Mortalidad del año 2005.
Material y Métodos. Estudio descriptivo y transversal de la actividad de la CM del CHUA en el año 2005. Material: Documentación de la CM del año 2005: Citaciones; Actas; Notas; Historia Clínica (HC) de Archivos y Documentación; Ficha de recogida de datos; Anexos de Carpeta de Calidad. Metodología: análisis descriptivo de la actividad de la CM establecida en: Nº de miembros; nº de reuniones; nº miembros/reunión; Análisis de objetivos establecidos; Análisis de mortalidad global; tasa de autopsias; nº notas aclaratorias: Memoria de Actividad.
Resultados. Nº de miembros,12 (FEA: Urgencias, Medicina Interna, Oncología, Anatomía Patológica, Admisión y Documentación, Nefrología, Medicina Preventiva); Nº reuniones, 11; Asistencia de los Miembros a reuniones 58,33% (IC: 44,10-72,56%); Nº de HC seleccionadas para revisar, 157 de 725 exitus del CHUA (nº de HC revisadas, 104 (66,24; IC 58,84-73,64): el 84,31% de los éxitus del Servicio de Urgencias; el 59,42% de los exitus de menos de 48h de estancia en hospital; el 50% de los exitus de pacientes de <50 años; el 53,84% de la mortalidad perioperatoria; el 100% (2/2) de las pedidas para su estudio por la Dirección Médica. El % de HC de fallecidos con Informe de exitus (IE) antes de 15 días fue del 96,48 % (1.125/1.166: año 2005). La tasa de necropsias fue del 3,58 % (26/725; IC:2,23-4,93%). Tasa de petición de revisiones de IE a los servicios fue de 26,47% (27/102; IC:17,91-35,03). Tasa de respuesta de los servicios 37,03% (10/27; IC:21-53%)
Conclusiones. La Comisión de Mortalidad del CHUA constituye una de las comisiones más activas.
La revisión de las HC de éxitus es elevada en los aspectos más reseñables (menores de 50 años; Urgencias; menos de 48 h; perioperatoria). Casi todas las HC de exitus tienen el IE antes de 15 días. La tasa de necropsias es bajo. Los servicios deben mejorar los IE para disminuir las peticiones de revisión de los mismos.
Contacto: Franciscp Javier Lucas Imbernón
fjlucasi@sescam.jccm.es; javierlucas@ono.com

C-277.- GESTIÓN DEL ROL ENFERMERA GESTORA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA.
Musitu- Pérez MV, Ube-Pérez JM, Urzanqui M, Gómez F.

Introducción: La Fundación Hospital de Calahorra ha vivido numerosos cambios organizativos desde su apertura, hace ya casi 6 años. Desde su inicio en el cual el Hospital estaba jerarquizado de forma vertical hasta hoy en el que se han creado Unidades de Gestión Clínica y la enfermería ha pasado a tener un papel como Gestora de dichas Unidades. Se ha minimizado el papel de la Dirección de Enfermería pasando los Enfermeros Gestores a tener autonomía en la toma de decisiones tanto de recursos humanos, como materiales. La alternativa a la Hospitalización tradicional ha sido la Gestión por Procesos.
Objetivos: El objetivo principal es implantar la Gestión por Procesos dependiente de la Unidad de Gestión Clínica Hospitalización de la Fundación Hospital Calahorra (La Rioja).
Métodos: El Proceso de Hospitalización Médica (PHM) fue seleccionado en el año 2001 por parte del equipo Directivo de nuestro Hospital, como Proceso clave. Se formó un equipo de trabajo y se formó a dicho personal en modelos de calidad (EFQM) y gestión por procesos.
Tras dicha formación, el equipo del Proceso, diseñó y redactó dicho proceso y en el año 2004 se obtuvo certificado de calidad según norma ISO 9001:2000 por parte de la empresa Det Norske Veritas.
En el año 2005 se crearon las Unidades de Gestión Clínica y fueron los Coordinadores de Enfermería nombrados Gestores de las mismas.
Resultados: Durante los 4 años de implantación del PHM, se han medido indicadores de calidad (estancia media,% de mortalidad ajustada a riesgo,% de reingresos, satisfacción del paciente, incidencia de caídas, fugas, flebitis, úlceras por presión,% de Planes de Cuidados de Enfermería realizados, así como altas, reclamaciones, etc.), y se han implantado y evaluado dos vías clínicas, además de hacer propuestas de líneas de mejora (codificación elaboración de informes de alta, mejoras en tratamientos a través de órdenes médicas, incadores de errores en la administración de medicación, etc.)
Esta metodología de trabajo sirvió de modelo a seguir por otros procesos claves estratégicos y de soporte de la Fundación Hospital Calahorra.
Conclusiones: La puesta en marcha del PHM nos ha permitido sistematizar y estandarizar todas las actividades propias de la Unidad de Hospitalización y mejorar todos los flujos de trabajo.
Desde la puesta en marcha de la Unidad de Gestión Clínica y el Enfermero como gestor se ha mejorado el trabajo en equipo, mayor involucración de los profesionales en los resultados de Calidad y el proceso de mejora continua.
Contacto: Mª Victoria Musitu Pérez
vmusitu@fhcalahorra.com

C-278.- ¿CALIDAD EN LOS CUIDADOS? HACIA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA.
Suárez González TV, Fernández-Orviz F, Roibás-Valdés A, Ron-Martínez N, Sánchez-Gómez B, Duarte Clíments G.

Objetivos. La calidad en los cuidados hospitalarios, la gestión de cuidados, es un aspecto que cada día tiene una mayor importancia dentro de la calidad hospitalaria. Se diseña un Plan de Mejora de la Calidad de los Cuidados con lo siguientes objetivos:
- Mejorar la calidad en los cuidados a la población atendida
- Analizar la Enfermería del Hospital del Oriente de Asturias
- Diseñar líneas de desarrollo para la Enfermería
- Mejorar el clima laboral

Método. La Gerencia incorpora un nuevo director de enfermería, y contrata los servicios de una consultoría externa específica en gestión de cuidados. Se realiza un análisis de la situación de partida, y se diseña un plan de mejora de la calidad de los cuidados, articulada a partir de cinco grandes áreas:
- Gestión Clínica
- Reingeniería de los procesos "cuidados"
- Sistema de Información
- Pequeñas Cosas
- Comunicación

Se inicia así un proceso de mejora continua de la calidad de los cuidados, se crea una Comisión de Calidad de los Cuidados y se forma al personal clave de Enfermería. La inversión global en este plan de calidad es 135.639,81 euros.
Resultados. Tras los primeros nueve meses de trabajo los resultados obtenidos son:
- Mejora en los indicadores de efectividad hospitalaria ligada a los cuidados –tasa de infecciones, UPP, caídas, mejora funcional en AVD...-
- Mejora de la eficiencia hospitalaria: reducción de gastos hospitalarios ligados a cuidados.
- Mapa de procesos cuidados por unidades hospitalarias.
- Manual de procedimientos de enfermería, lenguaje NIC, - aceptado por Joint Comisión, 1994-
- Reingeniería de procesos.
- Personalización de la asistencia.
- Manuales de acogida a usuarios y profesionales.

- SSII centinela, con cuadro de mando disponible en la Intranet, según perfiles de usuario
- Sistema de entrenamiento virtual de enfermeras –SEVEN- disponible en Intranet para la gestión clínica
- Implantación de Gestión Clínica de los cuidados basado en los lenguaje: NANDA, NOC, NIC
- Implantación de informes de continuidad de cuidados al alta, automatizados vía intranet

Conclusiones. Los resultados iniciales reflejan la mejora de la calidad, del clima laboral y de la eficiencia hospitalaria. A través de las líneas de desarrollo se establecen redes de comunicación interniveles que garantizan la continuidad de cuidados y el desarrollo de la investigación en cuidados.

Contacto: Tácito Virgilio Suárez González
gerencia.gae6@sespa.princast.es

C-279. EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS EN UNA CCAA.

Hilarión P, Suñol R, Grané M, Molina C.

Objetivos: 1) Presentar la experiencia de evaluación de indicadores de calidad en las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y urgencias en el ámbito de una comunidad autónoma. 2) Establecer la situación basal de cumplimiento de los Indicadores de calidad consensuados. 3) Identificar oportunidades de mejora para el sector.

Metodología: Se han evaluado 29 indicadores agrupados en 5 dimensiones. Los indicadores fueron consensuados con los centros, profesionales, patronales y la administración, con soporte metodológico y técnico específico. Las dimensiones evaluadas son atención al paciente y familia, aspectos relacionales y derechos de los usuarios, confort y entorno de la atención, organización y gestión del centro y coordinación de la atención con otros niveles asistenciales. Se realizó un estudio observacional descriptivo con muestreo aleatorio de casos atendidos durante el período previo a la revisión; los resultados tienen una precisión del 2,13% y una confianza del 95%. Se realizó una prueba de concordancia entre evaluadores por una entidad independiente

Resultados: 21 centros evaluados. HC revisadas: 1260. 1) Porcentaje de cumplimiento de los indicadores en el sector de 45,6%. 2) El cumplimiento por dimensiones ha oscilado entre el 19% de la dimensión organización y gestión de la unidad y el 71,4% de la dimensión coordinación de la atención entre niveles. 3) Los aspectos relevantes con mejor puntuación son la confidencialidad de la información, el tratamiento farmacológico y la continuidad de la atención y los de menor cumplimiento son la valoración sistemática de los riesgos del paciente, medidas de seguimiento de los pacientes con contención física y los protocolos clínicos y organizativos de la unidad.

Conclusiones:1) Ha sido posible el consenso de indicadores de calidad técnica con todo el sector de psiquiatría de agudos. 2) El presente estudio ha permitido la 1ª evaluación de calidad de todas las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y urgencias de una comunidad. 3) Los resultados obtenidos ponen de manifiesto las áreas de mejora necesarias y las oportunidades de mejora en temas de seguridad de los pacientes y resultados de la atención.

Contacto: Pilar Hilarión Madariaga
philarion@fadq.org

C-280.- PLANIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL

Rodríguez JM, Elosegui M, Olano JG, Zulueta C, Segura P, Castro C.

Introducción. Se va a realizar la Planificación de un SGC en el Proceso de Hospitalización Tradicional (excluida la hospitalización de día), basado en una gestión por procesos orientada en la norma ISO 9001 de 2000. Se pretende que después de su planificación y posterior implantación, sea certificable.

Material y Métodos

* Constitución de un "equipo de proceso" multidisciplinar.
* Designación como "propietario" del proceso a las Direcciones asistenciales.
* Empleo de una metodología de gestión por procesos basada la "Guía de gestión por procesos e ISO 9001 de 2000 en las organizaciones sanitarias".
* Apoyo metodológico por la Unidad de calidad y la UGS.
* Asesoramiento de consultoría externa.
* Uso de la "web local" para la presentación y discusión de la documentación elaborada.

Resultados

* Definición de un mapa del proceso, en el cual han quedado claramente identificadas las "fases críticas" del proceso, así como la retroalimentación de la información que sirve para la mejora continua.
* Se ha elaborado un manual de calidad y se han documentado las actividades de las fases críticas.
* Para la "gestión operativa del proceso", se ha realizado un "cuadro de mando" que incluye indicadores de actividad, rendimiento y de calidad. Asimismo se ha diseñado una "base de datos" interactiva para gestionar las "incidencias" que ocurran en las actividades operativas y en sus interacciones con otros procesos.

Conclusiones

1.- El sistema diseñado, facilita la obtención de la información necesaria para saber si somos eficaces y para mejorar la comunicación interna.
2.- Se ha conseguido dotar al proceso de una estructura organizativa y de un sistema de gestión orientado a la "mejora continua".
3.- En este marco organizativo nuevo, pensamos que es más fácil la implantación de vías clínicas o "trayectorias clínicas" en los procesos más prevalentes o de mayor impacto en la actividad asistencial.
4.- Una vez implantado, el SGC que hemos diseñado pensamos que da respuesta a los requisitos de la norma ISO 9001 de 2000.

Contacto: Juan M. Rodríguez Le Halper
jmrodri@hbid.osakidetza.net

C-281.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN LABORAL DE PROFESIONALES FACULTATIVOS DE ÁREAS CRÍTICAS.

De la Torre-Prados MV, García-Alcantara A.

Objetivos: Conocer la situación laboral de los profesionales del sistema sanitario público, con especial relevancia en facultativos de áreas críticas.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo en un ámbito geográfico autonómico específico. Se elabora un cuestionario anónimo con cuarenta cuestiones, diez abiertas y resto cerradas. La muestra incluye facultativos médicos con ejercicio en áreas críticas y relacionados con asistencia a eventos científicos específicos y a través de correo convencional, durante el periodo octubre de 2004 a noviembre de 2005. Las variables laborales evaluadas son el contrato laboral, vacaciones anuales, periodo en esa situación, número de guardias al mes e incidencia y motivo de baja laboral.

Resultados: Se analizaron un total de 184 cuestionarios, 52,5% del total distribuido. La edad media fue de 37,64 ± años con un rango de 25 a 60 años. El 61% eran varones. La situación laboral estaba distribuida en contratos de formación 23% (n=42), estables 47% (n=87) e inestables el 30% (n=55). El periodo medio en años de esa situación laboral en los inestables (contrato temporal o de atención continuada) se situaba en 3±2,35 años con un rango de 1 a 16. La cifra media de guardias al mes en los estables (n=79) era de 6,5±1,9, en los inestables (n=50) 7,3±1,7 y en el personal en formación (n=41) 5,9±1,4. Un 20% de los evaluados (n=36) no disfrutaban de vacaciones anuales. La baja laboral con exclusión de la maternal estaba presente en un 27%, siendo el motivo mas importante la traumatológica en un 44%.

Conclusiones: La situación laboral de los profesionales facultativos de áreas críticas requiere modificaciones importantes que hagan compatible el ejercicio profesional excelente, por la adquisición de competencias, con un marco laboral que garantice la estabilidad laboral y el respeto a los derechos fundamentales de la persona, aspectos básicos regulados en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y en la Ley 55/2003 del Estatuto Marco.

Contacto: Mª Victoria de la Torre Prados
med009666@nacom.es

C-282.- INCENTIVACIÓN DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Fernández-Conde J, Martínez-Villegas J.

Objetivos: Implantar un sistema de incentivación propio de las Unidades Administrativas (UUAA) de la Gerencia de Atención Primaria (GAP). Crear un modelo de incentivación que responda a las demandas

de los profesionales de las UUAA y que, simultáneamente, sea una herramienta de la GAP para articular sus proyectos de calidad.
Métodos: A finales del año 2002 la GAP hizo una apuesta estratégica por las UUAA y su profesionalización. Este proyecto, denominado Programa ACTUA, incluía entre sus objetivos el definir un sistema de incentivación para las UUAA. Un grupo de expertos definió y parametrizó sus requisitos: a) Basado en la fórmula de la eficiencia; b) Recogido en el Contrato de Gestión firmado con los Equipos de Atención Primaria (EAP) y consecuencia de sus objetivos; c) Integral: abordando objetivos del EAP, de la UUAA e individuales; d) Flexible: modificable cada año en función de nuevos objetivos; e) Compatible y armónico con el sistema general de incentivación de los EAP; f) Transparente: en diseño anual, sistemas de información, evaluación y resultados.
Resultados: En los años 2003, 2004 y 2005 este nuevo sistema ha sido el utilizado para incentivar a las UUAA. Del "presupuesto inicial" de incentivación para UUAA, un 35% se asocia a los objetivos del EAP. Un 60% a la eficiencia (producción por calidad) de la UUAA. Un 5% a aspectos individuales. Así, en el diseño de incentivación por UUAA del año 2005, en su fórmula de eficiencia se pondera la producción (carga de trabajo asociada a 29 datos de actividad mensual) con la calidad (23 indicadores evaluados). Entre los resultados parcialmente imputables a este nuevo sistema están: mejora un 53,4% la calidad de las propuestas de Tarjeta Sanitaria; apertura de horarios en la atención al usuario; mejora un 54,5% la calidad de la atención telefónica; mejora de la calidad y plazos de remisión de la estadística mensual y de las confirmaciones de guardia.
Conclusión: Este sistema de incentivación se puede considerar consolidado y asumido por profesionales y GAP. Se muestra como muy efectivo en los procesos de implantación de nuevos programas o de oportunidades de mejora. Las UUAA parecen sensibles a los programas de calidad que combinan formación permanente, evaluación e incentivación
Contacto: Julio Fernández
juliof@sescam.org

C-283.- ¿SABEMOS RESPETAR LA CONFIDENCIALIDAD?.
Hernando-Uzkudun A, Valois-Núñez MC, Iraburu-Elizondo M.

Objetivo. La intimidad es un valor emergente en nuestra sociedad y un derecho protegido en nuestro ordenamiento jurídico. Nuestro hospital participó en un estudio multicéntrico cuyo objetivo era recoger y analizar los conocimientos teóricos, comportamientos en la práctica y opiniones de los profesionales del Hospital, médicos y enfermeras, sobre la confidencialidad, centrándonos en dos aspectos: el acceso a los datos del paciente y el tratamiento de estos (divulgación).
Metodología. Participación en un grupo de trabajo multicéntrico constituido al efecto, cuyo primer cometido fue revisar y mejorar la encuesta base, con sugerencias a las preguntas existentes y planteamiento de nuevas. La encuesta final tiene 21 preguntas cerradas y una abierta. Fue enviada nominalmente a médicos y enfermeras del Hospital, acompañado de una carta de presentación del estudio y conteniendo otro sobre para que el destinatario pudiera reenviarla una vez cumplimentada, de forma anónima. Se diseño una base de datos y se introdujeron los resultados en la misma para su análisis estadístico. Finalmente se elaboró un informe con unas recomendaciones finales.
Resultados. Se recogieron 518 cuestionarios cumplimentados de los 1520 emitidos (34,1%). El 30% eran médicos y el 37% enfermeras; la edad media de 46 años. El 96,5% entienden claramente lo que es la intimidad. Se aprecia la influencia de las variables sexo y profesión en varias cuestiones, casi siempre a un mayor celo en el respeto a la confidencialidad por parte de las mujeres y enfermeras de profesión. Un mayor porcentaje de respuestas consideradas correctas entre los profesionales comprendidos entre 41 y 50 años. Algunas respuestas están condicionadas por la profesión, o por el lugar de trabajo como la celebración de sesiones clínicas o la utilización de claves personales de acceso a las Historias de los pacientes. Se observa un mayor conocimiento teórico del tema por parte del colectivo médico, lo cual no guarda relación con la importancia que el mismo colectivo muestra a la hora de salvaguardar la información confidencial. En el colectivo de enfermería apreciamos un menor conocimiento teórico sobre las cuestiones mencionadas, siendo sin embargo mayor la preocupación por guardar la confidencialidad de los datos.
Conclusión. En general se percibe que "se sabe lo que se debe hacer" pero no se lleva a la práctica con el rigor necesario, lo cual indica más un problema de actitudes y de cultura organizacional que de conocimientos sobre el tema.
Contacto: Amaia Hernando Uzkudun
ahernand@chdo.osakidetza.net

C-284.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: DESPLIEGUE DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SEGÚN LA METODOLOGÍA REDER DEL MODELO EFQM.
Moreno M, Sanchez MJ, Rodríguez M, Fariñas C, Martínez C, Díaz E.

Objetivos: Formar a los profesionales de enfermería para una eficaz respuesta ante una situación de paro cardiaco en cualquier lugar del hospital y evaluar el grado de satisfacción de los profesionales que reciben los talleres formativos, en el marco de la capacitación básica impartida en nuestro hospital, utilizando para ello la metodología REDER del modelo EFQM.
Metodología: En el año 2000, a raíz de la implantación del equipo de parada cardiopulmonar centralizado en el hospital, se inició la formación específica del personal de enfermería. Esta actividad cesó en 2001 por falta de estructura organizativa. En 2005 se retomó la actividad dentro de las acciones de mejora detectadas en el ámbito de la formación, tras la realización del segundo ejercicio de autoevaluación EFQM en el hospital. Se elaboró el enfoque, despliegue y la evaluación y revisión de la acción. Se identificó a un nuevo propietario del Proceso y se diseñó la estructura y contenido del Taller (horas, contenido según las nuevas recomendaciones, acreditación año 2006, programación anual, inscripciones a través de la Intranet). Así mismo se incluyó la evaluación del desarrollo del Taller, con una periodicidad de 2 años o siempre que existan cambios y el impacto de los mismos mediante encuestas de satisfacción. La formación en RCP se ha incluido en el Plan de Excelencia del hospital.
Resultados: En la primera fase de la formación se capacitaron 218 profesionales de enfermería. Los talleres eran impartidos por anestesistas. A partir de 2005, las propietarias del proceso son dos enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos. Se han realizado 27 talleres, con un total 248 profesionales capacitados. Los resultados de la encuesta de satisfacción superan el 9,5 (de un máximo de 10) en todos los items (interés, organización, profesorado, utilidad y interés en repetirlo).
Conclusiones: Una acción formativa estructurada y diseñada de acuerdo a las necesidades de los profesionales a quien va dirigido y utilizando al metodología del modelo EFQM, se traduce en una mejora atención al paciente y una mejora de la calidad en nuestros cuidados.
Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

C-285.- EL PRGRAMA DE ACOGIDA DE NUEVOS TRABAJADORES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA. EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.
Leal-Llopis J, Cortes-Parra C, Ortells-Rodríguez MJ, García-Oltra E, Martínez-Albaladejo Y, Calvo-Bohajar M.

Objetivo. Evaluar el programa de acogida y la formación impartida a los trabajadores de nueva incorporación
Material y Método. Se diseño un nuevo plan de acogida para los nuevos profesionales de enfermería que se incorporaban a nuestro hospital el pasado verano. Dicho plan constaba entre otros aspectos de una entrevista personal, una sesión informativa del funcionamiento y estructura global del hospital y la entrega del manual de acogida al nuevo trabajador. En el 2005 incluimos como aspecto novedoso la realización de una actividad formativa teórico-practica voluntaria de 32 horas de duración, previa a la incorporación de aquellos profesionales de enfermería que iban a trabajar durante los 3 meses de verano en unidades de hospitalización. Para evaluar dicha actividad se realizo una evaluación del alumnado al finalizar el bloque teórico y otra reevaluación una vez realizado el periodo practico y pasados 15 días desde la incorporación a su puesto de trabajo habitual para el periodo de contratación.
Resultados. En la primera evaluación todos los criterios presentaban un alto nivel de satisfacción, prevaleciendo con mayor puntuación (1 sobre 10) la aplicabilidad de los contenidos (8,75), la atención y trato recibido (8,37) y la organización (8,37). Así mismo, todos los profesores fueron

valorados en cuanto a conocimientos y capacidad expositiva por encima del 7,5. Entre las sugerencias expresadas por los alumnos estaban principalmente el dedicar más tiempo y el profundizar en algunos temas.
En la 2ª evaluación todos los criterios relativos a la evaluación del bloque práctico estaban por encima de 7 pero se valoraron mejor el conocimiento del funcionamiento de las unidades donde voy a trabajar y los protocolos que se utilizan. Respecto a la evaluación global del curso resalta como mas positivo la aplicabilidad de los contenidos (7,5) y la adecuación de los expuesto con la realidad de lo que se hace (8,5).
Como aspectos a mejorar se expresa el dedicar mas tiempo y entregar material de apoyo de la actividad formativa, y como aspecto positivos se expresa que la iniciativa es muy buena y que se mejora la incorporación en el hospital.
Conclusiones. La normalización de la incorporación de los nuevos trabajadores esta ampliamente demostrada como una herramienta de mejora de la adecuación de los trabajadores a su puesto de trabajo. En nuestro estudio, a la vez hemos intentado resaltar la aceptación que este tipo de actuaciones tienen por parte de los trabajadores.
Contacto: Jesús Leal Llopis
jesus.leal@carm.es

C-286.- PROGRAMA DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE URGENCIAS.
Del Castillo-Olivares Pantoja C, Navarro-Ortega S, Morales-García E, Noguera-Quijada C.

Durante el periodo vacacional de verano (3 meses) se produce el mayor porcentaje de contratación simultanea de personal de Enfermería para la realización de sustituciones.
En nuestro Servicio de Urgencias se incorporan 15 DUEs, 11 AEs y 10 celadores.
Para minimizar el impacto que esto puede ocasionar en la organización, dinámicas de trabajo y actividades de cuidado, dentro del servicio hemos desarrollado un plan de integración para estos trabajadores de nueva incorporación.
Objetivo. Mejorar la integración en la organización de la unidad de los nuevos profesionales.
Mejorar el grado de satisfacción del personal de la unidad.
Material y Métodos
- Reunión de todo el personal de nueva incorporación para la presentación del plan de acogida.
- Exposición acompañada de medios audiovisuales de la estructura física del hospital y la ubicación de las diferentes áreas asistenciales.
- Sesión sobre Higiene Hospitalaria impartida por el Servicio de M. Preventiva
Celadores
- Curso teórico practico de Movilización de pacientes de 10 horas de duración. Este curso es impartido por el personal celador de las diferentes áreas asistenciales.
- Visita guiada por las diferentes áreas del hospital para que conozcan los diferentes circuitos y su funcionamiento.
- Entrega de las funciones y actividades del Servicio de Urgencias.
Auxiliares y Enfermeras
- Funcionamiento general de la unidad de urgencias, aparataje, circuitos de actividad asistencial...
- Entrega de las funciones y actividades de cada uno dentro del servicio.
- Nociones básicas sobre el programa informático Selene con la especificación para cada una de las categorías.
- Seminarios de formación especifica teórico/prácticos:
1- Cirugía / Traumatología
2- Actuación Cuarto de Críticos
3- Atención al paciente pediátrico
4- Clasificación de pacientes (solo enfermeras).
- Incorporación al trabajo formando equipo con una enfermera o auxiliar de la unidad.
- Valoración de la satisfacción del plan de acogida a todo el personal de nueva incorporación así como a la plantilla habitual, realizando dos encuestas especificas para cada grupo, con las que se realizara posteriormente un estudio descriptivo.
Resultados y Conclusiones
- Pendiente de evaluar los resultados obtenidos este verano tras las encuestas realizadas.
- Un buen plan de incorporación incide directamente en la integración efectiva en la Unidad, que se traduce en un menor impacto asistencial, así como una mejor relación laboral de colaboración con el personal de la Unidad.
Contacto: Carmen Noguera Quijada
cnoguera@fhalcorcon.es

C-287.- MEJORA DE LA DOCENCIA DE RESIDENTES MEDIANTE UN ENFOQUE DE GESTIÓN DE PROCESOS.
Sánchez E, Toro C, Cura J, Colina A.

La docencia constituye un elemento de la misión, visión y valores de nuestro Hospital. Constituye, por lo tanto, un proceso relevante en nuestro centro. La gestión de procesos es una herramienta de calidad para la mejora continua en todas las actividades de nuestra organización.
Ámbito: Hospital de Agudos con 700 camas; 129 Residentes, de 25 especialidades.
Objetivo: Mejorar la docencia de residentes y su satisfacción con la formación.
Metodología:
• Rediseño del proceso "Docencia MIR,FIR,PIR", según metodología de gestión de procesos a partir de octubre de 2004.
• Aprobación por la Comisión de Docencia del mapa del proceso, requisitos de calidad, indicadores y objetivos 2006.
• Implantación de las siguientes acciones de mejora:
1. Mejora de las instalaciones docentes: ordenadores, software, etc.
2. Programación de Sesiones Clínicas Generales y Sesiones de Actualización, impartidas por los Servicios del Hospital.
3. Implantación de un "Programa Común Complementario" para los residentes (132 horas en 3 años de residencia), orientado a la adquisición de competencias comunes para las diversas especialidades en las siguientes áreas: clínica, investigación, comunicación con el paciente, comunicación profesional, bioética, legislación, medicina basada en la evidencia, gestión y calidad.
4. Plan Anual de Formación Médica continuada, complementario de la Formación en Servicio, elaborado tras una detección sistemática de necesidades formativas, dirigido también a los residentes. Ofertadas 49 acciones formativas generales durante 2005, y 60 durante 2006.
5. Difusión sistemática de las actividades docentes por vía electrónica y Web.
6. Evaluación anual de la calidad docente de los Servicios acreditados, de los programas de formación, y pacto de objetivos de mejora con los Servicios.
7. Evaluación anual de la satisfacción de los residentes con su servicio y con el programa de formación, mediante encuesta especialmente diseñada.
Resultados: La valoración global positiva (% respuestas bueno, muy bueno y excelente) por los residentes del Servicio de adscripción ha pasado del 58% en 2005 al 78% en 2006, y del 64% al 77% al valorar globalmente el último año, superando en ambos casos los objetivos planteados (70% y 75% respectivamente).
Conclusiones: La gestión sistemática de un proceso facilita la consecución de objetivos de mejora. En nuestro caso, la metodología de gestión de procesos nos ha ayudado a estructurar mejor los recursos y actividades docentes, y a mejorar la percepción de los residentes.
Contacto: Elena Sánchez González
esanchez@hbas.osakidetza.net

C-288.- IMPACTO FORMATIVO GLOBAL DE LAS ACCIONES DE ENTRENAMIENTO PROFESIONAL EN MEDICINA.
Alarcón L, Villen JA, Vaquez J, Sánchez C, García F, Vazquez G.

Introducción: El conocimiento médico y las habilidades para aplicarlo presentan un crecimiento exponencial, lo que obliga a considerar la formación continuada como una necesidad estratégica para asegurar la calidad de las prestaciones asistenciales. Por otro lado el ciclo de calidad, aplicado a las actividades formativas sanitarias, obliga a evaluar objetivamente los resultados educativos obtenidos en diversas dimensiones.
Objetivo: Valorar el impacto de las acciones formativas de una Institución Pública dedicada al entrenamiento profesional sanitario con ámbito Autonómica; el impacto se define como la repercusión

positiva de mejora que ejerce una acción formativa sobre la conducta y habilidades de un profesional.
Método: Se ha realizado un estudio de campo de base hospitalaria, con una muestra de 59 médicos que recibieron un entrenamiento asistencial, junto con técnicas de comunicación y trabajo en equipo. La evaluación se realizo con un cuestionario recogido online, que analizaba 9 dimensiones; y que se pasaba transcurridos 2 meses del entrenamiento
Resultados: la práctica profesional se modifico en el 95 % de los participantes, destacando un 80% que en mayor o menor medida había mejorado su auto seguridad, habilidades adquiridas solo pudieron aplicarlo en la practica real un 64%; sin embargo sin embargo el 75% consideraron que la organización de su entorno mejoro después del curso, y también el 85 % señalaron como muy positivo la mejoría en la relación con los pacientes; el 80% encontró las metodologías docentes adecuadas.
Conclusiones: en nuestro contexto, las acciones formativas mejoran entrenamiento profesional en sus diversas vertientes; la valoración positiva de la práctica colaborativa y la relación con los pacientes, pone en evidencia la necesidad de incorporar estos temas al entrenamiento profesional.
Contacto: Lourdes Alarcón Martínez
lourdes.Alarcón@iavantefundacion.com

C-289.- UN SOPORTE DE LA COMUNICACIÓN INTERNA. EL TABLÓN VIRTUAL DE PERSONAL.
Noriega A, Fernández S, Dierssen T, Bustamante A.

Objetivos: Canalizar la información generada desde las distintas áreas de los departamentos de personal a través de un entorno virtual alojado en VindioNet, la intranet corporativa del Servicio Cántabro de Salud y ofrecer así a los profesionales un entorno uniforme y validado de información, como parte fundamental del Plan de Comunicación Interna de todo el Servicio Cántabro de Salud.
Métodos: Se canaliza la información generada desde cada uno de los departamentos de recursos humanos del área de salud a través de un Sistema de Gestión de Contenidos, mediante el cual cada una de las noticias que se han de colgar en el tablón físico se colocan previamente en una base de datos y se someten a un proceso de validación consistente en asignar un código de color y un número de verificación único para cada noticia. Una vez validada se registra en el panel correspondiente del tablón virtual siendo así accesible desde cualquier puesto de trabajo informatizado.
Resultados: Se habilita un tablón que recoge la información generada desde los diferentes departamentos de RRHH de cada una de las gerencias del servicio de salud. Durante el periodo de los dos primeros meses de prueba en la Subdirección de RRHH del Servicio Cántabro de Salud y durante el periodo de 15 días de paulatina implantación en los diferentes hospitales y centros de salud podemos destacar los siguientes resultados: se han colocado un total de 225 noticias correspondientes a 10 áreas diferentes, destacando principalmente la referente a Selección y Provisión con 159 del total y como menos usado el referente a Personal Funcionario con 1 noticia; se han registrado un total de 1422 accesos a consultar el tablón y se ha cambiado completamente el aspecto visual del tablón físico correspondiendo prácticamente en su totalidad con el aspecto del tablón virtual.
Conclusiones: Mediante la puesta en marcha del Plan de Comunicación Interna del Servicio Cántabro de Salud durante el segundo trimestre de 2006 se pretende acercar la información a los usuarios valiéndose de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y generando así un espacio único y uniforme de información relevante para todos los profesionales.
Contacto: Ángel Noriega García
anoriega@dg.scsalud.es

C-290.- EL CMBD Y LA GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO.
Martínez-Ortega MC, Martínez A, Riera A, Barrio J, Blanco G, Conesa M.

Objetivos: La revisión de historias requiere gran inversión de tiempo y esfuerzo. Optimizar los sistemas de información disponibles nos permitirá minimizar la revisión de historias. Para ello, necesitamos comparar la efectividad del CMBD en la fase de 'cribado' de identificación de eventos adversos en el ámbito hospitalario con la revisión manual de historias.
Métodos: Se revisan las altas del periodo 4-10 de Junio de 2005, por parte de un equipo de enfermería entrenado. Se recogen los datos según la metodología del Proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos), adoptada dentro del Estudio ENEAs (Estudio Nacional de Efectos adversos ligados a la hospitalización).
Se comparan los resultados obtenidos en la fase de 'cribado' de identificación de efectos adversos y los resultados que se habrían obtenido directamente del CMBD.
Resultados: Las altas a revisar fueron 156. Los resultados obtenidos de la revisión manual de historias: 20 se excluyeron por estancia menor 24 horas. De las 136 restantes, 58 tienen criterios de cribado positivo (37.18% sobre casos totales, 42.65% sobre casos susceptibles de cribado) y pasan a ser revisados por médicos en la segunda fase de identificación.
De los 19 criterios del Formulario resumen de la Historia Clínica de la fase de 'cribado', 14 pueden obtenerse del CMBD. Tras revisar los datos del CMBD, el resultado de altas con criterio de cribado positivo es de 64 historias.
Conclusiones: La utilización del CMBD para el 'cribado' de efectos adversos es útil y puede evitar la primera fase de revisión de historias clínicas. Es necesario definir los códigos con mayor efectividad por su correspondencia con efectos adversos de la fase de identificación (2ª fase) del estudio ENEAs
Contacto: M. Carmen Martínez Ortega
calidad@hospitaldejove.com

C-291.- PROGRAMA DE INTRODUCCIÓN DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
Martínez-Piédrola M, Martín-Rios MD, Arredondo-Provecho AB.

Introducción. El Ministerio de Sanidad ha iniciado una línea de trabajo consistente con la recién anunciada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, puesta en marcha por la OMS.
El tema elegido para el primer Reto Global de la Seguridad del Paciente de 2005 y 2006 es la infección asociada a la atención sanitaria ya que es el problema principal de la seguridad del paciente. El lema del Reto es "Atención Limpia es Atención Segura". Las infecciones nosocomiales complican el tratamiento y cuidado de millones de pacientes en todo el mundo. En un hospital, los costes extra derivados de sólo cuatro o cinco infecciones asociadas al ámbito sanitario de gravedad media pueden equipararse con el presupuesto total anual de productos de higiene de manos usados en áreas de atención al paciente.
Objetivo. Describir el proceso de introducción de las soluciones alcohólicas en un hospital de tercer nivel de la comunidad de Madrid.
Analizar la aceptación del producto incluyendo características del mismo.
Método. Estudio descriptivo y retrospectivo, Octubre 2005-Enero 2006
Designación de unidades para el proyecto piloto previo a la introducción en el hospital.
Encuesta al personal de las unidades seleccionadas.
Elaboración de programa de formación para personal de enfermería y médicos, previos a la introducción en el hospital.
Resultados. Se analizaron 66 encuestas: la aceptación global del producto es buena para el 61,1% de los encuestados y muy buena para el 37%. Por áreas, la que mejor lo valora es la UCI ya que para el 58,8% la solución es muy buena.
Análisis de las principales propiedades que tienen que ver con el olor, sequedad, etc, por áreas, se observa una distribución semejante, siendo mejor valoradas en UCI y Neonatos.
Reacciones que ha podido producir el producto durante el pilotaje, de las 66 encuestas analizadas: 86,4% no presenta ninguna reacción; 3 comentan que escuece si hay heridas y 2 hablan de irritación de la piel.
Conclusión. En las unidades piloto la aceptación de la solución hidroalcohólica ha sido buena, sin repercusiones dermatológicas en el corto plazo de estudio. La adherencia a la solución puede mejorarse si el producto no altera la integridad de la piel, y si existe disponibilidad inmediata para su uso, sin necesidad de desplazamientos. Se realizarán encuestas posteriores para valorar la completa integración de las mismas en la actividad asistencial.
Contacto: Mª Magdalena Martínez Piédrola
mmartinez@fhalcorcon.es

C-292.- STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA. EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA PASIVO.

Blázquez R, Menasalvas A, Guerrero C, Palazón P, Ramírez C, Pérez-Martínez A.

El Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) se ha convertido en los últimos años en el microorganismo más frecuentemente asociado a infecciones nosocomiales. Por este motivo, la mayoría de los hospitales tienen instaurado algún sistema de vigilancia para el control de este microorganismo.
Objetivo: Describir la evolución de la infección/colonización por SARM en el Hospital J.M. Morales Meseguer de Murcia en el que se instauró desde 1996 un sistema de vigilancia pasivo de infección/colonización por SARM.
Material y métodos: Entre los años 1996-2005 se han registrado todos los casos de infección/colonización por SARM detectados en nuestro hospital a partir de muestras enviadas al laboratorio de Microbiología. Tras la detección de cada caso se aplicaban medidas de aislamiento de contacto y se procedía a tratamiento descolonizador.
Resultados: Desde 1996 se han diagnosticado en nuestro Centro 193 pacientes con infección/colonización por SARM. Durante los 4 primeros años del hospital las cifras de pacientes con SARM se mantuvieron bajas y estables (por debajo de 10 casos anuales). A partir de 2000 se objetivó un aumento de dichas cifras, llegando a 30 casos anuales que se han mantenido hasta el momento actual, con la excepción del año 2002 en que dicha cifra se disparó en relación con dos brotes, en UCI y en Planta de Hospitalización (52 casos).
Conclusiones: Durante el periodo estudiado hemos objetivado un aumento de los pacientes de infección/colonización por SARM a pesar de las medidas de vigilancia llevadas a cabo. Habría que valorar la pertinencia de programas de vigilancia más estrictos que permitieran un mejor control de la transmisión de este microorganismo dentro de los Hospitales.
Contacto: Rosa M. Blázquez Garrido
rblazquezg@yahoo.es

C-293.- MORBILIDAD EN BIOPSIA HEPÁTICA BAJO CONTROL ECOGRÁFICO.

Real-Martínez Y, Graus-Morales J, Campos-Cantero R, Cobo-Soriano R, Pérez-Mota A.

Objetivo: Valorar la práctica de la biopsia hepática bajo control ecográfico en nuestro medio, evaluando la calidad de la misma en base a la morbilidad anual y total durante el período comprendido entre los años 1997 y 2005.
Método: Se revisan los efectos adversos aparecidos tras la realización de la biopsia hepática en 844 casos, así como su distribución anual.
Resultados: En todo el período se registraron 16 efectos secundarios (1,89%), producidos fundamentalmente durante los dos primeros años 1997 y 1998 con 10 casos (4.6%), y con notable disminución posterior durante el resto del período a 0.9%.
Destacaron por su frecuencia: Dolor costal en 9 casos, reacciones alérgicas en 4 casos, síndrome vagal en 1 caso, hemobilia (1 caso) y despeño diarreico (1 caso). En todos los pacientes se resolvieron dichos efectos secundarios con medidas menores (paracetamol, dieta, reposo, etc).
Conclusiones: (1). La morbilidad de la Biopsia Hepática baja control Ecográfico de nuestro hospital es homologable a la encontrada en la literatura (0.25-1.1%), sin ningún caso de mortalidad, frente al 0.017-0.17% publicado. (2) El incremento de la experiencia mejora significativamente la calidad en la práctica de la Biopsis Hepática bajo control ecográfico.
Contacto: Yolanda Real
aperez.hvtr@salud.madrid.org

C-294.- SEGURIDAD DE PACIENTES: RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL AGUDOS.

Robles D, Fernández A, Ramos A, Sallés M, Castellá M, Codina C.

Objetivos:
1) Elaborar el conjunto de buenas prácticas en el proceso de administración de medicamentos
2) Aplicar el método en dos unidades de hospitalización
3) Conseguir la certificación ISO 9001 en el proceso de administración de medicamentos
Métodos:
- Diagrama del mapa de procesos desde la llegada de la unidosis diaria a la unidad hasta la finalización de la administración de medicamentos a los pacientes (24 horas)
- Revisión bibliográfica internacional de las buenas prácticas en dicho proceso
- Establecimiento de las pautas normalizadas de trabajo del proceso de administración de medicamentos, basados en las mejores prácticas.
- Consenso del grupo interdisciplinar: enfermeras, farmacéuticos, farmacológos clínicos y consultores externos en certificación ISO
- Propuesta a la dirección del centro para la implementación del proceso normalizado
Resultados: En el primer semestre del 2006 se diseñó 1) el mapa de procesos que se inicia con la entrega de la unidosis en la unidad de hospitalización hasta la finalización del proceso de administración de medicamentos en dosis unitaria para 24 horas, con la devolución de los medicamentos no administrados y su justificación. 2) normativización del proceso de administración de medicamentos, que incluye los subprocesos 2a) verifación de los medicamentos dispensados con la prescripción médica y hoja Registro de Administración de Medicamentos (RAM informatizado) 2b) preparación de la medicación a administrar 2c) actuación en situaciones de error en la administración de un fármaco 2d) actuación en situaciones de urgencias, 2e) pautas de control de estupefacientes 2f) control de caducidades de las medicamentos disponibles en las unidades 2g) determinar indicadores de calidad de los subprocesos mencionados 3) difusión a grupos de expertos 4) presentación a la dirección .
En el 2º semestre del 2006 se implementará en 2 unidades pilotos con el fin de conseguir la certificación ISO 9001 en el proceso de administración de medicamentos, y posteriormente se incorporarán el resto de unidades del hospital.
Conclusiones: El análisis conjunto de un grupo interdisciplinar en relación al uso seguro de los medicamentos, ha permitido establecer mejoras significativas en los compromisos y pautas a realizar, lo que redundará en prácticas más seguras de las enfermeras y contribuirá a la seguridad clínica de los pacientes
Contacto: Mª Dolors Robles Antúnez
drobles@clinic.ub.es

C-295.- MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES A TRAVÉS DEL SISTEMA RFID.

Mora-Banderas AM, Canca-Sánchez JC, Pérez-Trueba E. Jabalera-Mesa L Aranda-Gallardo M, Moya-Suárez AB.

Introducción: Como resultado de la Auditoria realizada por Joint Commissión durante el Proceso de Acreditación de este Centro, nos marcamos como medida Mejorar la Precisión de la Identificación de nuestro pacientes, asegurando uno de los pilares básicos de los Principios de Seguridad Clínica.
Objetivo: Mejora en la Precisión de la Identificación del paciente, a través de la implantación de un modelo de identificación Ideal por radiofrecuencia (RFID).
Material y Método:Los errores de medicación constituyen una de las principales causas de daño en nuestro medio.Este sistema verifica, durante la administración del medicamento, comprobando que se trata del paciente, medicamento, momento, dosis y método de administración correctos.Las herramientas utilizadas son: Pulseras de identificación con microchip RFID que almacena los datos de identificación de pacientes y PDAs con lectores de RFID y capacidad de comunicación inalámbrica. Los errores de medicación cobran una importancia mayor en el tratamiento de citostáticos, por ello, la unidad de Hospital de Día oncológico ha sido la seleccionada para su puesta en marcha. Estos tratamientos requieren un control previo analítico a la administración del mismo Al ingreso del paciente la enfermera genera la pulsera de identificación, el medicamento (a través del programa de ONCOFARM) llega de farmacia preparado y etiquetado. Con ayuda de la PDA comprobamos paciente-analítica-fármaco. Si todos los parámetros son correctos procedemos a la administración del mismo. Si falla alguno de ellos (paciente, fecha, fármaco, dosis, orden, caducidad...) La PDA identifica un error indicándonos el parámetro que falla y evitando que se proceda a la administración del mismo.

Resultados: Este novedoso sistema aporta una mejora continua en la seguridad y atención al paciente, permitiendo:Estandarizar los tratamientos (listados, perfiles, rangos y límites permeables e impermeables de medicamentos) evitando la variabilidad.Favorecer el control, al estar centralizado en el servicio de farmacia.Medir, al proporcionar informes que incluyen datos sobre infusiones iniciadas, uso de fármacos y perfil Mejorar: Podemos detectar alertas sobre distribución horaria, errores potenciales de administración facilitando la detección de la posible causa.
Conclusiones: El desarrollo de este sistema ha permitido implantar una tecnología novedosa en un ámbito altamente especializado. Con ello se ha conseguido un avance importante en la mejora continua de la seguridad y atención a nuestros pacientes
Contacto: Ana M. Mora Banderas
anamb@hcs.es;mljmesa@hcs.es

C-296.- VALORACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES.
Subirana M, Mangues MA, Muñíz E, Pastoret C, Álvarez E, García JA.

Objetivos: La seguridad de los enfermos es uno de los temas de más reciente incorporación cuando se considera una práctica asistencial de calidad. En 1999 el Instituto de Medicina de los EEUU, en To Err is Human: Building a Safer Health System, puso de manifiesto la magnitud de los errores médicos y de la comunicación de acontecimientos adversos. Muchos errores están relacionados con una identificación incorrecta de los enfermos, por lo que en el año 2004, la Joint Comission of Health Care Organizations (JCAHO) estableció como primer objetivo relacionado con la seguridad de los enfermos, la mejora de la precisión de su identificación.
El objetivo es valorar y analizar los errores derivados de la identificación de los pacientes y plantear propuestas de mejora.
Métodos: Se crea un grupo de trabajo, coordinado des del Programa de Calidad, para dar respuesta a los objetivos. Se llevaron a cabo reuniones de trabajo, 7 a lo largo de 6 meses, se plantearon y analizaron los problemas asistenciales identificados y se discutió la evidencia disponible. A partir del análisis de la experiencia interna y de la bibliografía, se redactaron propuestas de mejora para presentar a la dirección del centro.
Resultados: En el centro se emplean brazaletes de identificación para todos los pacientes. En la transfusión sanguínea, se identificaron 67 incidentes, 56 correspondían a reacciones transfusionales y 11 a errores de administración de componentes sanguíneos, además de un total de 20 casi incidentes. Los errores de medicación se identificaron a partir de declaraciones voluntarias, documentándose 50 errores. Declararon los errores: 43 farmacéuticos, 6 enfermeras y 1 técnico de farmacia. La distribución de los errores en la cadena de utilización de medicación fue: prescripción 25%; distribución 8%; administración 21% y un 7% en la validación. El 84% correspondió a errores casi incidentes, el 12% a errores no nocivos y el 4% a errores nocivos.
Conclusiones: El análisis de la situación actual en relación con la identificación del enfermo pone de manifiesto un número de situaciones graves y potencialmente letales derivadas de una incorrecta identificación. El grupo de trabajo elaboró una serie de propuestas, en concreto, implementar sistemas automáticos de identificación, valorar la necesidad de identificadores específicos en función del tipo de enfermo, y utilizar al menos dos sistemas de identificación siempre que se haga una extracción de muestra de sangre o se administre medicación o productos sanguíneos.
Contacto: Mireia Subirana Casacuberta
msubirana@santpau.es

C-297.- PROYECTO DE MEJORA DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
Dierssen-Sotos T, Rebollo-Rodrigo H, Fariñas-Álvarez C, Navarro-Córdoba M, Leal M, Fernández-Núñez ML.

Objetivos: Conocer la adherencia al lavado de manos en los profesionales sanitarios (PS) de un Servicio de Salud.
Identificar barreras percibidas y factores facilitadores del lavado.
Formar a los profesionales en el uso de soluciones hidroalcohólicas.
Métodos: 1 Para determinar la adherencia al lavado se han diseñado dos tipos de estudio: Encuesta autocumplimentada dirigida a PS de atención especializada, primaria y 061, que consta de tres partes: Datos personales/adherencia al lavado de manos en distintas situaciones asistenciales / factores predisponentes y barreras percibidas al lavado de manos. Estudio prospectivo mediante la observación de oportunidades de lavado en periodos de 20 minutos en unidades hospitalarias "abiertas" como: Unidades de Cuidados Intensivos, Observación de Urgencias etc. Análisis estadístico: descripción de resultados mediante porcentajes y puntuaciones medias (DE) de cada ítem analizado. Como medida de asociación entre la adherencia y características asistenciales (grupo profesional, ámbito de trabajo) se usa la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). (2) El proyecto formativo consta de: Elaboración y difusión de trípticos y cartelería informativa /Elaboración de Guía de lavado de manos (incluye indicaciones, técnica y productos recomendados)/ Formación de formadores para el lavado de manos/ Desarrollo de talleres prácticos de lavado de manos.
Resultados: En las encuestas la mayor adherencia al lavado de manos se observa en maniobras de riesgo (el 72% se lavan las manos siempre durante la realización de procedimientos invasivos y manipulación de objetos estériles y el 62% tras contacto con fluidos biológicos). La adherencia baja en maniobras no invasivas (39%) o después de quitarse los guantes (27%). Se observan diferencias entre grupos profesionales en la percepción de barreras o agentes facilitadores al lavado, destacando las bajas puntuaciones de elementos de refuerzo como son que el lavado de manos evita el desarrollo de infección nosocomial (media: 3 IC95%[2,3-3,4]) El estudio observacional muestra un adherencia global al lavado de manos del 31,4% que oscila entre el 50% en maniobras de alto riesgo y el 16,7% en bajo riesgo. Por grupo profesional la enfermería presenta mayor adherencia al lavado (que alcanza el 75% en maniobras de alto riesgo).
Conclusiones: La adherencia al lavado de manos en nuestro servicio de salud se encuentra discretamente por encima a la aportada por la National Patient Safety Agency británica (24% pre-campaña).
Contacto: Trinidad Dierssen Sotos
tdierssen@dg.scsalud.es

C-298.- SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.
Mazo S, Ginés C, Sáez R, Ramírez C, Emparan C.

Objetivos: delimitar y definir los riesgos inherentes a una Unidad de Gestión de Hospitalización a Domicilio siguiendo un modelo PDCA.
Material y Métodos: durante el año 2005 la Unidad de Hospitalización a Domicilio identificó dentro del sistema de riesgos de la FHC 40 posibilidades de riesgo y las evaluó siguiendo un sistema normativizado de evaluación de riesgos que incluyó riesgos asistenciales (seguridad del paciente), laborales (seguridad de trabajadores), documentales (confidencialidad de datos), ambientales (generación de residuos sanitarios a nivel domiciliario), y económicos (balance presupuestario de la Unidad de Gestión). A todos ellos se les asignó un criterio de gravedad y priorización en el plan de inversiones anual de la Unidad.
Resultados: los riesgos identificados en el diagrama de Pareto como de mayor interés para la Unidad fueron: la pérdida de datos durante la asistencia domiciliaria de pacientes (riesgo documental), el riesgo de complicación severa no atendida sanitariamente en el domicilio (riesgo asistencial), y el riesgo de accidente de tráfico de los miembros de la Unidad (riesgo laboral). Tras el análisis con sistemática Isikawa de los mismos se aplicaron las siguientes medidas de mejora: informatización de la historia clínica de los pacientes siendo accesible en remoto evitando depositar historias en el domicilio de los pacientes (seguridad documental), creación con el 112 y el Servicio de Urgencias de un circuito de asistencia inmediata y coordinada en casos de complicación graves (seguridad asistencial), e impartir un curso de conducción defensiva teórico y práctico (seguridad laboral).
Conclusiones: el sistema de gestión de riegos, y su análisis siguiendo metodología six-sigma permite identificar, analizar, priorizar y minimizar los riesgos intrínsecos de Unidades de Gestión Clínica diferenciadas como es la Hospitalización a Domicilio.
Contacto: Sara Mazo Casaus
smazo@fhcalahorra.com

C-299.- I+D+I EN LA PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS DEL CLORO MEDIANTE FOTOCATÁLISIS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS.
Ruiz AJ, Ruiz RM, Cachaza E, Honorato S, Gutiérrez J, Carrasco MA.

Objetivos: La hidroterapia, forma parte del tratamiento aplicado a los pacientes con lesión medular en el Hospital Nacional de Parapléjicos, con el consecuente riesgo de contaminación con microorganismos, en ocasiones resistentes a los antibióticos, y con la necesidad de aumentar los niveles de cloración como método de desinfección. La fotocatálisis es un proceso fotoquímico que activa a un semiconductor (dióxido de titánio), en este estudio, con una radiación y produciendo radicales hidroxilo en el mecanismo de reacción contra la materia orgánica.
- Evaluar la eficacia del fotocatalizador en la reducción de bacterias así como en la disminución de la materia orgánica.
- Disminuir los niveles de cloración hasta lo legalmente permitido, para así eliminar o minimizar riesgos y "efectos adversos" de la cloración sin disminuir la seguridad de los usuarios de la piscina.
Métodos: Las mediciones realizadas fueron de tres tipos:físico químicas, microbiológicas, gestión y seguimiento detallado de pacientes, patologías y encuesta de satisfacción.
Resultados:
1º fase: la acción del cloro, que se encuentra a altas concentraciones (superiores a 1.2 ppm) es responsable del efecto desinfectante y de reducción de parámetros físico-químicos.
2º fase: Al disminuir la concentraciones de cloro hasta alcanzando un valor promedio de 0.6 ppm comenzamos a controlar la acción del fotocatalizador. Inicialmente se observó un aumento en la concentración de bacterias pues en estas condiciones el sistema de desinfección no es instantáneo.
3º fase: En concentraciones de 0.4 ppm de cloro, el fotocatalizador es casi 400% mas eficaz que el cloro.
Conclusiones. La fotocatálisis es 400% más efectiva en la disminución de bacterias/tiempo que el cloro con su consecuente reducción, eliminando y/o minimizando los efectos adversos medioambientales, sanitarios, de infraestructuras y de riesgos laborales dando así cumplimiento a las diversas normativas y recomendaciones de instituciones.
Contacto: Antonio José Ruiz Moruno
ajruiz@sescam.org

C-300.- SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD: MODELO DE GESTIÓN DEL CÁNCER CUTÁNEO.
Marrón SE, Ferrando A, Artal A, Tomás L.

Objetivos:
1) Garantizar la calidad asistencial; 2) Evitar las sucesivas demoras diagnostico-terapéuticas; 3) Racionalizar el uso de los recursos disponibles; 4) Mejorar la coordinación primaria-especializada, entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados; 5) Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados; 6) Mejorar la satisfacción de los pacientes tras una atención holística de su proceso morboso, con una mejora constante de la información recibida; 7) Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro; 8) Que sea una herramienta de formación para todos los profesionales implicados, incluyendo a los residentes de MF y C.
Métodos:
1) Evaluación de las necesidades, tanto internas como externas; 2) Análisis del proceso; 3) Constitución de un equipo de mejora multidisciplinar en el que participan todos los implicados en el proceso; 4) Elaboración de vía clínica de atención al paciente con cáncer cutáneo; 5) Reevaluación anual del proceso para detectar nuevas posibilidades de mejora con objeto de obtener una mejora continua del proceso.
Resultados:
Con la consolidación del presente modelo de gestión que presentamos y en el que llevamos trabajando desde el año 2003 pretendemos conseguir la obtención de los ocho objetivos planteados.
Conclusiones: Podemos concluir diciendo que: 1) la coordinación primaria-especializada obtenida en este proyecto va a ser el eje central en la consecución de los objetivos propuestos. 2) Entendemos que la capacitación en el diagnostico del cáncer cutáneo y sus diferentes diagnósticos diferenciales efectuada con los profesionales de primaria y realizada en los propios centros de salud favorece la adherencia de los mismos al proyecto. 3) La consolidación del modelo de gestión expuesto se ha conseguido gracias a la creación de un ambiente libre de temores y culpas en el que se reconocen los valores de cada uno de los integrantes en el proyecto y de la implicación de la Gerencia de Sector facilitando su desarrollo.
Contacto: Servando Eugenio Marrón Moya
semarron@salud.aragon.es

C-301.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA (2000-2005).
Bischofberger C, García-González C, Prado B, Fernández AB.

Introducción. La Infección Nosocomial es una complicación no deseada en la hospitalización de un paciente. El Hospital de Guadarrama es un Hospital Geriátrico-Rehabilitador donde ingresan los pacientes procedentes de los Hospitales de Agudos.
Objetivo: Estimar la eficacia de un programa de vigilancia y control de la Infección Nosocomial que fue aprobado en el año 2000.
Métodos: El programa tiene dos componentes: un componente de vigilancia activa de la infección mediante estudios de incidencia periódicos y rotatorios, dirigidos a las distintas unidades y un componente de control de la infección que se ha enfocado hacia la mejora de la formación del personal de enfermería y la protocolización y evaluación de los cuidados de enfermería relacionados con el riesgo de infección. Además el programa incluye un subprograma de vigilancia y control de microorganismos multiresistentes. Se estudia la eficacia en términos de disminución de la Incidencia de Infección Nosocomial en las distintas Unidades y de mejora en los indicadores de evaluación de los protocolos de cuidados.
Resultados: Desde el año 2000 hasta la actualidad se ha realizado un total de 136 horas de formación dirigido al personal de enfermería. Las sesiones se han impartido a todos los Servicios y turnos. Además en los tres últimos años se ha realizado un curso anual teórico práctico sobre higiene y control de la infección. Se ha producido una mejora en los cuidados de las vías venosas y en los cuidados respiratorios.
Se han realizado siete estudios de incidencia de la infección nosocomial en el periodo. Los pacientes presentan un elevado número de factores de riesgo de infección, entre ellos la edad, la estancia media, la malnutrición, la incontinencia y la disfagia. El estudio del año 2001-2002, previo a la puesta en marcha del programa, incluyó a todos los pacientes ingresados durante un periodo de seis meses y obtuvo una estimación del riesgo global de infección nosocomial –incidencia acumuladade un 43,9 %. La infección urinaria es la más frecuente, representa casi el 50% de todas las infecciones, seguida de la infección respiratoria sin consolidación. En la Unidad de Media Estancia la incidencia fue del 57,3% en el año 2003 disminuyó a un 43,7% en el año 2005.
Conclusiones. La infección durante la hospitalización es una complicación muy frecuente en este tipo de Hospitales. El programa ha mostrado ser una herramienta eficaz para contribuir a disminuir el riesgo de infección.
Contacto: Cornelia Bischofberger Valdés
cbischofberger.hesc@salud.madrid.org

C-302.- PLAN INTEGRAL DEL TRATAMIENTO REVASCULARIZADOR DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ARAGÓN: PROYECTO TRIAMAR.
Portero MP, Ordoñez B, Ortas MR, Ruiz JR, Peleato A, Calvo I.

Objetivo: Conseguir la Reperfusión del infarto agudo de miocardio (IAM) para toda la comunidad autónoma de Aragón, 24 horas los 365 días del año, con dos puntos de Angioplastia en Zaragoza-Capital: Hospital Miguel Servet y Hospital Clínico Lozano Blesa.
Metodología: Hasta este momento la revascularización percutánea en el IAM sólo era posible en horario laborable de 08:00 a 15:00 horas en los dos hospitales mencionados. Para llevar a cabo este proyecto fue necesario establecer entre otras, las siguientes pautas de actuación:
1. Protocolizar el tratamiento del IAM incluyendo Fibrinolisis y Angioplastia con el consenso entre los grupos hospitalarios y extrahospitalarios implicados.
2. Identificar y estratificar los pacientes con IAM con elevación de ST que sean candidatos a reperfusión por Atención Primaria y Equipos de Emergencia extrahospitalarios.

3. Identificar pacientes candidatos a Intervencionismo Coronario Percutáneo (ICP) como 1ª alternativa terapéutica o tras fracaso de Fibrinolisis.
4. Mejorar la coordinación de Atención Primaria, 061 y Hospital con redes que permitan el traslado en tiempos mínimos y con una coordinación única, en nuestro caso el 061.
5. Trasladar al paciente candidato al hospital con equipo experimentado en ICP en alerta 24 horas para tratamiento urgente.
Resultados: Este proyecto se puso en marcha el 16 de enero de 2006 y con la instauración del mismo hemos conseguido:
- Tener Alerta de Hemodinámica 24 horas/365 días al año, con el fin de lograr la Reperfusión del IAM.
- Poder coordinar los recursos sanitarios en toda la Comunidad de Aragón.
- Crear una Base de datos común con la finalidad de identificar problemas y poder resolverlos.
- Tener un Grupo Coordinador, formado por todos los Profesionales implicados, con la finalidad de mejorar el tratamiento del IAM en Aragón.
Conclusiones: Tras la puesta en marcha del Proyecto TRIAMAR, se ha abierto un nuevo horizonte en la Reperfusión del IAM en nuestra Comunidad, teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares.
Contacto: M. Pilar Portero Pérez
pilipor@comz.org

C-303.- REEVALUACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ESGUINCE DE TOBILLO EN URGENCIAS.
Alcaraz-Martínez J, Romero-Pastor MJ, Navarro-Aguilera I, De la Rosa-Sabonet L, Cano-Nieto A, Ortiz O.

Objetivos: Evaluar la permanencia de la mejora conseguida tras un ciclo de mejora de adecuación al protocolo de actuación con el paciente con esguince de tobillo en Urgencias al año de su finalización.
Metodología: Entre enero y mayo del 2005 se realizó un ciclo de mejora de la atención recibida por los pacientes con diagnóstico de esguince de tobillo en nuestro Servicio de Urgencias. En el mismo se mejoraron significativamente 4 de los 10 criterios evaluados, con una mejora global del proceso. Entre las medidas de mejora se informó del protocolo existente en el Servicio, de los resultados y se diseñó una hoja preimpresa de alta.
En Mayo de 2006 se han tomado una nueva muestra y se han reevaluado los mismos criterios. También se ha evaluado la tasa de utilización de la nueva hoja de alta.
Se utilizó la aplicación IQUAL 1.0 para tratamiento de datos.
Resultados: Se han obtenido tasas de cumplimiento que van desde el 47 ± 13% del criterio 7 (pauta de frío local las primeras 24 horas) al 94,7 ± 5,8 en los criterios de pautar analgesia al alta (criterio 8) y de indicar existencia de alergias en el informe (criterio 2).
Respecto a la evaluación tras la mejora, se ha evidenciado un descenso global de cumplimientos, que es significativo en los criterios 4 (exploración de dolor en puntos óseos), 5 (exploración de existencia de edema) y 9 (indicación de método de inmovilización).
Respecto a los resultados iniciales, antes de las actividades de mejora, se ha encontrado mejoras en los criterios 4, 6 (especificación del grado de esguince) y 7 y aumento de incumplimientos en 5 y 9.
Se ha utilizado la nueva hoja de alta en sólo el 17,5% de los casos de la muestra. En estos casos los cumplimientos de criterios han sido globalmente más altos que en el resto.
Conclusiones: Se ha evidenciado un empeoramiento tras la mejora inicial. No se ha generalizado el uso del informe preescrito de alta.
Contacto: Julián Alcaraz Martínez
julian.alcaraz2@carm.es

C-304.- FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS EN PACIENTES ANCIANOS. ¿LOS MISMOS PROTOCOLOS E INDICADORES?.
Jiménez-Almonacid P, Gruss E, Lasala M, Rueda JA, Portoles JM, Quintans A.

Objetivo. Analizar resultados de calidad asistencial en fístulas arteriovenosas para hemodiálisis en pacientes ancianos. La prevalencia de pacientes con insuficiencia renal crónica que precisan tratamiento renal sustitutivo es de 900 pacientes por millón de habitantes y ha aumentado un 25% en los últimos 6 años. Este aumento se debe fundamentalmente al grupo de pacientes de mayor edad (mayores de 75 años). La mayoría de estos pacientes optan por la hemodiálisis como método de tratamiento renal sustitutivo y necesitan por tanto de un acceso vascular adecuado. ¿Se deben manejar estos pacientes con los mismos protocolos? ¿Es posible obtener buenos resultados asistenciales?
Material y métodos. Análisis retrospectivo de las fístulas arteriovenosas realizadas a mayores de 75 años desde 1999 a 2004. Utilizamos unos protocolos multidisciplinarios de actuación para la realización y la reparación de las fístulas, tanto en cirugía programada como urgente.Aplicamos los indicadores de calidad asistencial en accesos vasculares para hemodiálisis de la Sociedad Española de Nefrología.
Resultados. Se realizaron 101 fístulas a 95 pacientes en el periodo de estudio. Varones 52%. Mujeres 48%. Edad 75-88 (media 79,3). Catéter al inicio: 35%. Cirugía ambulatoria 92,75%. Anestesia local 100%. Tasa de fracaso precoz: 5%. Cociente fístulas autólogas-protésicas (90%/10%). Probabilidad de permeabilidad a los 5 años (75%). Tasa media de trombosis/paciente/año en el periodo de estudio (autóloga: 0,07, protésica 0,42).
Conclusiones. En nuestra experiencia la edad no es un problema per se para el manejo de pacientes en hemodiálisis desde el punto de vista quirúrgico. Aplicando los mismos protocolos asistenciales se obtienen unos indicadores de calidad asistencial dentro de los estandares.
Contacto: Pedro Jiménez Almonacid
pjimeneza@fhalcorcon.es

C-305.- EVALUACIÓN Y REVISIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL: TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON PSICOSIS REFRACTARIA.
Audicana-Uriarte A, Elizagárate-Zabala E, Sánchez-Gómez P, Ortiz de Zárate-San Agustín A, Urretxu-Reboiro D, Sánchez-Bernal R.

Objetivos: Tras cinco años de implantación del Proceso asistencial en la Unidad de Psicosis Refractarias (UPR), se realiza una evaluación de resultados. Se analizan cumplimiento de objetivos y tendencias de indicadores. Finalmente se Revisa y Ajusta el proceso en dos aspectos: Adecuación de objetivos y Validez de los indicadores.
Metodología: En 2001 se crea la UPR para tratar a pacientes psiquiátricos graves refractarios a los abordajes terapéuticos habituales. El Proceso asistencial se gestiona según la lógica REDER: Resultados esperados, se proponen objetivos de altas, reingresos, externalización, derivación a larga estancia y tasa de incidencias: agresiones, daños a objetos, contenciones y aislamientos. Enfoque, se diseña el proceso. Despliegue, desde 2001 a 2005 se implanta lo planificado. Se Evalúan los resultados y se cierra el ciclo de mejora con la Revisión y ajuste de objetivos e indicadores.
Resultados:
- Tasa media de altas 73% (IC95% 70-75), tendencia estable: Y=0,003X+0,7
- Tendencia tasa de reingresos positiva, pendiente: 18,73%.
- Estancia media de pacientes externalizados antes de reingreso 101,6 días (IC95% 103,7-99,5), tendencia estable: Y=0,6086X+81,113.
- Tendencia tasa de externalización negativa: pendiente -9,8
- Tendencia derivación a larga estancia positiva: pendiente +5,7.
- Tendencia tasa de incidencias negativa: pendiente de agresiones -0,42
- Incidencias por días de estancia: 70,6% de casos en primeros 90 días, desaparecen en 120 días.
Conclusiones:
1) Adecuación de objetivos:
- La tasa de altas, unida al análisis de los reingresos, medidos como estancia media en externalización, son adecuados para evaluar la eficacia del proceso.
- La tasa de externalización y la tasa de derivación a larga estancia no aportan datos útiles para medir la eficacia del proceso asistencial. Su control excede la competencia del responsable del proceso.
- El análisis de las incidencias, permite evaluar la seguridad de los pacientes y la eficacia del proceso asistencial.
2) Validez de los indicadores:
- Los reingresos medidos como tasa de pacientes reingresados, no permite obtener conclusiones fiables sobre el objetivo de contener y estabilizar a pacientes psiquiátricos graves. Estas se obtienen al evaluarlos como estancia media de pacientes externalizados antes de reingreso.

- La evaluación de las incidencias graves se debe de hacer con dos indicadores: Tasa de incidencias por pacientes diferentes ingresados e Incidencias por días de estancia.

Contacto: Ana Audicana Uriarte
aaudicana@sma.osakidetza.net

C-306.- CREACIÓN DE INDICADORES DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN PSICOGERIATRÍA COMO FORMA DE EVALUAR EL PROCESO.

Legorburu-Mendía M, Ortiz de Pinedo E, Fontecha-Armentia E, Ochoa de Retana A, Audicana Uriarte A, Sánchez-Bernal R.

Objetivos: 1º: Crear indicadores para valorar los objetivos de actividad y de efectividad del proceso asistencial. 2º: Crear indicadores para valorar los objetivos que garanticen la seguridad de los pacientes.
Metodología: El ámbito de actuación es el de pacientes > 50 años con cualquier patología psiquiátrica severa, con cualquier nivel de dependencia psíquica y con un nivel de dependencia física medio-bajo. Se ha definido el subproceso de atención y rehabilitación del paciente geriátrico con trastorno mental severo, y se ha descrito e implantado según los requisitos de la Norma ISO 9001:2000. Se han establecido requistos internos para mejorar ó al menos mantener las capacidades psíquicas y físicas de los pacientes, que abarcan el plan individual de cuidados en enfermería, intervención psiquiátrica, somática, social e institucional; y la intervención familiar, cuidados paliativos, del tratamiento rehabilitador y traslado de pacientes con deterioro cognitivo. Se ha avanzado asimismo en los que buscan garantizar la seguridad de los pacientes, en cuanto a incidencias en la medicación, úlceras, infecciones y extravasaciones, y conflictividad.
Resultados: 1º: Disponemos de 1 indicador de actividad (I. de Ocupación), 9 de efectividad del proceso y 7 para garantizar la seguridad. 2º: Los de efectividad del proceso son la medición anual mediante las escalas de Mini Mental, Clifton, MNA, Barthel y las mediciones trimestrales de los niveles de dependencia psíquica y física; el % de pacientes con plan individual de cuidados realizado en un tiempo < a 1 mes, la tasa anual de pacientes con cuidados paliativos, la tasa anual de externalización, y la tasa anual de pacientes trasladados a la Unidad de Demencias. 3º: Los de seguridad son: Tasa de incidencias en la medicación, tasa de úlceras nuevas, tasa de agresiones, tasa de daños a objetos, tasa de fugas, tasa de infecciones en pacientes con hipodermoclisis y tasa de extravasaciones en los mismos pacientes.
Conclusiones: El haber realizado un proyecto lo más ajustado a la realidad, de manera que tenga una utilidad práctica y sea fácilmente aplicable con los recursos existentes, ha implicado a la totalidad de los profesionales, ya que algunos eran críticos con la gestión de la calidad. Lo que inicialmente comenzó siendo una adaptación del proceso asistencial de la Organización a una Unidad de Psicogeriatría, ha sido reconocido con la certificación ISO 9001: 2000 el día 24/05/2006, posibilitando evaluar el proceso interna y externamente.

Contacto: María Legorburu Mendía
mlegorburu@sma.osakidetza

C-307.- GESTIÓN DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE INGRESADO CAMA M. E. DE S. M. EN GIPUZKOA:PERSPECTIVA DEL CONTRATADOR.

Beguristain-Aranzasti JM, Elosegi-Vallejo E, Larrañaga-Padilla I, Iruin-Sanz A.

Objetivos. La derivación estandarizada y la gestión clínica en la atención a los pacientes con trastornos mentales graves ingresados en servicios de m. e. psiquiátrica (MES) favorece entre otros la utilización eficiente de los recursos disponibles y ayuda a ordenar la actividad de centros. La e.m. observada en los centros concertados de m. e. de salud mental en Gipuzkoa presenta una variabilidad importante (30-258 días en 2004). Esta variabilidad observada junto con la falta de camas de MES en momentos puntuales ha conducido a la Dirección de Sanidad de Gipuzkoa (DTSG) a elaborar un protocolo de derivación de pacientes a MES desde salud mental extrahospitalaria (SME) y desde el servicio de psiquiatría del Hospital Donostia (H. de Agudos). El objetivo de este trabajo es realizar la primera evaluación del sistema de información instaurado para la derivación de pacientes a m.e. de salud mental en Gipuzkoa. Material y métodos. Se ha elaborado un cuestionario de solicitud de cama de MES. El mismo consta de los siguientes apartados: variables sociodemográficas; motivo de derivación hospitalaria; antecedentes relevantes; impresión diagnóstica; situación clínica actual, tratamientos utilizados y tratamiento actual, objetivos terapéuticos y Escala HoNOS.
Se ha realizado una formación de 6 horas de duración en la que se han trabajado los siguientes núcleos de información: normas de cumplimentación del cuestionario, escala HoNOS; objetivos terapéuticos previstos y circuito de derivación.
Se ha diseñado y elaborado una base de datos en Access y se ha instalado la misma en los servicios de psiquiatría de Osakidetza en Gipuzkoa. Resultados. El 90% de los pacientes para los que se ha solicitado cama de MES han sido derivados con el cuestionario de solicitud debidamente cumplimentado. El servicio centralizado de admisión de pacientes ha respondido a la solicitud en un plazo medio de 14 horas (2- 36).Conclusiones. Implicar a los profesionales que realizan la solicitud en la definición de las ganancias en salud y en la e. m. esperada ayuda a realizar una gestión clínica del proceso compartida con los gestores. La participación de los centros receptores de los pacientes en las diferentes fases del proceso asegura una gestión global de un proceso que comienza en Osakidetza- sigue en Hospital Concertado y vuelve a aparecer en Osakidetza. Conocer el perfil de los pacientes que utilizan el dispositivo de media estancia de salud mental nos permite utilizar de una manera equitativa y eficiente los recursos disponibles.

Contacto: José M. Begiristain Aranzasti
jbegiristain@ej-gv.es

C-308.- BIENESTAR PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES SANITARIOS NO FACULTATIVOS DEL SERVICIO URGENCIAS DE FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN.

Silvestre-Muñoz M, García P, Del Campo P.

Objetivos: Determinar la prevalencia de casos de síndrome de burnout y el grado de afectación psicológica y su relación con características sociodemográficas en la población de estudio.
Métodos: Estudio transversal en una muestra de 96 profesionales sanitarios no facultativos (diplomadas de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores),del servicio de urgencias, con una jornada laboral de 12 horas. Se utilizó un método de muestreo no probabilístico a conveniencia y se recogió información de forma voluntaria y anónima por auto-informe, mediante un cuestionario estandarizado (Maslach Burout Inventory).
Resultados y conclusiones: El perfil epidemiológico de riesgo obtenido sería: mujer entre 30 y 39 años, con un hijo, entre 16 y 20 años de profesión, en la categoría de Diplomada en Enfermería y con una antigüedad en la Fundación Hospital Alcorcón de entre 5 y 6 años.
No existiendo ningún caso real que cumpla todas las condiciones.

Contacto: Margarita Silvestre Muñoz
smmarga@hotmail.com

C-309.- FACTORES QUE HAN INCIDIDO EN EL AUMENTO DE RESULTADOS CUALITATIVOS DE CUIDADOS DESPUÉS DE APLICAR LA CARRERA PROFESIONAL.

Pérez-Company P, García-Madero N, Martínez M, Liñan Ll, Costa T.

Objetivos: Conocer cuales son los factores que subyacen a los resultados de los objetivos cualitativos de carrera profesional
Métodos: Un estudio comparativo muestra el impacto que produjo en el 2003 la implantación de la carrera profesional. Los resultados fueron de 9,96 puntos por encima de los resultados del 2002 y siguieron aumentando 5,5 puntos en el 2004.
Para conocer los factores se ha realizado un estudio cualitativo. Primero se han detectado los factores mediante una técnica de Focus Group, utilizada por tres grupos de profesionales seleccionados de forma estratificada representando a cada grupo de opinión y practica (enfermeras, supervisoras, directivos). Segundo se han seleccionado los factores mas relevantes, mediante un Delphi, dirigido al 15% de los profesionales (750) que han optado a carrera profesional en el 2005, también de forma estratificada.
Resultados: Los factores obtenidos después de analizar la información de cada uno de los grupos son: Enfermeras: 24, Supervisoras: 51, Directivos: 6.Para la técnica Delphi, se agrupan por similitud quedando 40 factores, se envían a 150 profesionales, de los cuales contestan 87

enfermeras, 29 supervisoras, 5 directivos, total 121, siendo 6 nulos. Los factores que se consideran incidentes en los resultados son:

Factores	1	2º	3º	4º	5º
El orgullo profesional	E	S			
Incentivo económico	S/D	E			
La tendencia a la mejora		S	E		
La formación				E/S	
La motivación de las supervisoras			S		
Se hace un esfuerzo para no tener que afrontar un mal resultado				D	
La evaluación de los indicadores mas difíciles ha sido menos estricta			S		
Los resultados muestran solo el momento de la evaluación					D
Hay profesionales que lo hacen muy bien			S		E
Se refuerza antes de evaluarD					
Que la supervisora sea la que evalúa		D			
La evaluación ha sido mas motivadora que de control					S

Conclusiones: Los 40 factores han quedado acotados a 12. Existe coincidencia entre Enfermeras/Supervisoras en tres factores. El grupo menos coincidente es el de directivos. La percepción para las enfermeras como primera opción es el valor profesional siendo para las supervisoras y directivas el incentivo económico. Hay una visión muy estratégica por parte de la supervisión y de la dirección de la evaluación y mejora de los cuidados.

Contacto: Pilar Pérez Company
pilperez@vhebron.net

C-310.- PLAN DE SEGURIDAD PARA CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS MEDIANTE LA ADECUACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO.

Vecino A, Laguia A, Ruiz P, Rivas M, Frisas O, Félix M.

Objetivos: Mejorar la seguridad de los profesionales y pacientes adecuando el uso del guante sanitario, el material de protección radiológica y el material con riesgo de accidente biológico.
Método:
- Formación de grupo de trabajo multidisciplinar por cada una de las áreas de trabajo compuestos por profesionales de Medicina Preventiva, Prevención de Riesgos Laborales, Física y Radioprotección y Coordinación de Recursos Materiales.
- Revisión de los materiales utilizados en el centro relacionados con cada área.
- Adecuación de los materiales a la practica clínica.
- Diseño de protocolos de utilización del material.

Resultados:
1.Adecuación del guante sanitario:
Retirada del látex con polvo no estéril .
Existencia de un protocolo de utilización del guante sanitario.
2. Adecuación del material de protección radiológica:
Inventariado del 100% del material de protección radiológica: gafas, delantales, batas, protectores gonadales, protectores tiroideos, protectores oculares, guantes plomados estériles, manoplas plomadas.
Existencia de un catalogo de artículos de protección radiológica para pacientes y trabajadores.
Revisión radiológica del 100% de los delantales y batas (180 unidades) y posterior sustitución según resultados del 20 % de dicho material.
Adquisición de protectores tiroideos individualizados (90 unidades) .
Sistematización de la revisión bianual del material de protección radiológica.
3. Adecuación del material con riesgo de accidente biológico:
100% de los catéteres venosos cortos son de seguridad en el 100% de las unidades de enfermería .
100% del material de extracción es de seguridad en Atención Primaria y Atención especializada .
Conclusiones: Sin duda, la profundización en estudios que permitan la adecuación del material sanitario, facilitará la implementación de métodos preventivos para mejorar la atención sanitaria.

Contacto: Ana Vecino Soler
avecino@salud.aragon.es

C-311.- VIOLENCIA EN EL TRABAJO CONTRA LOS PROFESIONALES SANITARIOS. GUÍA Y COMITÉ: ESTUDIO AL AÑO DE SU IMPLANTACIÓN.

Aloy-Duch A, Cortés-Lopera E, Roura-Angelats D, Badosa-Goma R, Martín-Cáliz A, Nubiola-Calonge P.

Objetivos: presentar el proceso de elaboración, difusión, implantación y primeros resultados, de la "Guía" y del "Comité de Prevención e Intervención sobre la Violencia en el Trabajo contra los Profesionales Sanitarios (COPREVI)" en una Corporación Sanitaria (CSMS).
Material y métodos: Nuestros SUH visitan anualmente 120.000 pacientes. A partir de la comunicación de frecuentes incidentes violentos en la CSMS (más en SUH), se decidió actuar a nivel corporativo para intervenir y prevenir este tipo de actos.
Resultados: 1. La Dirección creó la COPREVI formada por los responsables de los Comités de Empresa, Recursos Humanos, médico de Trabajo, Salud Pública, Directora de Enfermería, Unidad de Atención al Cliente, Jefatura de los SUH y Director Asistencial de la CSMS. 2. La COPREVI elaboró la Guía, donde se abordaban los distintos aspectos relacionados con este tema. 3. Elaboración del formulario informático de notificación en intranet. 4. Elaboración del material didáctico, difusión del proyecto y realización de 4 sesiones informativas generales. 5. Durante un año, hasta marzo del 2006, se han recogido 30 notificaciones: 29 (97%) en los hospitales; el área más afectada fue urgencias con 26 (87%) casos; los agresores fueron los pacientes en 19 (63%) casos; los agredidos fueron enfermeras con 24 (80%) casos; destacan las agresiones verbales en 20 (67%) casos, físicas por contusiones en 7 (23%) y daños materiales en 3 (10%). Como causas: la demora en urgencias en el 70 % y la falta de información en la espera en el 30 %; como desencadenantes: pacientes con patología siquiátrica o similar en el 90% y el nerviosismo en el 10 %. De los 4 (13%) casos con comunicado e intervención judicial, tres terminaron en un juicio rápido con la imposición de multas económicas. 6. Se detectaron algunas áreas de mejora rápida: se aumentó la dotación de vigilancia y cámaras de control; se ha propuesto una encuesta corporativa para detectar las áreas susceptibles y, por último, promover distintos talleres entre profesionales para enseñar a contrarrestar estos fenómenos.
Conclusiones: La Guía y la COPREVI, lideradas por la Dirección y los SUH, han sido dos instrumentos útiles y necesarios para empezar la intervención y prevención contra este tipo de violencia. Los casos notificados durante el último año confirman el creciente interés y la necesidad, por parte de los profesionales, de disponer de una Guía y un comité que los defienda frente a los ataques de algunos usuarios

Contacto: Andreu Aloy Duch
aaloy@salutms.org

C-312.- REDUCCIÓN DE LA ACCIDENTALIDAD LABORAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE MATERIAL DE BIOSEGURIDAD.

Civera A, Bravo MP, Sánchez S, Zamorano ML.

Objetivo: Reducir la siniestralidad laboral de los accidentes con riesgo biológico (AB). Aplicación eficiente de los recursos materiales para la reducción de los AB.
Método: El Complejo Hospitalario tiene un Hospital de 4º nivel y un Hospital monográfico. En el año 2005 hubo 289 AB. La tasa más elevada se da en Quirófano con 22%, seguida de UVI y Urgencias en el que la mitad es extrayendo sangre y canalizando una vía venosa. El lugar más frecuente es en planta de hospitalización (PH) con un 41% y 76% respectivamente en ambos Hospitales. La primera causa de producción es el pinchazo y de estos, el 59% se relaciona con sistema de suero y lavado de vía periférica.
Material de bioseguridad en 2005: Contenedores de material punzocortante, algunos conectores sin agujas en sistemas de goteo. En 2006 se incrementa sustituyendo los adaptadores para inyección de medicación por válvulas de acceso intravenoso (iv) y llaves de tres vías; los sistemas de administración de fluidos por otros sin punto de inyección y las cánulas de acceso iv en Urgencias y Hemodiálisis.
Tras adjudicación presupuestaria del Mº de Sanidad, se establece como prioridad cuantitativa introducir el material que sustituya a la mayor parte de los AB prevenibles, que se identificaron, los relacionados con sistemas de suero y como prioridad cualitativa la sustitución del material de acceso iv en Hemodiálisis y Urgencias y continuar con el programa formativo que como Servicio de Prevención de Riesgos Laborales venimos impartiendo.

Resultados: De enero a mayo de 2005 se produjeron 125 AB y en 2006 en ese periodo 44. En PH se produjeron 55 AB y en 2006 solo 27, ninguno relacionado con el sistema de suero iv.
El coste positivo en 2005 fue de 17524 y para el mismo periodo el de bioseguridad en 2006 ha sido de 112389, 6 veces más elevado. El coste negativo, la prevención de los AB no producidos y que en el estudio EPINETAC 2002 establece el coste medio por AB en 388 es de 31428 y el balance sale positivo en 63237.
En Urgencias la disminución de AB no es tan manifiesta ya que se ha utilizado el material previo junto con el de bioseguridad. En Hemodiálisis al tener pocos AB debe valorarse en un periodo de tiempo más largo.
Conclusiones: Se constata la disminución de la tasa de AB producidos y es evidente y rentable para el gestor su continuidad. El estudio debe continuar para poder comparar resultados y adquirir productos en base a los riesgos de AB y la dotación presupuestaria que requiere.
Contacto: Amalia Civera Olivas
acivera@sescam.jccm.es

C-313.- ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA ALERGIA AL LÁTEX : UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
Ruiz A, Honorato S, Ruiz RM, Solano I, Gómez C, Peñalver R.

El Servicio de Salud de Castilla- La Mancha (SESCAM) a través de su Plan General de Prevención y su Servicio de Prevención Propio, ha implantado el Plan de Prevención de la Alergia al Látex en general y del Hospital Nacional de Parapléjicos en particular.
Dando un abordaje coordinado e integral al problema de la sensibilización y reacciones frente al látex en los pacientes y trabajadores sanitarios, garantizando una calidad asistencial y preventiva.
Dada la trascendencia actual de los riesgos en la utilización del látex en el ámbito sanitario desde la salud laboral y asistencial y del posible incremento en el futuro inmediato, es necesario un abordaje global del problema junto a otros objetivos como:
1. Prevenir su sensibilización.
2. Prestar asistencia sanitaria de calidad en pacientes ya sensibilizados.
3. Adecuación de puestos de trabajo e información a los trabajadores sensibilizados.
Metodología
1. Política estratégica institucional del SESCAM: Gestión de Compras. Áreas libre de látex. Identificación de material. Historia clínica. Creación de un grupo multidisciplinar. Contrato de Gestión y Calidad.
2. Información y Formación mediante: identificación de material, medidas preventivas y de adecuación de puestos ante la alergia al látex; mediante: Jornadas, Cursos, Folletos, Cartelería, Intranet, Web (infomedula.org), etc.
3. Establecimiento de criterios técnicos de compras y usos adecuados de guantes sanitarios.
4. Historia y registro de alérgicos.
Resultados
1. Eliminación y sustitución de guantes de látex no estériles.
2. Creación de una cultura preventiva.
3. Calidad asistencial de alérgicos.
4. Incorporación en el Plan de Calidad y Contrato de Gestión del SESCAM.
5. Cumplir la Legislación en PRL.
6. Liderazgo de políticas preventivas por parte del SESCAM en el ámbito sanitario y sociolaboral: asociaciones, inspección medica...
Conclusiones: La única medida efectiva en la actualidad es la PREVENCIÓN primaria y secundaria y la creación de una CULTURA PREVENTIVA. Es necesario un abordaje global del problema ante el riesgo de la utilización del látex y del posible incremento en el futuro inmediato,
Políticas institucionales son imprescindibles y obligadas en los centros sanitarios para dar un correcto y eficiente abordaje frente a la alergia al látex de trabajadores y usuarios.
Contacto: Antonio José Ruiz Moruno
ajruiz@sescam.org

C-314.- PROGRAMA MULTICOMPONENTE GRUPAL EN TRABAJADORES FUMADORES DEL SECTOR SANITARIO.
Sánchez-Serrano S, Civera-Olivas A, Bravo-García MP, Zamorano-Rodríguez ML.

Objetivos: Valorar la eficacia de la aplicación de un Programa Multicomponente Grupal (PMG) en trabajadores fumadores del sector sanitario, desde un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).
Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre los trabajadores fumadores que participaron en un PMG, entre octubre de 2003 y junio de 2006, consistente en tratamiento farmacológico e intervención cognitivo-conductual grupal. Inicialmente se realizó una entrevista personal para valorar la historia clínica tabáquica del fumador, factores condicionantes, grado de motivación, nivel de CO en aire espirado, grado de dependencia; instaurándose tratamiento, facilitando información y recomendaciones. A lo largo de 6 meses se llevaron a cabo entre 8 y 10 sesiones por grupo y seguimiento telefónico entre sesiones. Durante las Sesiones se revisaba el tratamiento farmacológico, efectos secundarios, se valoraban síntomas de abstinencia, CO en aire espirado, peso (a partir del primer mes), se favorecía la comunicación multidireccional, permitiendo la socialización de experiencias, refuerzo y apoyo grupal. En cada Sesión se trató monográficamente un aspecto relacionado con el tabaquismo: composición humo tabaco, efectos del tabaco, beneficios de dejar de fumar, ejercicio, alimentación, técnicas de relajación, tratamiento del tabaquismo, estrategias de afrontamiento del craving, control de estímulos, etc., entregándose material escrito en cada sesión (recomendaciones para los primeros días, cuando las ganas de fumar son irresistibles, prevención de recaídas, etc.). Las respectivas Gerencias de los Centros Sanitarios participantes, facilitaron la asistencia de los trabajadores con compensación horaria.
Resultados: Los resultados obtenidos sobre el conjunto de los 12 grupos sobre los que se ha intervenido, en periodo de estudio, son superiores al 70% de abstinencia a los 6 meses. Estos resultados son algo superiores a la media de otros programas multicomponentes grupales al uso en nuestro país.
Conclusiones: La implementación de un PMG, en trabajadores del sector sanitario, desde un SPRL, es eficaz. El hecho de poder actuar tanto sobre la dependencia por la nicotina, como sobre la dependencia psicológica-comportamental, tener gran accesibilidad hacia los trabajadores (de forma bidireccional), poder ofertar este programa durante la vigilancia de la salud periódica de los trabajadores y el integrarlo dentro un Programa más amplio de Prevención de Calidad del Centro, hace incrementar las posibilidades de éxito.
Contacto: Sebastián Sánchez Serrano
ssanchez@sescam.org

C-315.- GESTIÓN DE SUPLENTES MÉDICOS EN EL ÁREA 8 DE MADRID. PROYECTO DE MEJORA.
Miquel A, Cornejo I, González Y, Hernández A, Fernández-Tabera J, Ridaura A.

Objetivos: La gestión de suplentes en los equipos de atención primaria se ha convertido en un problema, motivado por la escasez de profesionales médicos dispuestos a asumir este tipo de tareas en la Comunidad de Madrid y otras comunidades autónomas. Ante esta situación, se plantean iniciar acciones de mejora con el establecimiento de los siguientes objetivos:
General: Mejorar la gestión de suplentes médicos del Área 8 de Madrid de atención primaria.
Específicos: Análisis de la situación y causas del déficit de suplentes en el Área 8, descripción del proceso de asignación de suplentes a los equipos, identificación de causas y priorización de acciones de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras surgidas de dicha priorización.
Método: Se constituye un grupo de mejora que se divide inicialmente en dos subgrupos: el primero con coordinadores de EAPs, y el segundo con personal del departamento de recursos humanos, completados ambos con los subdirectores médicos, dirección médica y dirección de gestión. Ambos grupos mantuvieron tres reuniones de trabajo. Se define el problema como déficit de suplentes médicos. Se analizó el proceso de asignación de suplentes mediante la realización de un diagrama de flujo. Se realiza un análisis cuantitativo de la situación teniendo en cuenta lo ocurrido en el año 2005. Se identifican causas mediante diagrama de causa-efecto. Se proponen soluciones mediante técnica del grupo nominal incluyendo priorización por criterios. Se establece el plan de mejora con acciones concretas. Se diseña evaluación mediante indicadores de proceso y resultado.
Resultados: Se estima que un 30% de las necesidades de suplentes no están cubiertas. Se identifican 25 causas y se consensúan 15 soluciones con 26 acciones de mejora para su puesta en marcha en Junio 2006.

Conclusiones: La utilización de herramientas de calidad contribuye al abordaje y mejora de problemas complejos de gestión, además de lograr con facilidad el consenso y un mejor conocimiento de los mismos.
Contacto: Ana Miquel Gómez
amiquel.gapm08@salud.madrid.org

C-316.- VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR: INSTRUMENTO DE MONITORIZACIÓN DE RIESGO SOCIAL AL ALTA.
Yuguero M, Pla L, Vázquez P.

Cuando una persona adquiere una discapacidad de origen neurológico, además de las repercusiones biológicas y psicológicas, también se generan una serie de cambios psicosociales y sociales que repercutirán en su estilo de vida y en el de su entorno familiar y social.
Objetivos: Demostrar la efectividad de detectar precozmente aquellas situaciones de riesgo social que un paciente hospitalizado puede presentar, dificultando su reinserción en el entorno habitual.
Métodos: A partir de la literatura y de la experiencia previa en un hospital de neurorrehabilitación, desde el departamento de Trabajo Social se elaboró en 2005 una escala para detectar precozmente a aquellos pacientes que pueden presentar dificultades para regresar a su entorno habitual al alta.La escala se validó y se empezó a aplicar como instrumento de monitorización de riesgo social del alta.Este procedimiento se administra a todos los pacientes que ingresan para realizar tratamiento y rehabilitación por los Trabajadores Sociales durante la primera semana de estancia, a través de entrevistas semiestructuradas. Consta de 5 variables con 5 ítems cada una, con una puntuación del 1-5, definiendo tres categorías de puntuación, a las que hemos asignado una serie de actuaciones para minimizar el riesgo.
Resultados: Se analizaron 118 pacientes (4-81 años), 63,6% varones, afectos de lesión medular y de daño cerebral adquirido, que ingresaron para tratamiento y rehabilitación durante el período agosto-diciembre de 2005. De ellos, el 72% presentaban una "buena/aceptable situación social", el 21,2% "dificultades sociales", y el 6,8% "problemas sociales". De los 104 pacientes que cursaron alta durante el período analizado, un 91,3% lo hizo en el plazo previsto.Según las categorías definidas, del primer grupo cursó alta hospitalaria en el plazo previsto un 82,35%; del segundo un 72% y del tercer grupo un 87,5%.
Conclusiones: El hecho que el 87,5% de altas en el plazo previsto en el grupo de pacientes de mayor riesgo sea el más alto indica que la utilización de una escala de valoración y monitorización de aspectos sociofamiliares nos permite detectar, precozmente, aquellas situaciones en las que el paciente puede presentar más dificultades para regresar a su entorno habitual en el momento del alta hospitalaria y, por tanto, articular aquellas acciones que sean más adecuadas desde el inicio del tratamiento.Se considera que la escala definida e implementada en nuestra organización esta siendo una herramienta muy útil para el fin que fue definida.
Contacto: Mercedes Yuguero Rueda
myuguero@guttmann.com

C-317.- ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA).
Valencia-Martín JL, Grande-Arnesto M, García-Caballero J.

Objetivo: Determinar, a través de indicadores y estándares, los aspectos básicos que debería incluir un plan asistencial para pacientes con ELA.
Método: Búsqueda bibliográfica de guías de práctica clínica y recursos sociosanitarios para la atención del paciente con ELA. Síntesis de evidencia y recursos disponibles, e identificación de áreas clave con indicadores que permitieran evaluar cada una de ellas. Presentación de los resultados a profesionales del Servicio de Neurología
Resultados: Se identificaron 8 áreas clave: diagnóstico diferencial (a todo paciente con sospecha de ELA debe realizarse electromiografía y pruebas de neuroimagen); comunicación de diagnóstico y evolución a paciente y familiares (debe existir un protocolo de comunicación escrito; formación en habilidades de comunicación para profesionales que atienden a estos pacientes; existencia de documento de información adaptado al paciente); tratamientos (para prescribir Riluzole® o antidepresivos deben cumplirse criterios clínicos evolutivos y sindrómicos; debe existir un tratamiento sintomático adaptado a las necesidades); evaluación de funcionalidad y cuidados (aplicación, al menos semestral, de la escala ASLFRS en todo paciente; existencia de un plan de cuidados individualizado, incluyendo rehabilitación y fisioterapia; evaluación periódica del riesgo de suicidio); soporte ventilatorio (existencia de un plan de soporte programado; evaluación trimestral de la capacidad respiratoria con espirometría y flujo nasal inspiratorio, y semestral con oximetría nocturna); soporte nutricional (adquisición de habilidades para el manejo y cuidados del estoma previa a su realización; ostomía realizada con una capacidad vital >50%; ausencia de complicaciones en sonda y estoma); cuidados paliativos (voluntades anticipadas documentadas; control de síntomas en los últimos días de la vida); recursos sociosanitarios (existencia de información sobre asociaciones de pacientes, recursos sociosanitarios, legislación y prestaciones de las que pueden beneficiarse).
Conclusiones: La asistencia integrada en pacientes con ELA exige, por las características de la enfermedad, considerar aspectos sanitarios, sociales y de comunicación, que deben estar bien planificados y coordinados; para ello, pueden resultar de gran utilidad el uso de indicadores y estándares de calidad como instrumentos de evaluación y mejora continua.
Contacto: José Lorenzo Valencia Martín
jvalencia@andaluciajunta.es

C-318.- EVALUACIÓN DEL REINGRESO COMO MARCADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS.
Márquez MA, Arellano M, Sabartés O, Gutiérrez J, Pineda I, Cervera AM.

Objetivos: Determinar el índice de reingresos (IR) en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y evaluarlo como marcador de calidad asistencial.
Métodos: Estudio restrospectivo de la actividad de una UGA durante el 2005. Se calcula el IR precoz (0-3 días, 4-7 días, 7 días-1 mes) y tardío (1-3 meses) de la muestra y de los diagnósticos más prevalentes: LCFA agudizada (16.1%), insuficiencia cardiaca agudizada (23.3%), infección bronquial (13%), neumonía (9.5%) e infección del tracto urinario (11.8%). Se estudia la relación entre el IR con la estancia hospitalaria, patología que motiva el ingreso, situación funcional previa medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación mental medida por el Test de Pfeiffer (TP), situación social medida por la escala de Gijón, antecedentes patológicos, comorbilidad medida por el índice de Charlson y aparición de inmovilidad y síndrome confusional durante el ingreso.
Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron 771 altas. El IR entre 0-3 días fue de 1.2%, entre 4-7 días de 3.6%, entre 7 días-1 mes de 12.1% y entre 1-3 meses de 11.8%. El IR precoz no se relacionó con ninguna de las variables estudiadas. El IR tardío se relacionó de manera significativa con el índice de Charlson (2.5 vs 2.1; p:0.013) y con los antecedentes patológicos de DM (16.9% vs 9.5%; p: 0.0033), HTA (15.3% vs 6.7%; p:0.0003) e insuficiencia cardiaca (19.1% vs 9.7%; p:0.0008). El estudio de las patologías más prevalentes nos muestra un IR precoz para la descompensación de la LCFA de 18.6% y tardío de 16.9%, un IR precoz para la descompensación de la insuficiencia cardiaca crónica de 17.8% y tardío de 18.3%, un IR precoz para la infección bronquial de 19% y tardío de 9%, un IR precoz para la neumonía de15.1% y tardío de 6.8% y un IR precoz para la infección del tracto urinario de 14% y tardíos de 7.7%. No hubo diferencias significativas entre los IR precoces en función de la patología mientras que la agudización de patologías crónicas tuvo IR tardíos significativamente superiores (p:0.01).
Conclusiones: 1. El reingreso no se relaciona con la estancia hospitalaria del ingreso previo. 2. El reingreso no se relaciona con la situación funcional física, mental ni social del paciente. 3. El reingreso no se relaciona con la aparición de inmovilidad ni síndrome confusional en el ingreso previo. 4. El reingreso tardío se relaciona con la comorbilidad, antecedentes patológicos y con la patología crónica. 5. El reingreso tardío no es un buen marcador de calidad asistencial.
Contacto: Miguel Ángel Márquez Lorente
88840@imas.imim.es

C-319.- DIAGNÓSTICO SOCIAL EN LA VALORACIÓN PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES.
Goñi MJ, Valois MC, Galdos I, Echávarri MJ, Elosegi E, Sánchez I.

Objetivos. La valoración integral de los pacientes en los que se precisa el traslado a otro nivel asistencial se apoya significativamente en el

aspecto social. Una buena coordinación de la asistencia social con la clínica favorece el buen uso de los recursos hospitalarios ayudando a una adecuada ubicación de los pacientes.
La valoración social tiene como objeto identificar la estructura de apoyo familiar y socioeconómico de la persona. Valora la existencia de apoyo familiar, las características del núcleo de convivencia, las condiciones de la vivienda, la situación económica del paciente y del núcleo familiar y la necesidad de apoyo sociosanitario. Esta valoración implica además un trabajo de asesoramiento y diseño de proyecto de apoyo social o salida al alta, tanto de la hospitalización de agudos como del nivel de media estancia.
Material y métodos. Se aplica una herramienta de valoración para la derivación de pacientes a media estancia o a un nivel sociosanitario. A partir de la información que da el paciente, la familia, servicios sociales y profesionales sanitarios que le atienden, se extraen algunos aspectos que se registran en la aplicación informática. Este instrumento es una medida de valoración de la dependencia. Hay unos ítems sociales de los cuales cuatro son básicos para distinguir si existe un riesgo social: situación familiar, convivencia, grado de relación familiar y condiciones de la vivienda.
Resultados. En el año 2005 han sido valorados 998 pacientes del hospital.
Se registran los cuatro ítems básicos, la asistente social orienta el proyecto social enfocado a la derivación a otro dispositivo asistencial para seguimiento continuo a nivel social de estos pacientes bien durante hospitalización en agudos, bien en media estancia y posterior a ésta.
Conclusiones. La valoración social supone un apoyo importante para ubicar en el nivel asistencial adecuado a pacientes sociosanitarios derivados del hospital. Sirve para detectar pacientes con riesgo que requieren un diagnostico social y una intervención específica.
Contacto: M. José Goñi Agudo
marijose@chdo.osakidetza.net

C-320.- EVALUACIÓN DE LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS.
De La Torre-Barbero MJ, Sánchez-Hernández M, Turrado-Muñoz MA.

Introducción. La continuidad de cuidados se define como el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones con relación al tiempo. El informe de continuidad de cuidados (ICC) es una de las medidas enmarcadas dentro de la continuidad asistencial, para mejorar la coordinación interniveles, siendo un elemento de mejora y calidad asistencial.
El ICC recoge en un solo documento los diagnósticos no resueltos al alta y las recomendaciones, para la continuidad de cuidados por los diferentes dispositivos sanitarios, a la vez que sirve de instrumento para la evaluación y desarrollo de la práctica enfermera.
Objetivos:
• Determinar el número de ICC emitidos a Atención Primaria
• Determinar los diagnósticos no resueltos al alta mas frecuentes
• Evaluar las recomendaciones en las etiquetas diagnósticas
Material y Métodos
Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo sobre 1101 ICCs emitidos a Atención primaria por la unidad de gestión de cuidados de Cirugía Maxilo-Facial, Oftalmología, Cirugía General y Ginecología del Hospital Universitario Reina Sofía en el año 2005.
Los datos se han obtenido del sistema informático de gestión de cuidados Azahara. Se ha realizado un análisis de frecuencias de los diagnósticos no resueltos al alta estratificado por las especialidades que componen la unidad de gestión de cuidados
Resultados: El diagnóstico "disposición para mejorar conocimientos" se encuentra en el 90% de las altas remitidas a Atención Primaria
La frecuencia de los diagnósticos depende de la especialidad y patología tratada Las recomendaciones recogidas en los ICCs, no siempre están relacionadas con las etiquetas diagnósticas
Las recomendaciones estandarizadas se han empleado en 416 de las 1101 altas revisadas y se relacionan con los diagnósticos no resueltos
• Número de altas enviadas a domicilio: 1363
• Número de altas enviadas a Atención Primaria: 1101
• Número de diagnósticos no resueltos al alta: 1834
Conclusiones: • El ICC mejorar la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización
• Tras el análisis de los resultados del estudio se deberán establecer estrategias para mejorar la calidad de los ICCs
• El programa informático de gestión de cuidados Azahara requiere de adaptaciones requiere de en los módulos estructurales, clínico y estadístico.
• Es necesario consensuar las recomendaciones para evitar la variabilidad clínica.
Contacto: Mª José de la Torre Barbero
torrebarbero@teleline.es

C-321.- TRABAJO DE EQUIPO INTERINSTITUCIONAL COMO GARANTÍA DE CALIDAD.
Blancas-Loras A, González-Lluis M, Muñoz-Racero C, Sánchez-Félez C, Fernández-Del Viejo M, Sánchez-Albarracín L.

Introducción. El envejecimiento de la población se traduce en un aumento de la demanda de los servicios socio-sanitarios, que a la vez, no aumenta en paralelo con la creación de nuevas plazas.
Las diferentes entidades que intervienen en la misma población, como proveedoras de recursos socio - sanitarios, nos llevó a plantear una experiencia de trabajo conjunto para cubrirlas, complementando aspectos y abarcando otros nuevos que por nuestra estructura institucional no teníamos acceso.
La dificultad del trabajo interinstitucional hace de este proyecto una experiencia única en nuestra zona. Se ha trabajado con el Ayuntamiento y con Cruz Roja.
Objetivos:
- Ofrecer herramientas a los cuidadores para mejorar los cuidados que ofrecen.
- Reducir el estrés de los cuidadores.
- Ofrecer un espacio para expresar sentimientos y emociones.
Metodología
Reuniones de preparación del temario, confección del calendario, selección del personal docente.
"Escala Zarit", para valorar el grado de sobrecarga.
Grupo de 8-10 personas que cumplan los criterios de inclusión.
9 sesiones de 2 horas (una sesión por semana).
Material educativo
Resultados. La evaluación del taller se realiza pasando una encuesta de satisfacción.
Se evalúa el grado de sobrecarga final y se compara con el inicial.
Se implica a cada medico y enfermera para realizar una visita a domicilio para control de las técnicas incorporadas.
Se pasa un nuevo test de Zarit a cada participante a los 3 meses de haber finalizado el taller, demostrando una buena gestión del estrés, una disminución de la sobrecarga y una mejor cualidad de la vida.
Las encuestas indican un buen aprovechamiento del taller, al ser la puntuación de 9,2 sobre 10.
Conclusiones. Ofrecemos un espacio de expresión emocional, que a la vez favorece el intercambio de experiencias entre personas que comparten una misma realidad familiar respecto a la persona funcionalmente dependiente. El confort psicológico, el soporte y el asesoramiento que aportan estos intercambios suele ser valorado por los propios cuidadores como la parte más importante y rica.
Se estrechan los lazos interinstitucionales compartiendo preocupaciones y complementado actuaciones que mejoran la calidad de vida de nuestros usuarios.
Disminuye el número de consultas en el centro ya que la relación cuidador - personal sanitario es más estrecha y de confianza.
Contacto: Lourdes Sánchez Albarracín
lledaso@granollers.scs.es

C-322.- VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE PARA ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL ALTA DEL HOSPITAL DE AGUDOS EN 2005.
Arzamendi MT, Lasaga O, Albisua O, Elosegi E, Echavarri MJ, Sánchez I.

Introducción. La derivación de pacientes a Hospitales de Media Estancia (HME) y a centros sociosanitarios la realiza el Servicio de Admisión del Hospital.

La priorización en la asignación de recursos se basa en la valoración integral de los pacientes en el momento del alta. Esta valoración se realiza mediante un cuestionario validado y adaptado el año 2003. Es una valoración ponderada:la puntuación total define el recurso a asignar.
Objetivo. Asignar el recurso más idóneo al alta basado en las necesidades objetivadas a través de una valoración integral.
Material. La Herramienta es interdisciplinar, formada por un triple baremo:
Valoración médica: determina el grado de enfermedad a través del diagnóstico principal, la patología asociada y el tratamiento actual.
Valoración de enfermería: identifica la necesidad de cuidados en función de la discapacidad física y psíquica y de las terapias a aplicar.
Valoración social: identifica la estructura de apoyo familiar y socioeconómico de la persona.
Método:
• Recibimos informe de alta
• Completamos información con HªCª, evolutivos de DUE y consulta al personal de la unidad solicitante
• Se entrevista al paciente y si es posible a su cuidador
El equipo de admisión es multidisciplinar, formado por médicos, DUEs y A. Sociales. El trabajo se basa en un continuo feed-back.
La DUE cumplimenta la herramienta y todo el equipo aporta información, se trata de una decisión conjunta.
Resultados. Nuestro cliente "vip" es una mujer de 75 años afecta de una enfermedad aguda con secuela invalidante con un cierto grado de dependencia física y/o psíquica con necesidad de cuidados de enfermería y una problemática de retorno a su domicilio
Conclusión. El cuestionario de derivación prioriza la asignación de recursos, aunque es obvio que no cuantifica el 100% de las situaciones. El factor humano aporta un valor indispensable. Los múltiples matices que capta el entrevistador ayudan a obtener una visión global de la situación del paciente que nos asegura una mayor fiabilidad para decidir su destino.
La herramienta prioriza el recurso. Las personas definen el destino definitivo de la persona.
Contacto: Mª Teresa Arzamendi Manterola
tarzamendi@chdo.osakidetza.net

C-323.- LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES AL ALTA HOSPITALARIA. INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LOS SERVICIOS SOCIALES.
Pellico A, Camaleño C, Mediavilla E, Cobo M, Francés L, Gómez P.

Objetivos:Conocer incidencia de pacientes dependientes al Alta en el Servicio de M. Interna.
Conocer la implicación de la familia y la intervención de los S. Sociales
Conocer el impacto del Alta de pacientes dependientes en la estancia media hospitalaria
Métodos:Los ancianos constituyen el mayor grupo de pacientes ingresados en el S. de M. Interna. La dependencia es un factor asociado a la ancianidad. El hospital tiene un procedimiento de valoración del Riesgo Social (RS) mediante pase interconsulta. Las enfermeras siguiendo el procedimiento, informan del riesgo a las trabajadoras sociales, que valoran la situación y proceden en consecuencia. Si el paciente dependiente no está en RS, aún siendo su dependencia grave, no se dispone de ningún recurso que ayude a la familia, preocupación que trasladan a las enfermeras durante su estancia hospitalaria no asumiendo en ocasiones el alta. Para conocer la situación de los pacientes en este servicio, se decidió monitorizar a todos los pacientes dados de Alta durante un periodo determinado (26 días).Para valorar la dependencia se utilizó la Escala de Barthel.
Resultados:Fueron dados de Alta 265 pacientes, de los cuales 180 (67,92%) cumplían criterios de dependencia, teniendo una media de 79,63 (dt 13,41) años. Según la escala de Barthel,95 (52,77%) pacientes están en grado de dependencia total o grave, 25 (13,96%) son de grado moderado y 60 (33,51%) de grado leve. No tenían condición de RS 148 (82,22%) pacientes y la familia asumió el Alta;26 de estos pacientes procedían de residencias y regresaron a ellas.Los pacientes en RS eran 32 (17,77%),de los cuales 10 (31,25%) recibieron ayuda y 15 (46,87%) pacientes no recibieron ayuda y fueron asumidos por la familia; estos dos grupos de pacientes han generado una media de 6 días en el hospital tras el Alta.Continúan en el hospital 7 (21,87%) pacientes,generando una media de 17,42 días de estancia tras el Alta, hasta el momento de finalizar este estudio.
Conclusiones: Actualmente el acceso de las personas dependientes a los S.Sociales es tan limitado que no llega a satisfacer la totalidad de pacientes en RS, con la consiguiente utilización de"cama hospitalaria" repercutiendo en la accesibilidad de otros pacientes.Los costes(económicos,emocionales, de esfuerzo, cuidados) de la dependencia recaen sobre la familia. Razones de calidad, éticas, económicas, de seguridad, equidad, se ven seriamente afectadas por la atención que reciben estos pacientes.La mejora depende de La ley de personas dependientes.Todos lo esperamos.
Contacto: Amada Pellico
pgomez@humv.es

C-324.- DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA DE UN HOSPITAL.
García-Martínez M, Brando-Asensio I, Martínez-Aroca C, Esteve-Cándel A, Carrillo-Alcaraz A.

En Enero de 2005, se creó la Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE), siendo uno de los criterios de exclusión para el ingreso en la unidad, la presencia de riesgo social en los pacientes. La Unidad de Trabajo Social creyó necesario la utilización de una herramienta que valorase el riesgo social en estos pacientes.
Objetivos: 1.- Analizar la presencia de riesgo social en pacientes mayores de 65 años ingresados en UMCE. 2.-Establecer los factores de riesgo para riesgo o problema social.
Metodología. Estudio prospectivo mediante encuesta "Escala de Gijón". Herramientas: Cuestionario con 5 variables (Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social), con 5 ítems cada una y con una puntuación que oscila entre 5 y 21 puntos, siendo el valor de 5 a 9 buena situación social, de 10 a 14 existencia de riesgo social y más de 15 con problema social. Muestra estudiada: Todos los pacientes, mayores de 65 años ingresados en la UMCE, de forma consecutiva durante un periodo de 9 meses. Análisis estadístico: Variables cuantitativas: media ± desviación estándar. Variables cualitativas: porcentajes. Comparación entre variables: ANOVA de un factor, prueba Ji2 tendencia lineal y análisis multivariante.
Resultados. 346 pacientes, 106 en año 2005 y 240 casos en 2006. Sexo y edad: hombres 148 (42.8%) y mujeres 198 (57.2%), edad hombre: 78+6 y mujer: 80+7 (p=0.003). 189 casos (54.6%) viven zona urbana. Conviven con pareja 186 casos (53.8%). Presentan patología crónica 185 pacientes (53.5%). Situación familiar: 277 casos (80.1%) tienen escaso apoyo familiar y presentan algún tipo de dependencia. Se detecta riesgo o problema social en 180 casos (52%); de estos: 114 casos (63.6%) son mujeres, y conviven sin pareja en 128 casos (80%). Los casos en los que la fuente de información ha sido el propio paciente fueron 179 (51.7%). Se detecta mediante análisis multivariante como factores de riesgo significativos par problema/riesgo social: Contestación del cuestionario por el paciente en vez del acompañante (OR=0.411, IC-95%= 0.258 a 0.653; p=0.001), el género masculino (OR= 0.447; IC-95%= 0.272 a 0.736; p=0.002), habitar en zona urbana (OR=1.670, IC-95%= 1.047 a 2.664;p 0.031) y convivir sin pareja (OR=2.319,IC-95%=1.407 a 3.822; p=0.001).
Conclusiones. La presencia de riesgo o problema social es frecuente en los ancianos ingresados en una UMCE. El vivir en zona urbana, convivir sin pareja, el genero masculino y el que responda a la encuesta sea el mismo paciente aumenta el riesgo social
Contacto: Andrés Carrillo Alcaraz
968246333@telefonica.net

C-325.- EVOLUCIÓN DE PERFIL DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE MEDIA ESTANCIA-SUBAGUDOS EN GIPUZKOA. 2004-05.
Larrañaga-Padilla I, Berigistain-Aranzasti JM, Elosegi-Vallejo E, Álvarez de Arcaya-Vitoria M, Sánchez-Urcelay I.

Objetivo. El progresivo envejecimiento de la poblaci.implica un importante aumento de la demanda de cuidados sanitar.sociales. A las características de pluripatología y plurifarmacia de este colectivo se suma una especial susceptibilidad y fragilidad clínica, y el riesgo de la pérdida gradual de su autonomía. El obj.de este trabajo es comparar el perfil de pacientes y el nivel de necesidades sanitar.y sociales en usuarios de camas de m.e./subagudos.
Mat. y métodos.Para racionalizar la asignación del recurso hospital. más apropiado a las características y necesidades del paciente, se ha utili-

zado desde 2004 un cuestionario valoración integral del paciente, asignando hos.de m.e., centro sociosan. o institucionalización en residencia social, según la puntuación obtenida en la valoración. El cuesti.de valoración fue cumplimentado por personal, del Ser. Admisión del H. Donostia.

Resultados: Los ingresos se caracterizaron por: la avanzada edad (e.m.en torno a 76) y una mayor proporción de las mujeres (53%). Los hos. de agudos fueron los principales demandantes de los servicios de m.e. y sociosan.(81%-60% respectivam.). Los procesos que más frecuentemente precisaron ingresos en m.e. fueron las "enfer.agudas con secuelas invalidantes" (de 43%-52%), siendo los diagnósticos más frecuentes: ACVA,fracturas,neoplasias y enfermedades del apar. respiratorio. Como patología asociada destacan: insuf. cardiaca, poliartrosis, diabetes, y enfer.vascular periférica. Los datos evidenciaron importantes niveles de dependencia; según el test de Barthel, el 74% de los pacientes presentaban dependencia total o severa para las actividades básicas de la vida diaria. Globalmente la puntuación correspondiente a los aspectos médicos incrementó un 26% respecto al 2004, lo que indica un incremento de la carga médica y la valoración social de 2005 empeoró un 12% respecto al 2004.

Conclusiones. La gestión eficiente del paciente mayor con patología crónica en un modelo asistencial racional y equitativo exige el desarrollo futuro de los sigu.aspectos: a) el conocimiento del grado de satisfacción de los pacientes y sus familias con el servicio recibido y su percepción sobre la adecuación de los cuidados; b) la articulación de una atención continuada, basada en la coordinación de los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales; y c) elaboración de guías sobre procedimientos y cuidados que cada nivel asistencial debe proporcionar para algunas de las patologías crónicas más prevalentes en este colectivo.

Contacto: Isabel Larrañaga Padilla
ilarranaga@ej-gv.es

COMUNICACIONES PÓSTER

P-001.- CONTROL DE CALIDAD EN DOSIS UNITARIA DE UN SFH A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DEL REGISTRO DE RECLAMACIONES DE MEDICAMENTOS.
Aguado-Martín J, Duro-Martínez AM, Pérez-Encinas M.

Objetivo: El objetivo del estudio es determinar la tasa de reclamaciones de medicamentos por las Unidades de Enfermería e identificar las principales causas de las mismas dentro del sistema de DMDU.
Método: análisis retrospectivo del registro de reclamaciones de medicamentos por las Unidades de Enfermería durante el mes de enero del 2006. El hospital dispone de 450 camas funcionales, con un sistema de DMDU diario en la totalidad de las camas y un stock de medicación en planta para cubrir las necesidades nocturnas de medicación. Los datos se obtuvieron de un documento estandarizado de registro de reclamaciones que incluye la siguiente codificación: A) Medicamento pautado no dispensado; B) Error en la prescripción informatizada; C) Prescripción de ingreso (orden médica no enviada); D)Medicamento fuera de la guía farmacoterapéutica; E)Medicamento pautado pero no transcrito en programa DU; F) Dispensación de medicamento equivocado; G)Nºde medicamentos dispensados incorrecto;H) Medicamento multidosis agotado; I)Medicamento disponible en el stock de planta; J) Medicamento ya dispensado. El indicador utilizado es Tasa de reclamaciones (TR): (nº reclamaciones durante el periodo de estudio/nº de unidades dispensadas durante el periodo de estudio)* 100.
Resultados: durante el periodo analizado se han procesado las órdenes médicas correspondientes a 10.362 estancias que han generado 50.003 líneas de prescripción. La estancia hospitalaria media fue de 6,11 días y el índice de rotación de camas de 4,93 días. Se detectaron un total de 352 reclamaciones que representa una tasa global de reclamaciones del 0,70. La TR más alta 1,53 es en cuidados críticos, seguida por la de las especialidades quirúrgicas (ORL, urología, ginecología) de 1,32, a excepción de cirugía general. Dentro de las especialidades médicas, medicina interna tiene una TR de 0,78 frente a 0,55 para el resto de las especialidades médicas.La más baja Psiquiatría presenta 0.01.Las causas principales de las reclamaciones son tipo A con 58,8%, seguido de tipo C con 27.3%. De las reclamaciones codificadas el 66,4% son actividades de farmacia y el 33,6% actividades médico/enfermería de planta.
Conclusiones: la tasa de reclamaciones obtenida es mejorable, especialmente en servicios quirúrgicos con alto índice de rotación y servicios médicos con pacientes polimedicados. El análisis de las reclamaciones nos ha permitido detectar los puntos críticos, de manera que se adopten las medidas adecuadas para conseguir una mejora continua de la calidad.
Contacto: Ana María Duro
amduro@fhalcorcon.es

P-002.- ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES AL ALTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA.
Bielsa AM, Arenere M, Abad R, Figueras MP, Huarte R, Gómez J.

Objetivo: Hay suficiente bibliografía que apoya una suprautilización de los inhibidores de la bomba de protones (IBP). El objetivo del estudio consistió en determinar la adecuación de la prescripción al alta de los IBP indicados en la profilaxis de úlcera gástrica o duodenal de acuerdo con la evidencia científica en los pacientes que habían estado ingresados en el Servicio de Medicina Interna.
Método: Se revisaron los informes al alta de enero a abril de 2005 y se comprobaron las indicaciones de los inhibidores de la bomba de protones de acuerdo a la evidencia científica.
- Pacientes de más de 60 años en tratamiento concomitante con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Pacientes en tratamiento con AINE + corticoides.
- Pacientes en tratamiento con AINE + AAS.
- Pacientes en tratamiento con AINE + anticoagulantes.
- Pacientes en tratamiento con AINE + antiagregantes.
- Pacientes en tratamiento con AINE + antecedentes de patología digestiva.
- Pacientes en tratamiento con COXIB + antecedentes personales de hemorragia digestiva.
- Pacientes en tratamiento con COXIB + AAS.
- Pacientes en tratamiento con AAS y con ulcus o enfermedad grave.

Resultados: De 463 altas revisadas, 210 (45.4%) tuvieron IBP prescritos y 60 (28.6%) fueron genéricos. De los antecedentes recogidos: 63 pacientes tuvieron antecedentes de patología digestiva (25 con hernia de hiato), 58 pacientes tomaban ácido acetil salicílico a dosis bajas, 23 estaban con antiagregantes, 31 tomaban acenocumarol, 7 estaban en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, 55 tomaban corticoides y 17 AINE. En 75 casos (35.7%) se prescribieron IBP y estaba indicado, en 129 (61.4% de los prescritos y 27.8% de las altas) se prescribió y no estaba indicado, en 6 casos (1.3%) estaba indicado y no se prescribió y en 43 (9.3%) no se logró saber si estaba indicado.
Conclusiones: 1. Al 27.8% de las altas de les prescribió algún IBP sin indicación establecida. 2. Sólo el 28.6% de los IBP prescritos son genéricos. 3. Es necesario hacer intervenciones a este nive, puesto que una vez iniciado el tratamiento se suele mantener de por vida, con el gasto que supone y desarrollo de potenciales efectos adversos.
Contacto: Mercedes Arenere Mendoza
marenere@terra.es

P-003.- ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FILGASTRIM.
Gómez-Pedrero AM, González-González EM, Adreu-de Dios AI, Pérez-Encinas M, Toro-Chico P.

Objetivo:Analizar la utilización de filgrastim en pacientes con Linfoma no Hodgkin (LNH) tratados en oncología y hematología.
Métodos:Estudio retrospectivo observacional de pacientes con LNH que iniciaron tratamiento quimioterápico entre enero y diciembre 2005. Variables registradas: sexo, edad, peso, dosis y fecha de administración del esquema quimioterápico, y administración o no de filgrastim, registrando los casos de uso, dosis, tiempo de inicio del tratamiento, duración, grado de neutropenia en cada visita y la indicación, considerando cada indicación como un tratamiento independiente.
Resultados:Se analizaron un total de 23 pacientes, de ellos 14 (60,9%) eran varones y 9 (39,1%) mujeres. La edad media de los pacientes fue 61,87 años (IC95%, 55,86-67,88). Distribución de pacientes por servicios, 13 (56.5%) correspondieron a hematología y 10 pacientes (43.5%) a oncología. Los esquemas más utilizados en hematología fueron CHOP-Rituximab (25%), CHOP (15%), FCR (15%), resto (20%) y en oncología CHOP-Rituximab (50%), CVP-Rituximab (41,7%) y Rituximab en terapia de mantenimiento (8.3%).
Filgrastim se usó en 89 de los 171 tratamientos, correspondiendo 51 a hematología y 38 a oncología. Distribución de la indicación según servicio: hematología, 4 tratamientos en profilaxis primaria, 42 en profilaxis secundaria y 5 para el tratamiento de la neutropenia febril; en oncología: 27 tratamientos en profilaxis primaria y 11 en profilaxis secundaria. Filgrastim se administró por vía subcutánea a una dosis media de 5 mcg/Kg/día ajustando la dosis al contenido del vial (300 mcg ó 480 mcg), en el caso de hematología 4 pacientes recibieron una dosis entre 3 y 4 mcg/Kg/día.
La media de inicio del tratamiento con filgastrim tras el ciclo de quimioterapia fue de 86,67 horas para los pacientes de oncología, y 216,48 horas para los de hematología, ya que a éstos se les realiza un control analítico a los diez días de recibir la quimioterapia, para evaluar la necesidad de pautar filgrastim con el objeto de evitar la reducción de dosis o el retraso en la administración del siguiente ciclo. En relación a la duración del tratamiento, fue de 5,51 (IC95%, 4,03-6,99) y 5,89 días (IC95%, 5,50-6,26) para hematología y oncología respectivamente.
Conclusiones:Los resultados del estudio ponen de manifiesto la gran variabilidad en la utilización de filgrastim en pacientes con LNH. Por tanto, sería necesario elaborar un protocolo de utilización de este fármaco que consensue la forma de trabajo en ambos servicios.
Contacto: Ana M. Gómez Pedrero
amgomez@fhalcorcon.es

P-004.- COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA TRAS EL CAMBIO DE NORMATIVA.
Arenere M, Agustín MJ, Idoipe A, Alonso V, Casajús MP, Palomo P.

Objetivo: Evaluar la evolución de la calidad de la identificación de las muestras para investigación clínica tras la aplicación de las Normas de Correcta Fabricación de medicamentos en la Unión Europea según RD 223/2004 comparándolas con la normativa anterior, RD 561/1993.

Métodos: Estudio comparativo retrospectivo de las recepciones de medicamentos objeto de ensayo clínico durante 2005 con las recepciones anteriores a la nueva normativa en un hospital de 1300 camas. Las fuentes de recogida de datos son los registros de los controles de recepción realizados por el Servicio de Farmacia y las variables son los datos sobre etiquetado según RD 561/1993 y RD 223/2004.
Resultados: De 394 recepciones que corresponden al periodo en el que estaba en vigencia el anterior decreto el 65,7% tienen el etiquetado correcto con un 95,7% de cumplimiento medio y de 339 recepciones correspondientes al RD 223/2004 el 21,1% cumplen la normativa de etiquetado correcto con un cumplimiento medio de 92,4%. El grado de cumplimiento de los diferentes items comunes comparando RD 561/1993 y RD 223/2004 fue: forma farmacéutica 99,7% frente a 100,0%, vía de administración 87,8% frente a 100,0%, dosis 99,5% frente a 98,7%, lote 100,0% frente a 97,4%, "muestra exclusiva de ensayo clínico" 96,9% frente a 94,7%, código de protocolo 90,6% frente a 96,1%, conservación 100,0% frente a 100,0% y caducidad 97,2% frente a 100,0%. En los items propios del RD 561/1993 el grado de cumplimiento fue del 100,0% para el nombre y dirección del laboratorio y del 85,3% para el nombre del director técnico. Para los items propios del RD 223/2004 el grado de cumplimiento fue del 89,5% para el promotor, del 96,1% para la identificación del sujeto, del 100,0% para las instrucciones de uso, del 30,2% para el nombre del investigador principal y del 98,7% para el item "manténgase fuera del alcance de los niños".
Conclusiones: 1.El porcentaje de etiquetado correcto con la anterior normativa fue mayor (65,7%) con la actual (21,1%). 2.El grado de cumplimiento medio con la anterior normativa fue más alto (95,7%) que con la actual (92,4%). 3.De los items que obligatoriamente deben estar en el acondicionamiento inmediato destaca la mejora en el cumplimiento con el presente decreto de la vía de administración (de 87,8% a 100,0%) y la disminución del cumplimiento del lote (de 100,0% a 97,4%). 4.El item caducidad a pasado del 97,2% a 100,% de cumplimiento.
Contacto: Mercedes Arenere Mendoza
marenere@terra.es

P-005.- IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS COMO ACCIÓN DE MEJORA PARA ASEGURAR LA TRAZABILIDAD.
López-Azcona AF, Simó-Sisó JM, Tous-Núñez E, García-Marín J.

Objetivos. 1. Preservar la integridad de las muestras de diagnóstico, manteniendo la estabilidad de las propiedades biológiques que las componen desde el momento de la obtención hasta la recepción en el centro. 2. Cumplir las condiciones, requisitos de seguridad y las instrucciones de embalaje del acuerdo europeo de transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera (ADR) para disminuir o minimizar el riesgo que puede comportar para los manipuladores implicados en el transporte. 3. Elaborar e implementar el protocolo de transporte de muestras biológicas.
Métodos:
Revisión de las normativas vigentes en materia de transporte y conservación de muestras biológicas.
Elaboración del protocolo según normativa
Estudio y compra de materiales para factibilizar la implementación.
Difusión del protocolo en 7 centros periféricos.
Monitorización de la implementación mediante el uso del registro: nombre, DNI, fecha, hora en la emisión, transporte y recepción.
Valoración de la implementación de junio 05 a junio 06.
Resultados:
Número de registros totales: 775

Centro	Distancia en KM	Tiempo promedio de transporte en minutos
1	0.5	No cumplimentado
2	2	25
3	9.7	28
4	13.8	72
5	13.8	106
6	35.2	78
7	78.7	No cumplimentado

Se observa un intervalo de recepción máximo de dos horas.
Nivel de cumplimentación: Se aprecian diferencias entre centros, meses y apartados de emisión, transporte y recepción.
No se ha documentado ninguna incidencia durante el transporte.
Conclusiones:
El tiempo de duración del transporte es inferior al tiempo máximo permitido.
No queda documentado el tiempo y las condiciones de conservación de las muestras en el periodo transcurrido entre la extracción y la entrega al responsable del transporte. Queda pendiente su registro y definición para asegurar la trazabilidad.
Adquiere una especial relevancia la comunicación entre centros periféricos, empresa responsable del transporte y el laboratorio de referencia, para el análisis de los resultados y definición de acciones de mejora.
Los requerimientos de conservación de muestras para los laboratorios de anatomía patológica, microbiología y laboratorio general, permiten una organización diferenciada del transporte y conservación en los 3 grupos.
Contacto: Ana Felisa López Azcona
aflopez@grupsagessa.com

P-006.- PROGRAMA DE CALIDAD PARA LA RECUPERACIÓN DE MEDICAMENTOS DEVUELTOS AL SERVICIO DE FARMACIA.
González-Valdivieso J, González-Navarro M, Pérez-Peiró C, Lario-Sahuquillo MM, Catalá-Gregori A, Jiménez-Torres V.

Objetivos:. Asegurar que los medicamentos devueltos a la Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos (UFPE) del Servicio de Farmacia se recuperan según criterios definidos de calidad.
Material y métodos:
Periodo de estudio: 6 meses (Octubre 2005 - Marzo 2006).
Criterios de calidad establecidos:
1. Dependientes del medicamento: 1.1. Caducidad y 1.2. Conservación.
2. Dependientes del envase: 2.1. Aspecto físico inalterado, 2.2. Precintado y 2.3. Desprecintado envasado en blister.
El proceso de devolución de los medicamentos siguió un diagrama de flujo, clasificándose los medicamentos en recuperables y no recuperables según los criterios de calidad establecidos. Los medicamentos recuperables, se remitieron a dosis unitarias, a la UFPE o al almacén general del Servicio de Farmacia para su posterior dispensación. La eliminación de los no recuperables se llevó a cabo según normas internas del hospital.
Variables estudiadas: número de pacientes que devuelven medicación, unidades y coste de medicamentos devueltos, coste de los medicamentos recuperables y no recuperables, y cálculo del retorno de inversión (%) considerado como el cociente entre beneficio neto y coste del programa.
Se utilizó la clasificación Pareto para establecer tres grupos de medicamentos (grupo A, B y C) en función de las unidades recuperables y al coste. Se asumió como puntos de corte entre AB y BC el 70 y 90 % de las frecuencias relativas acumuladas.
Resultados: El número de pacientes que devolvieron medicamentos fue de 195 (7,12%), de un total de 2.378 pacientes atendidos durante este periodo en la UFPE. Se devolvieron 46 medicamentos distintos (33.968 unidades) con un coste de 149.499,74 €. El número de unidades de medicamentos recuperables fue de 31.728 unidades (99%) con un coste de 144.812,06 € (96%).
La clasificación Pareto en función de las unidades recuperables fue: Grupo A, 22.209,60; Grupo B, 6.345,60; y Grupo C, 3.172,87. La clasificación Pareto en función de los costes fue: Grupo A, 101.368,44 €; Grupo B, 28.962,41 €; y Grupo C, 14.481,21 €.
El % del retorno medio en € de la inversión fue de 9.001 (7.972-10.031) dependiendo del personal farmacéutico implicado, Adjunto o Residente.
Conclusiones: El establecimiento de unos criterios de calidad garantiza la recuperación de manera segura, idónea y efectiva de gran parte de los medicamentos devueltos al Servicio de Farmacia. El retorno de inversión confirma la bondad del programa de calidad.
Contacto: Juan González Valdivieso
gonzalez_juaval@gva.es

P-007.- PLAN DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (PVPCIN) : ORIENTACIÓN A LA MEJORA CONTINUA.
Cantero D, Oliver A, Arroyo MJ, Moracho O, Landaluce JI.

Objetivos: Establecer una sistemática PDCA en el Proceso de Prevención, Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial en el Hospital de Zuma-

rraga, de cara a la Certificación UNE ISO 9001-2000, que permita una mejora continua basada en objetivos establecidos anualmente.
Método: Los Planes de Prevención, Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN) constituyen un proceso corporativo llevado a cabo por todos los hospitales de la Red de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, a través de una Comisión Asesora en materia de Infección nosocomial (Comisión INOZ). Dichos planes engloban el conjunto de actividades que se realizan para minimizar el impacto de la infección nosocomial. A lo largo de los años, dichos planes han sido objeto de auditorías externas realizadas desde la Organización Central de Osakidetza, sin embargo, ningún hospital de la red ha conseguido orientar el proceso hacia un ciclo de mejora continua, fijándose objetivos anualmente. Dada la experiencia en el ámbito de la calidad que posee el Hospital de Zumarraga, se realiza la adaptación del proceso PVPCIN siguiendo la metodología que propone la Norma ISO 9001-2000.
Resultados: Se divide el PVPCIN en 7 áreas: Bioseguridad ambiental, Higiene hospitalaria, Aislamientos y brotes, Limpieza, Esterilización, Epidemiología, y Formación y Educación Sanitaria. Cada una de ellas, cuenta con actividades de Prevención (Planificación), actividades de vigilancia (evaluación), y actividades de control. El conjunto de procedimientos preventivos de todas las áreas constituye el Plan de Prevención. Del mismo modo se constituyen el Plan de Vigilancia y el Plan de Control. Se establecen indicadores de actividad y resultado para cada una de las áreas de interés. Se realiza un análisis de los datos registrados en años anteriores, para evaluar las tendencias de dichos indicadores y poder fijar unos objetivos anuales. Finalmente se establece un cuadro de mando del PVPCIN, y se presenta a Certificación, obteniéndose la misma en Abril de 2006.
Conclusiones: La necesidad de orientar todos los PVPCIN hacia la mejora continua, es condición indispensable para, primero disminuir la variabilidad de procedimientos y resultados que se observan en los hospitales de la red, segundo facilitar un benchmarking fiable entre los centros, y tercero y más importante, garantizar el máximo nivel de seguridad a los pacientes que acuden a nuestro centro, en cuanto a la aparición de infección nosocomial se refiere.
Contacto: David Cantero González
dcantero@hzum.osakidetza.net

P-008.- EVALUACIÓN POR UN SERVICIO DE FARMACIA DEL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES A NIVEL HOSPITALARIO.
Valiente F, Pareja A, de la Rubia A, Ferrer P, Alcaraz M.

Objetivo. Los medicamentos estupefacientes, en el ámbito hospitalario, están sometidos a un riguroso control de acuerdo con la legislación vigente (circular 12/80 de la Dirección General de Insalud). El servicio de farmacia en el hospital es garante y responsable del adecuado cumplimiento de dicha legislación, es por esto que nuestros objetivos son:
1. Cuantificar el grado de cumplimiento, por parte de las unidades clínicas, de la legislación vigente en cuanto a las medidas de control y custodia de estupefacientes.
2. Detectar áreas de mejora.
Metodología. Se diseña un estudio trasversal y cruzado. Dimensión estudiada: calidad científico.técnica. Unidades de estudio: 48 unidades de enfermería tanto de hospitalización, hospital de día como consultas externas de un complejo hospitalario de referencia. Como fuente de datos se usaron los libros de contabilidad de control en planta de estupefacientes y entrevista con los supervisores de enfermería implicados a través de un breve cuestionario que sirvió como hoja de recogida de datos. Para evaluar la calidad se definen 5 criterios, basados en la circular 12/1980, analizando tanto datos de estructura como de proceso.
Resultados. C1 Posesión del libro de contabilidad: 66% de cumplimiento.
C2 Libros de control de planta que usan una hoja para cada estupefaciente: 50% cumplimiento.
C3 Coincidencia de saldo reflejado en el libro con el stock real: 19% de cumplimiento.
C4 En el libro no se deben contabilizar fármacos distintos a los estupefacientes: 85% de cumplimiento.
C5 Existencia de armario o caja de seguridad: 35% de cumplimiento
Conclusiones:
1. El control y custodia de estupefacientes en un hospital por parte de la unidades de enfermería es susceptible de mejora.
2. Se hace necesaria una REVISIÓN, por parte del servicio de farmacia, del procedimiento de control de estupefacientes en planta y la DIFUSIÓN del mismo entre el personal de enfermería.
3. Es preciso concienciar al personal de enfermería, con el visto bueno de la Dirección-
Gerencia de la importancia del obligado cumplimiento de la legislación vigente
Contacto: Francisco Valiente Borrego
francisco.valiente@carm.es

P-009.- AUDITORÍA DEL ESTADO DE LOS CARROS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR.
García-Andrés MC, Rodríguez-Valerón C, Rosado Ramírez R, Villan García J.

Introducción: La aplicación de la reanimación cardiopulmonar (RCP) debe sustentarse en un sistema organizado para que sea eficaz (Safar, Bircher, 1990). El material empleado en la RCP está organizado en "carros de paro cardíaco", reservados para su utilización según los protocolos de RCP, con el material preciso, y un procedimiento de uso, reposición y mantenimiento (Castillo, García-Guasch, 1999;46:183-5). El óptimo estado de los carros de parada garantiza una posible resucitación exitosa (ILCOR,2005;67S1,S1-S2).
Objetivos: Evaluar el contenido y el funcionamiento de los equipos de los carros de parada del H.U.N.S. de Candelaria, valorando la disponibilidad de equipo y material para ejecutar eficazmente los protocolos de reanimación cardiopulmonar desde 2003 a 2005.
Métodos: Análisis de la evolución de la de intervención prospectiva del equipo y funcionalidad de los carros de RCP de nuestro Complejo Hospitalario en el 2003 (dos evaluaciones, una cada semestre), 2004 (solo una evaluación) y 2005 (dos evaluaciones, una cada semestre). La auditoria interna está formada por personal del departamento de Calidad de Enfermería perteneciente a la Dirección del Hospital. El grupo auditor elaboró un listado del equipo mínimo que los carros de parada deberían contener con 81 aspectos de los cuales 40 son clasificados como deficiencias leves (no impiden la RCP sólo la hacen más molesta), graves (las maniobras de RCP pueden ser subóptimas) y muy graves (imposibilitan las maniobras correctas) (Fierro et al., 2003;27:399-403). Se evaluaron el 100% de carros de parada existentes en el Complejo hospitalario en los días de las auditorías interna.
Resultados: Se evaluaron durante los tres años analizados 116 carros de parada.

Deficiencias	Año 2003		Año 2004	Año 2005	
	1er Sem.	2a Sem.	Única eval.	1er Sem.	2r Sem.
Leves	88 (16%)	68 (13%)	8 (2%)	20 (4%)	16 (3%)
Graves	48 (13%)	32 (9%)	3 (1%)	8 (3%)	18 (6%)
Muy graves	39 (8%)	26 (5%)	3 (1%)	6 (1%)	17 (4%)
Carros Totales	71		24	71	

Conclusiones: La intervención de los auditores que identifican las deficiencias de los carros de parada influyen positivamente en el perfecto estado de los mismos de una manera inmediata aunque a largo plazo se refuerza la intervención con los informes escritos de recuerdo pasadas unas semanas. Hemos constatado que desde el año 2003 en que se realizo la 1a auditoria al 2005 la situación ha mejorado considerablemente. Se identifican más deficiencias en los carros si disminuimos el número de intervenciones evaluativas.
Contacto: Julio Villán García
jvilgarm@gobiernodecanarias.org

P-010.- IMPLANTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
Pareja A, Valiente F, de la Rubia A, Ferrer P, Alcaraz M.

Objetivo. El servicio de farmacia en el hospital es garante y co-responsable junto a la Dirección-Gerencia del adecuado cumplimiento de la legislación sobre el control de los estupefacientes a nivel hospitalario (circular 12/1980). Nuestro objetivo:Mejorar el grado de cumplimiento de la legislación vigente en cuanto a las medidas de control y custodia de estupefacientes por parte del personal de enfermería de planta.
Metodología. Se aplica un ciclo de mejora donde se establecieron 5 criterios para evaluar la calidad C1 tenencia de libro de contabilidad, C2

asignar una hoja a cada estupefaciente contabilizado, C3 coincidencia del saldo reflejado en el libro con el stock real, C4 no contabilizar fármacos distintos a los estupefacientes y C5 existencia de armario o caja de seguridad en las unidades estudiadas. Tras la 1ª evaluación, el servicio de farmacia informa de los resultados obtenidos y plantea una intervención a la Dirección-Gerencia, así, de manera conjunta se diseña un plan de mejora que consiste en:
1. El servicio de farmacia dotará de libros de control de estupefacientes debidamente foliados y diligenciados a las unidades estudiadas carentes del mismo. 2. Elaboración de un PNT para el personal de servicio de farmacia "Dispensación de estupefacientes a unidades clínicas". 3. Elaboración de un PNT para el personal de planta "Dispensación, Custodia y Administración de estupefacientes en planta". 4.Difusión, entre el servicio de farmacia y la Dirección-Gerencia, del obligado cumplimiento de dichos PNT entre el personal de enfermería. 5.Instalar armario o caja de seguridad a las unidades estudiadas carentes del mismo.
Transcurridos 5 meses de la puesta en marcha del plan de mejora se realizó una reevaluación utilizando la misma hoja de recogida de datos de la 1ª evaluación.
Resultados. Estimación de la mejora conseguida C1 mejora del82%. C2 mejora del 75%. C3 mejora del 59%. C4 mejora del 83% y C5 mejora del 92%.
Conclusiones. El ciclo de mejora realizado constata un mayor cumplimiento de las medidas de control de estupefacientes, por parte del personal de enfermería.
La intervención ha supuesto una mejora muy considerable en todos los criterios evaluados.
El desarrollo de canales de comunicación entre profesionales es clave para la mejora de la calidad de los servicios.
Los procedimientos normalizados de trabajo son una herramienta muy útil para agilizar los procesos.
El control de los estupefacientes en planta requiere un seguimiento para conseguir un 100% del cumplimiento de la legislación vigente.
Contacto: Ana Pareja
francisco.valiente@carm.es

P-011.- GESTIÓN DEL CONTROL Y TRATAMIENTO CON SINTROM EN EL HOSPITAL DE SANTA MARINA.
Martínez L, Dilla A, Freasco MA, Puente E, Llarena MJ, Goti ME.

Introducción. Hasta Abril del 2005,el control de Sintrón se realizaba mediante envio de las muestras de sangre al Hospital dónde el paciente venia controlándose,o a nuestro Hospital de referencia.Esta derivación del control nos producía una serie de problemas,como no recibir el resultado o recibirlo fuera de hora.
En este momento el Hospital,lleva el control del sintróm de sus pacientes desde su propio laboratorio,con el soporte del Hospital de Cruces si así lo considera la Dra. Fresco.La dinámica de trabajo cambia,produciéndose una serie de incidencias las cuales requieren un seguimiento con el fin de conseguir una gestión eficaz y beneficiar a todos los niveles profesionales implicados,garantizando una optima atención al paciente.
Objetivo. Optimizar la gestión de las pruebas para la determinación y control de tratamiento con sintróm en pacientes que ingresan en nuestro centro.
Metodología. La metodología utilizada es la de Gestión por Procesos con Ficha de descripción básica del proceso,Inicio y Fin,Servicios implicados,Actividades y Procedimientos con sus entradas y salidas,Objetivos e Indicadores del Proceso,Herramientas,Diagrama de Flujo,Revisión y Áreas de Mejora introducidas.
Resultados. Desde Abril del 2005 hasta finales,con el ACL hemos realizado 338 controles,con el PROTIME 392 y los derivados a Cruces 203.
Desde Enero del 2006 hasta Marzo incluido con el ACL 186,con el PROTIME 171 y los derivados a Cruces 132.
Conclusiones:
- A pesar de la variabilidad existente en el proceso,se ha conseguido proceder adecuadamente en todos los casos relativos a pauta y control de tratamiento con Sintróm.
- Tanto en el servicio de Urgencias cómo en el de Hospitalización,se establecen los pasos a seguir para controlar y administrar la dosis de Sintróm así cómo la información a los pacientes.
- Para completar el circuito,se establece una comunicación directa entre el Hospital y Atención Primaria determinando el tratamiento y la fecha del próximo control.
Contacto: M. Eugenia Goti Aguirre
egoti@hmar.osakidetza.net

P-012.- ANÁLISIS DE CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON REACCIONES A PENICILINAS EN CENTROS CONCERTADOS.
Vila C, Tejedor MA, Rosado A, Alonso MD, Lindo D, Lorenzo S.

Objetivos. Determinar si incide el centro de procedencia en la exactitud del diagnóstico de hipersensibilidad a fármacos. Se evaluaron los resultados finales de los estudios alergológicos realizados en 2 grupos de pacientes remitidos a la Unidad de Alergia para valoración de reacción adversa previa a fármacos betalactámicos (RAB): 1) pacientes evaluados inicialmente en un centro hospitalario por alergólogos formados vía MIR, frente a 2) un grupo de pacientes previamente valorados en un Centro concertado (CC), centros de titularidad privada concertados con la Seguridad Social donde se remitían de forma habitual hasta 1997 para estudios alergológicos.
Métodos. Se recogieron datos de 622 pacientes [R:1 y 86 años] y edad media 24 $\pm$ 2.5 años, que habían recibido valoración alergológica en nuestra Unidad por RAB, entre 1998-2002. Se les realizaron pruebas diagnósticas de alergia a medicamentos protocolizadas según consensos internacionales
Resultados. 30.7% (n=191) había sido valorado previamente de CC y 74% de estos casos (n=141) tenía, tras acabar su estudio en dichos centros, prohibiciones a 2 ó más familias de fármacos. El tiempo transcurrido entre la aparición de la RAB y la primera visita a nuestra Unidad era, por termino medio, de 7.6 años en grupo 1 y de 17.9 años en el grupo 2,
Una vez completado estudio alergológico, se confirmó la hipersensibilidad a betalactámicos solo en un 21% (n=40) de los pacientes previamente diagnosticados como alérgicos en CC. En los pacientes procedentes de CC se obtuvo el diagnóstico definitivo por anamnesis sólo en un 3.9% de los casos (frente a un 10.6% en grupo 1; $p<0.001$) y mediante determinación de anticuerpos IgE específicos al fármaco en el 0.9% de los casos (frente a un 5.3% en grupo 1;$p<0.001$).
Conclusiones. La demora en la valoración por personal cualificado de los pacientes con RAB, retrasa la obtención de una diagnostico fiable y exige técnicas diagnósticas más agresivas. La escasa fiabilidad de la información obtenida desde estos CC, aportando conclusiones erróneas sobre prohibiciones de fármacos, puede tener implicaciones sobre la salud pública debido al mayor uso de antibióticos alternativos más caros y menos eficaces al ser de segunda elección.
La derivación de pacientes a los CC ha supuesto duplicación de los estudios en unidades acreditadas para su confirmación diagnóstica. Por ello, parece necesario establecer criterios de calidad a la actividad asistencial "concertada", capaces de satisfacer las necesidades reales de los usuarios.
Contacto: Concepción Vila Albelda
cvila@fhalcorcon.es

P-013.- NORMALIZACIÓN DEL PROTOCOLO Y CIRCUITOS DE NUTRICIÓN PARENTERAL MEDIANTE CICLO DE MEJORA.
Castillo-Gómez C, Sánchez-Teruel F, Cerezo-Muñoz A, López-Abellán D, Martínez-Soriano G.

Objetivos: Análisis de la situación en relación a la NPT(Nutrición Parenteral Total) desde el área de Farmacia
Implantación de un sistema de calidad en NPT
Mejora de la coordinación entre los Servicios Clínicos (SC) y el Servicio de Farmacia (SF)
Métodos: Se crea un grupo de mejora.
Tras análisis de causa, las acciones de mejora detectadas fueron:
Variabilidad en la prescripción,profundas diferencias intermensuales en cuanto a utilización de NPT,elevado consumo de nutrición periférica hipocalórica,retraso en la recepción de solicitudes en el SF,falta de identificación correcta del paciente,elevado número de nutriciones preparadas para posteriormente ser desechadas, inadecuación del día de solicitud.

Se plantea así la necesidad de realizar una acción de mejora.
Tras el diseño de una hoja de verificación del grado de cumplimiento ,se realiza un primer análisis durante un periodo de seis meses ,controlando el universo de las nutriciones prescritas. Los criterios evaluados fueron:
Criterio 1: identificación del paciente. Criterio 2 : identificación del facultativo. Criterio 3: identificación del diagnóstico, Criterio 4: horario de recepción de la petición. Criterio 5: día de petición. Criterio 6: adecuación de la NPT al protocolo establecido.
Posteriormente al análisis de los resultados obtenidos se establecen las medidas correctoras que son: divulgación de los resultados por la Dirección Médica a través de la Comisión de Farmacia a los Jefes los SC implicados, rediseño de circuitos y actualización del Protocolo.
Se realiza una segunda evaluación durante un periodo de estudio de 6 meses, del universo de la prescripciones.
Resultados: Para el primer criterio ,la primera evaluación da un grado de cumplimiento del 86%, que pasa al 100% en la segunda evaluación; en el criterio 2, pasa de un 4% de cumplimiento en la primera evaluación al 3% en la segunda. En el criterio 3, en ambas mediciones aparece un 0% de cumplimiento. En el criterio 4, Horario de petición se ajusta a protocolo en un 40% que pasa al 69% en la segunda evaluación. El criterio 5, pasa de un 56 al 96% y por último el criterio 6, pasa del 40 al 66%.
Conclusiones: Se observa una mejora en los criterios 1, 4,5 y 6; es especialmente significativo en los criterios 4 y 5 que ocasionaban gran distorsión en la organización del trabajo de Farmacia y el criterio 6 como indicador de calidad en la prescripción.
El criterio 3 no sufre variación y el criterio 2 empeora.
Se plantea la necesidad de monitorización para mantener la mejora.
Contacto: Carmen Castillo Gómez
carmen.castillo@carm.es

P-014.- ADECUACIÓN DE USO DE FÁRMACOS RESTRINGIDOS TRAS IMPLANTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN UN HOSPITAL COMARCAL.
Romero de Castilla R, Zamora MA, Cuadros MJ.

Objetivos: Mejorar la eficiencia de uso en algunos fármacos tras detectar desviación significativa en el gasto, no justificada por la casuística. Adoptar una actitud proactiva en la evitación de problemas relacionados con la medicación al tratarse a veces de fármacos con límites terapéuticos estrechos. Implementar una intervención estructurada orientada a la mejora de la adecuación de uso y la disminución de gasto no justificado.
Métodos:
- Identificación de fármacos desviados mediante estudio sistemático del listado ABC de consumos. Propuesta de creación de listado de fármacos restringidos en Comisión de Farmacia.
- Identificación de posibles causas de desviación mediante técnica de grupo nominal. Propuesta de acciones de mejora: actualización de protocolos en cirugía y traumatología; creación de hoja de fármacos restringidos (incluyendo: imipenen-cilastatina, piper-tazobactam, levofloxacino iv y vo, aztreonam, anfotericina B complejo lipídico, teicoplanina, ceftazidima, ertapenem y pantoprazol iv.) en la que se recoge el uso (empírico o no, o profilaxis, y la duración estimada); diseño de nuevos circuitos de documentación asociada a la prescripción farmacéutica, difusión a los profesionales de todas las medidas anteriores.
- Seguimiento mensual de consumo mediante listado ABC: gasto mensual para cada fármaco y su posición relativa en el listado ABC. Difusión de estos resultados a los profesionales, acompañados de los índices de actividad y complejidad del periodo. Discusión de los resultados en Comisión de Farmacia para generar nuevas propuestas.
Resultados: En cuatro fármacos se ha producido una reducción significativa del gasto: Imipenem (de 4700 euros, a 2750 en el primer cuatrimestre 2006; Piperacilina-tazobactam (de 4500 a 3362 euros); Pantoprazol iv de 3774 a 1737 euros. No ha mejorado el coste de levofloxacino iv (de 3020 a 4356 euros), pero ha coincidido con el pico estacional de descompensaciones respiratorias severas. Se han actualizado los protocolos en profilaxis antibiótica en cirugía y traumatología, y se está elaborando el protocolo de tratamiento empírico en neumonías graves en el hospital.
Conclusiones: Una intervención estructurada ha permitido la contención del gasto farmacéutico en algunas especialidades desviadas. Pensamos que los resultados positivos son consecuencia del esfuerzo por fundamentar sólidamente el enfoque de la intervención, no limitándonos a la comunicación seriada de las desviaciones a profesionales o a la implementación de la hoja de fármacos restringidos.
Contacto: Rafael Javier Romero de Castilla Gil
rjromero@telefónica.net

P-015.- MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN RACIONAL DE MEDICAMENTO TRAS IMPLEMENTACIÓN DE CICLO DE MEJORA EN UN HOSPITAL COMARCAL.
Romero de Castilla R, Zamora MA.

Objetivos: Tras un análisis que detectó desviaciones, nos propusimos implementar un ciclo de mejora aplicando herramientas estructuradas, para:
- Incrementar la prescripción coste-efectiva en grupos terapéuticos : AINES, IBP y estatinas
- Incrementar la prescripción por principio activo, (objetivo de Contrato-Programa)
Métodos: Realización de primera medición de nivel de calidad (universo completo de prescripciones):
- Nivel de prescripción por principio activo (33,04%)
- Prescripción de estatinas coste-efectivas (31,5%)
- Prescripción de IBP coste-efectivos (66,8%)
- Prescripción de AINES coste-efectivos (48,3%)
A continuación:
- Identificación de posibles causas de las desviaciones mediante diagrama de Ishikawa.
- Realización de diagrama de afinidades con propuestas y tareas concretas de mejora:
- Para aumentar principio activo: acciones formativas e informativas: lectura crítica de ensayos científicos, comunicación mensual de prescripción; formulación y difusión de medidas a profesionales: facilitar asistencia a congresos sin financiación de laboratorios, no permitir publicidad en comunicaciones a congresos, inclusión de la prescripción por principio activo en objetivos anuales, impulsar la actividad de la comisión de Farmacia; modular la presión comercial de laboratorios (elaborar y difundir un procedimiento para regulación de la visita médica).
- Para mejorar la adecuación en la prescripción de estatinas, IBP y AINES: comunicación mensual, inclusión en objetivos, formación de grupos de mejora entre los facultativos más prescriptores, sesiones clínicas acerca de la prescripción racional, habilitar acceso a grandes bases de datos tipo up to date.
- Elaboración de diagramas de Gantt con tareas y responsables.
Resultados: 9 meses tras la primera evaluación se realiza reevaluación de los criterios con los siguientes resultados:
- Mejora en la prescripción por principio activo (43,81%, $p<0,01$)
- Mejora en la adecuación de la prescripción de estatinas (35,35%, $p<0,01$)
- Mejora en la adecuación de la prescripción de AINES (54,24%,$p<0,01$)
- Sin variación significativa en la adecuación de la prescripción de IBP (65,22).
Conclusiones:
- La aplicación de herramientas estructuradas de gestión de calidad en el marco de un ciclo de mejora nos ha permitido mejorar los resultados en prescripción racional de medicamentos. Creemos que la efectividad de la intervención también está modulada positivamente al integrarse en el marco de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital.
Contacto: Rafael Javier Romero de Castilla Gil
rjromero@telefónica.net

P-016.- PRESCRIPCIÓN DE MONTELUKAST Y SU ADECUACIÓN A LAS INDICACIONES AUTORIZADAS.
López-Rubio S, Morales-Serna JC, García-Bonilla A.

Objetivos: Evaluar el grado de adecuación de la prescripción de montelukast a las indicaciones autorizadas.
Analizar la duración de los tratamientos en la población tratada.
Evaluar el incremento de prescripción de montelukast entre 2003 y 2005.
Método: Se realizan dos estudios de utilización de medicamentos:
Estudio descriptivo de indicación prescripción en las consultas de medicina general de los centros de atención primaria.
Estudio cuantitativo de consumo en el periodo 2003 a 2005.

Para el primero se calcula la muestra necesaria de entre el universo comprendido por el total de pacientes adultos en tratamiento con montelukast y cuya prescripción se ha realizado a través de la historia de salud digital, en el año 2005. Se revisa la historia clínica informatizada, DIRAYA, de cada uno de los pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple. Para cada uno de ellos se recoge la posología y duración de tratamiento con montelukast, así como la indicación o patología para la que ha sido prescrito.
Para el segundo se obtiene el consumo de montelukast en Dosis Diaria definida (DDD), durante el periodo 2003 a 2005, a partir de las bases de datos de consumo del Servicio Andaluz de Salud, mediante la aplicación denominada Microstrategy.
Variables:
Indicación para la que se prescribe
Duración de tratamiento
Nº de DDD prescritas de montelukast
Indicadores:
Porcentaje de prescripción en indicación autorizada
Coeficiente de variación de la duración de tratamiento
Porcentaje de incremento de la DDD entre 2003 y 2005
Este estudio tiene la limitación de que el 32% de las prescripciones no han sido realizadas a través de la historia de salud digital, por lo que no han formado parte de nuestro universo.
Resultados: El número de dosis diaria definida prescritas de montelukast ha pasado de 127.417 en 2003 a 288.249 en 2005, lo que supone una subida del 126,22%.
Los resultados de la evaluación del grado de adecuación a las indicaciones autorizadas y de la variabilidad en la duración de los tratamientos se están analizando, y serán presentados en la comunicación o poster.
Conclusión: El uso de montelukast ha sufrido un claro incremento en el periodo analizado, en el que puede haber influido tanto la utilización en indicaciones distintas a las autorizadas como la clasificación de aportación reducida para su financiación.
Contacto: Juan Carlos Morales Serna
juanc.morales.sspa@juntadeandalucia.es

P-017.- ADECUACIÓN DE UTILIZACIÓN DE PALIVIZUMAB A PROTOCOLO.
Lerma-Gaude V, Pérez-Encinas M, Lara Cátedra C.

Objetivo: Estudiar el grado de adecuación del uso de palivizumab a las recomendaciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CSCCM) y a las de la Sociedad Española de Neonatología (SEN).
Método: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes tratados con palivizumab durante el periodo epidémico 2005-2006, en un hospital general de 450 camas. Mediante revisión de las historias clínicas se ha estudiado la adecuación a las recomendaciones de la SEN, así como, a las de la CSCCM. Recomendaciones de CSCCM: A1) niños menores de dos años, con enfermedad pulmonar crónica/DBP, que han necesitado tratamiento en relación con su patología en los seis meses previos al comienzo de la epidemia; A2) niños nacidos a las 28 semanas o menos de gestación, con menos de seis meses al inicio de la estación epidémica; A3) niños con menos de 32 semanas de gestación al nacer dados de alta hospitalaria durante la primera mitad del periodo epidémico; A4) niños menores de dos años con enfermedad cardiaca congénita hemodinámicamente significativa. Recomendaciones de la SEN: muy recomendable: B1) igual a A1; B2) igual a A4; B3) niños nacidos a las 286 de gestación o menos que tengan 12 o menos meses de edad al inicio de la estación epidémica o dados de alta durante la misma; B4) niños nacidos entre las 290 y 320 semanas de gestación con seis o menos meses de edad al inicio de la estación epidémica o sean dados de alta durante la misma.
Resultados: El número de pacientes que han recibido tratamiento con palivizumab en el periodo de estudio ha sido de 13 (diez varones y tres mujeres). De ellos, nueve fueron prematuros con una edad gestacional media de 302 semanas (DE 1,33). El peso medio al nacer fue de 1,740 Kg (DE 0,6). La puntuación Apgar al primer minuto osciló de 1 a 9, y a los cinco minutos de 7 a 10. La dosis administrada fue según recomendaciones de 15 mg/Kg, una vez al mes de octubre a febrero. La distribución de pacientes según los criterios de utilización ha sido: A1 y B1 dos; B2 y A4 cuatro; A3 y B3 cuatro; y B4 dos. Por tanto, el grado de cumplimiento de los criterios recomendados por la CSCCM es del 76,92% y de los de la SEN es del 92,3%.
Conclusiones: El grado de cumplimiento de las recomendaciones de utilización palivizumab es elevado; no obstante, existe una diferencia en el mismo según la procedencia de dichas recomendaciones. Se hace necesario, por tanto, consensuar y establecer unos criterios de utilización únicos para disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
Contacto: Victoria Lerma Gaude
VictoriaL@fhalcorcon.es

P-018.- REDUCCIÓN DE LA YATROGENIA (CATETERISMO VESICAL EVITABLE) TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA.
Puche-Rubio G, Jabalera-Contreras M, Plnas-Tapias MJ, Nadal-Castan O.

Objetivo: Cuantificar la yatrogenia (Cateterismo vesical evitable) consecuente a la contaminación de muestras de orina.
Elaborar e implantar un procedimiento para la recogida de muestras de orina en pacientes incontinentes mediante una BAR (bolsa adhesiva recolectora).
Método: 1. Identificar la variabilidad en la práctica de la recogida de orina con BAR. 2. Diseñar y aplicar un estudio descriptivo y prospectivo de las diferentes variables de la práctica. 3. Analizar los resultados e identificar las variables significativas estadísticamente. 4. Elaborar e implantar un procedimiento. 5. Realizar un seguimiento del procedimiento mediante monitorización de indicadores.
Resultados: En el estudio se utiliza una muestra representativa de 1022 pacientes en los que se recoge muestra de orina con BAR. Realizado cateterismo vesical a los pacientes que presentaron un resultado positivo en el sedimento se observa que en un 4.5% de los pacientes se realizó un cateterismo que era evitable (sedimento negativo)
En cuanto al análisis de las variables se pone de manifiesto que el sexo es la más significativa estadísticamente, seguida del tiempo de permanencia de la bolsa en el paciente. Las otras variables consideradas (utilización de guantes y el método de extracción de la orina) no se muestran significativas.
Conclusiones: Los procedimientos son una herramienta útil para homogeneizar la práctica y mejorarla, siempre que estén fundamentados en estudios, consensuados de forma multidisciplinar y monitorizado su seguimiento.
La implantación del procedimiento ha permitido la mejora de la práctica, ya que el porcentaje de la yatrogenia (cateterismos vesicales evitables) se ha reducido del 4.5 % al 1.8% en 1 año.
Contacto: Guillermo Puche Rubio
gpuche@hsjdbcn.org

P-019.- PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL ÁREA DE URGENCIAS COMO PARTE DEL PROCESO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL.
Toro-Chico P, Morales-García E, Noguera-Quijada C, Pérez-Encinas M, Sanmartín-Fenollera P.

Objetivo: Implantación de un programa asistencial de atención farmacéutica como estrategia global de mejora de calidad mediante la detección, prevención, resolución y planteamiento de problemas relacionados con la medicación (PRM) en el área de urgencias.
Métodos: Estudio descriptivo de la estrategia de la monitorización farmacoterapéutica de los pacientes de urgencias-boxes/observación en un hospital terciario. El programa fue elaborado por el área de farmacia en colaboración con urgencias. El farmacéutico valida las prescripciones seleccionando a los pacientes candidatos a intervención. En el encuentro farmacéutico-paciente tiene lugar una entrevista estructurada en la que se detectan y resuelven los posibles PRM. Tras la revisión de la historia clínica electrónica (Selene®) se realizan las intervenciones farmacéuticas correspondientes, comunicándolas y registrando la intervención en la historia clínica. Para medir los resultados de la intervención se calcula: índice de cobertura (prescripciones validadas / total prescripciones boxes/observación); e índice de eficiencia (pacientes con intervención farmacéutica/prescripciones validadas), y utilizando CareCenter® como herramienta analítica de explotación de datos de la historia clínica.
Resultados: Los PRM se clasifican según criterios básicos de necesidad, efectividad y seguridad acordados en el Segundo Consenso de Granada. Los PRM se detectan en la medicación domiciliaria y pautada en urgencias: inadecuación de posología, dosis, vía de administración, indicación, prescripciones incompletas, interacciones y duplicidades.

Para la medicación no incluida en guía farmacoterapéutica se aplica el programa de equivalentes terapéuticos (PET) para facilitar y adecuar los tratamientos a los disponibles en la guía:
- Sustitución de fármacos considerados equivalentes terapéuticos.
- Suspensión de fármacos que no han mostrado eficacia o sin interés en pacientes hospitalizados.
- Alternativas a la prescripción de novedades terapéuticas de limitada aportación terapéutica.
- Garantizar la continuación de tratamientos que no es aconsejable modificar.
- Utilización indistinta de fármacos homólogos según la marca comercial disponible.

Conclusiones: Se plantea un programa integral y continuado de atención farmacéutica para optimizar el estado de salud del paciente mediante la resolución de PRM y problemas clínicos derivados de la farmacoterapia, contribuyendo a evitar la pérdida de información farmacoterapéutica durante los traslados intrahospitalarios y al alta.

Contacto: Piedad Toro Chico
piedad_t@eresmas.com

P-020.- EFECTOS ADVERSOS INFORMADOS POR LOS PACIENTES EN PLANTA DE MEDICINA.

Villanueva A, Nebot C, Sauri V, Mira JJ, Ortiz L, Pérez-Jover V.

Objetivos: Conocer la frecuencia de efectos adversos asociados al tratamiento médico durante la hospitalización desde el punto de vista del paciente.
Métodos: Estudio basado en encuesta personal a pacientes ingresados en Medicina y Cirugía en la que se les pregunta por la posible ocurrencia de efectos adversos asociados al tratamiento médico o quirúrgico. El tamaño muestral para cada submuestra fue calculado para un error inferior al 1%, para una p=0,5 y un nivel de confianza del 95%.
Resultados: De 4561 pacientes ingresados en planta de Medicina que responden, 220 (4,8% de los casos, IC 95% 4,7-4,9%) informaron haber experimentado algún problema relacionado con los efectos inesperados o no deseados de la medicación. Un 49,7% de los casos corresponden a varones y un 50,3% a mujeres (X2=0,005, p=0,946). De los pacientes menores de 40 años, un 4,7% informan de un efecto adverso, en pacientes entre 41 y 60 años un 4,5% y un 6,2% en mayores de 60 años (x2=4,256, p=0,119). Un 12,3% de los pacientes que informan ser víctima de un efecto adverso cursaron estudios universitarios (x2=5,852, p=0,119). En el caso de los pacientes quirúrgicos, de 4710 pacientes que responden, 173 (3,7%, IC 95% 3,6-3,8%) informaron haber sufrido algún tipo de efecto adverso derivado del tratamiento quirúrgico. Un 47,1% fueron varones y un 52,9% mujeres (x2=0,138, p=0,710). De los pacientes menores de 40 años, un 2,2% informa de un efecto adverso, en pacientes entre 41 y 60 años un 4,4% y un 4,8% en mayores de 60 años (x2=10,269, p=0,006). Sólo el 7% de los casos que informan experimentar un efecto adverso coinciden en pacientes que han cursado estudios universitarios (x2=2,510, p=0,473). De los pacientes de Medicina que valoran negativamente el resultado de la intervención médica el 17,2% informan de un efecto adverso, frente al 4,3% que también informa un efecto adverso pero valora el resultado positivamente (x2=31,16, p=0,0001). En el caso de pacientes quirúrgicos esta relación se mantiene (9,5% informan un efecto adverso de aquellos que valoran negativamente el resultado de la cirugía mientras que un 3,5% valoran positivamente el resultado pese a sufrir un efecto adverso, x2=4,336, p=0,037).
Conclusiones: Los pacientes infraestiman la ocurrencia de efectos adversos, especialmente en el caso de la cirugía. Una mayor edad y un menor nivel de estudios se asocian a una mayor ocurrencia de efectos adversos. La valoración del resultado de la intervención médica aparece directamente relacionada con la ocurrencia de un efecto adverso.

Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

P-021.- DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS. UN PROYECTO DE MEJORA.

Borrás A, Caramelo C, Crespo M, López-García D, Manrique M, Vélez E.

Objetivo: Disminuir la incidencia de infecciones asociadas a catéter para Hemodiálisis.
Método: 1- Análisis de la situación en 2004. 1.1- Registro de Catéteres Venosos Centrales para Hemodiálisis y definición de criterios para la recogida de datos. 1.2- Cruce de estos datos con el registro de infecciones ya existente en la unidad. 1.3- Cálculo de la tasa anual de incidencia. 2- Definición de una acción de mejora. 2.1- Sesión de enfermería para lluvia de ideas. 2.2- Elaboración del "Protocolo de Cuidados de mantenimiento de catéteres para Hemodiálisis y prevención de la infección", que define los siguientes aspectos: Inserción del catéter; Recomendaciones al paciente tras la inserción; Preparación de la piel y del catéter para una sesión de Hemodiálisis; Conexión del paciente al monitor; Desconexión del paciente del monitor; Cura de la piel y forma de cubrir el catéter; Cumplimentación de la hoja de recogida de datos. 3- Creación de un indicador de medida: Nº colonizaciones de catéter + Nº exudados positivos en punto de inserción / sesiones de Hemodiálisis en el período x 1000.
Resultados: La incidencia anual ha disminuído de 18.6 por mil a 12.8 por mil (p<0.01, prueba de Chi Cuadrado).
Conclusiones: 1- La prevención de la infección implica a nefrólogos, enfermeras y pacientes, según su propia responsabilidad en el proceso. 2- La acción de mejora ha disminuído la morbilidad por infecciones de catéter. 3- Esta acción repercute en el gasto de la Unidad en recursos personales, fármacos y tiempo y en el coste para la calidad de vida del paciente.

Contacto: Agustina Borrás López
aborras@fjd.es

P-022.- GESTIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS SANITARIOS EN EL HOSPITAL DE MOLINA

López-Guerrero FA, Marín-Sánchez A, Guirado-Sánchez F, de Sampedro-Prol L, Guerrero-Martínez MJ, Serna-Menchón D.

Objetivos: 1.Diseñar, implantar y desarrollar un sistema de vigilancia de productos sanitarios (PS) con un sistema de notificación y registro de incidentes adversos graves con PS (es obligatorio notificarlos) y de incidentes leves o sin consecuencias. 2. Desarrollar indicadores de riesgo.
Métodos: Ciclo de mejora: Desarrollo de un Procedimiento Operativo de Calidad (POC) con diagramas de flujo e indicadores. Implantación, difusión y formación en seguridad del paciente, evaluación de resultados e identificación de oportunidades de mejora.
Desarrollo: En Julio de 2005 se puso en marcha el POC "Vigilancia de Productos sanitarios". Incluye dos diagramas de flujo: 1: Notificación de incidentes con un circuito de comunicación que va desde el usuario del PS, seguimiento médico del paciente, comunicación a Farmacia y, en su caso, al centro de farmacovigilancia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM). 2: Actuación frente a alertas y retiradas del mercado comunicadas por la Consejería de Sanidad de la CARM (circuito inverso al anterior). Se diseñó un formato de notificación que incluye: Fecha, Servicio, profesionales y descripción del incidente, PS implicado, consecuencias y causa probable. Los indicadores implantados son: Incidentes adversos causados por PS e incidentes adversos graves causados por PS (indicador centinela). En Abril de 2006 se ha impartido un curso de formación sobre "Calidad asistencial y seguridad del paciente en el uso de medicamentos y PS" para difundir los POC y promover una cultura de seguridad del paciente.
Resultados: De Oct-05 a Mar-06 se detectaron 17 incidentes causados por 6 PS, el 35,3% por lesiones leves causadas al usuario (guantes de látex), el 11,8% por insatisfacción del usuario, El 41,2% por mal funcionamiento durante su uso (se cambió de proveedor en 2 productos), un 5,8% por defecto en la fabricación y un 5,8% por conservación inadecuada. No se registró ningún incidente adverso grave.
Conclusiones: Este sistema, además de cumplir con la obligación de notificación de la legislación, registra incidentes leves. También la insatisfacción del usuario (en este caso el profesional), aunque hay que tener en cuenta también la eficiencia del sistema (costes). La información suministrada es útil en la elección de PS en el proceso de compras. Los incidentes son detectados por devoluciones o quejas a Farmacia, no hay notificación voluntaria en el formato, lo que nos hace sospechar una infranotificación, que esperamos aumente tras el curso de formación.

Contacto: Francisco Asís López
amarin@idcsa.net

P-023.- PREVALENCIA Y ANÁLISIS DE CAUSAS DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL TERCIARIO.

Climent C, Font I, Poveda JL.

Objetivos: Determinar la prevalencia global y realizar el análisis de las causas de errores de medicación (EM), relacionándolas con los tres modelos de proceso farmacoterapéutico establecidos en el hospital.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de EM en un hospital de tercer nivel con tres sistemas de distribución de medicamentos: 1) stock en planta, 2) dosis unitaria con trascripción informatizada (DUTI) y 3) dosis unitaria con prescripción electrónica asistida (DUPEA). Los EM se determinaron por observación directa de la administración. Se definió error de medicación como cualquier discrepancia entre la prescripción y la administración, y prevalencia de error como el cociente entre los EM y el número total de oportunidades de error (dosis administradas más las prescritas y no administradas). Las observaciones se distribuyeron de manera proporcional entre las unidades de hospitalización en cada sistema de distribución. Se establecieron 9 categorías para las causas próximas.
Resultados: Se obtuvieron un total de 161 EM en 2.242 OE con una prevalencia global de error del 7,2% (IC95%: 6,1 a 8,3). La prevalencia de error según el sistema de distribución fue: stock en planta 9,5% (IC95%: 7,4 a 11,9; OE= 705), DUTI 4,7% (IC 95%: 3,4 a 6,4; OE= 830) y DUPEA 7,8% (IC 95%: 5,9 a 10,0; OE= 707). Las causas próximas más importantes fueron las relacionadas con el factor humano con un 80,8% de los casos (fallos de memoria/descuido 37,3% e incumplimiento de normas y protocolos 43,5%), muy por delante de otras como la falta de conocimiento sobre el medicamento (6,2%). Si se comparan los sistemas de dosis unitarias, se observa que el factor humano se comporta significativamente con menor influencia en el modelo DUPEA (67,3%) que en el DUTI (97,3%).
Conclusiones: El factor humano evidenciado como la principal causa próxima del error, requeriría incrementar y facilitar la cultura de seguridad de los profesionales, tanto mediante una mejora de las actitudes y aptitudes en la estandarización de los procedimientos del hospital como mediante la introducción y uso de tecnología, principalmente en la fase de administración.
Contacto: Isable Font Noguera
font_isa@gva.es

P-024.- EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL. ESTUDIO EPINE 1993-2005.
Gómez M, Valverde J, Geijo P, Lillo P.

Objetivo:
Obtener a través de un estudio de prevalencia información sobre la evolución de la infección nosocomial en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.
Método:
Análisis epidemiológico descriptivo, a partir de los datos del estudio EPINE: estudio de prevalencia, donde se revisan todos los pacientes hospitalizados en un periodo máximo de 2 semanas.
Resultados:
Periodo de estudio: Mes de mayo desde el año 1993 hasta el 2005.
Número de camas funcionantes: 360.
Prevalencia de infección nosocomial (PIN): entre 3,32% (año 2003) y 11,87% (año 1994). En el año 2005 la PIN fue de 4,74%.
Prevalencia de infección comunitaria (PIC): entre 16,02% (año 2003) y 32,01 (año 1994). En el año 2005 la PIC fue de 16,64%.
Factores de riesgo extrínseco (FRE) por paciente con infección nosocomial: entre 1 (año 1995) y 2,88 (año 2002). En el año 2005 hubo 1,8 FRE por paciente con IN.
Factores de riesgo intrínseco (FRI) por paciente con infección nosocomial: entre 0,8 (año 2005) y 2 (año 2004).
Porcentaje de pacientes con IN con más de 3 FRE: desde ningún caso, año 1995 hasta el 100% año 2002. En el año 2005 fue de 16,67%.
Porcentaje de pacientes con IN con más de 3 FRI: desde ningún caso, año 1995 hasta el 50% año 2004. En el año 2005 tampoco hubo ningún caso.
FRE más frecuente entre los pacientes infectados en este periodo: la ventilación mecánica.
FRI más frecuente entre los pacientes infectados en este periodo: el coma.
Conclusiones:
El EPINE nos permite conocer las características epidemiológicas de nuestros pacientes aportándonos herramientas muy útiles a la hora de priorizar los objetivos en la vigilancia y control de la infección.
Contacto: Mar Gómez Santillana
marg@sescam.org

P-025.- SEGURIDAD DURANTE EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS.
Romero-Ganuza FJ, Gambarrutta C, Marín-Ruiz MA, Sevillano-Pérez ME, Martín-Doimeadios P, García-Leoni ME.

Objetivo: El traslado de pacientes críticos conlleva una serie de riesgos. Nuestro centro, el Hospital Nacional de Parapléjicos, recibe los pacientes con lesión medular procedentes de otros hospitales y, en ocasiones, están en situación crítica pues proceden de una UCI con destino a la UCI de nuestro Centro. Nuestro objetivo es describir la morbimortalidad relacionada con los traslados.
Métodos: Se han estudiado todos los pacientes que han ingresado por primera vez en la UCI de nuestro hospital durante el segundo semestre del año 2005 procedentes de la UCI de otro Hospital. El estudio ha sido observacional y prospectivo.
Resultados: Se han estudiado 58 pacientes con LM de edades comprendidas entre los 10 y los 78 años, con edad media de 44,21 años. De ellos 46 (79,3%) son de sexo masculino y 12 (20,7%) de sexo femenino. La causa de la lesión medular ha sido: Accidente de tráfico 32 pacientes (55,2%), precipitación 16 pacientes y por otras causas 10 pacientes. Su nivel de LM ha sido cervical alto (C1 a C4): 24 pacientes, cervical bajo (C5 a C8): 26 pacientes, y dorsal: 8 pacientes. El traslado se ha realizado en ambulancia medicalizada (UVI-móvil) en 48 casos y en helicóptero sanitario los restantes 10 casos. El equipo sanitario de traslado ha estado compuesto por médico y enfermero(a) en 52 casos, solo por médico en 4 y solo por enfermero en 2. La distancia de traslado ha oscilado entre los 0,5 y los 515 Km con media de 182,5 Km. La duración aproximada del mismo ha oscilado entre 10 y 645 minutos, con una duración media de 130,5 minutos. Han precisado durante el traslado ventilación mecánica 40 pacientes, drogas presoras 14 pacientes y sedación/analgesia enérgica 34 pacientes. Se han evidenciado durante el transporte percances técnicos en 6 casos y trastornos fisiopatológicos en 16 pacientes más.
Conclusiones: Se han observado complicaciones durante el transporte en el 37,9% de los pacientes críticos con LM valorados en esta serie. Consideramos que es un número alto y deberían llevarse a cabo medidas para disminuir esta incidencia.
Contacto: Francisco Javier Romero Ganuza
fjromero@sescam.jccm.es

P-026.- IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN CENTROS HOSPITALARIOS DE LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS.
Corral S, Garabito MJ, Pérez S.

Objetivos: Establecer una herramienta de mejora continua de la seguridad en el uso de medicamentos en un conjunto de centros hospitalarios, basada en la prevención de errores de medicación y en la creación de estándares de calidad.
Método: Se realizó un análisis por las farmacéuticas de los distintos centros, de las causas, tipos y factores asociados a los errores de medicación más frecuentes en los procesos del sistema de utilización de medicamentos. Posteriormente, se elaboró un plan de mejora en el que se definieron estándares de seguridad en cada uno de los procesos. En un primer nivel, estándares básicos de obligado cumplimiento y en un nivel superior estándares recomendables. Se presentó a la dirección asistencial de los centros hospitalarios y tras su valoración y discusión se aceptó para su progresiva implantación.
Resultados: El plan consta de los siguientes apartados: A) Justificación, B) Objetivos, C) Metodología, D) Desarrollo y E) Evaluación. Los estándares básicos más relevantes de cada proceso son: 1.Selección y adquisición: disponer de una Guía Farmacoterapeútica accesible, actualizada y de un procedimiento de evaluación/inclusión de medicamentos en guía que incluya criterios de seguridad. Difundir alertas y notas informativas de fármacos de reciente comercialización. Priorizar la adquisición de genéricos, formato dosis unitaria y comprobar que la identificación sea clara y correcta. 2.Prescripción médica: instaurar y estandarizar la prescripción electrónica y difundir protocolos y acuerdos de la Comisión de Farmacia. Validación farmacéutica. 3.Almacenamiento: control de caducidad y condiciones físicas del almacén. Reetiquetar o reenvasar medicamentos con identificación ambigua o incompleta. Revisión periódica de los botiquines. 4.Preparación y dispensación: disponer de un procedi-

miento de control de calidad en el reenvasado de medicamentos y preparación de formulas y notificar cambios de marca, similitudes fonéticas o aspecto. Revisión de carros de medicación unidosis. 5. Administración: estandarizar normas de preparación y administración. Información y educación sanitaria al paciente y cuidadores.Formación a todos los profesionales en seguridad clínica.
Conclusiones: El plan es una herramienta útil de mejora continua que permite definir estándares nuevos en cada uno de los procesos e ir superando niveles de seguridad. La implantación se realizará progresivamente en cada centro, ya que puede implicar cambios en los procedimientos, organización e incorporar nuevas tecnologías.
Contacto: Susana Corral Bena
scorral@aljarafe.betica.sanjuandedios-oh.es

P-027.- SEGURIDAD EN CUIDADOS CRÍTICOS: UN ANÁLISIS CUALITATIVO.
Alonso-Pérez L, Larrazabal-Pérez ME, Fernández-Molina N, García-Díez R.

Introducción: La seguridad en los cuidados enfermeros es un factor determinante de la calidad asistencial.
El objetivo de este trabajo es realizar un análisis preliminar desde una perspectiva enfermera, que permita descubrir los elementos determinantes de la seguridad en cuidados críticos.
Metodología: Estudio piloto de corte fenomenológico. El instrumento para la recogida de datos empleado es la discusión en grupo, realizando su grabación y transcripción, con su posterior análisis para obtener las categorías significativas.
Resultados: La categoría principal obtenida es la trascendencia de la filosofía del cuidado enfermero, y la autonomía profesional. De ésta categoría se obtuvo la necesidad de la reflexión crítica. Paralelamente se identifican dos subcategorías a las que designamos como "ámbitos". El ámbito de colaboración , que incluye las intervenciones enfermeras relacionadas con la infección nosocomial y el manejo de la medicación. Y el ámbito de los cuidados propios, que incluye el conocimiento enfermero, las vivencias y necesidades expresadas por la persona.
Conclusiones: La seguridad en cuidados críticos no debe centrarse únicamente en aspectos técnicos, sino que debe abordarse desde un posicionamiento holístico.
A la luz de los datos recogidos, la autonomía enfermera y su filosofía cobran una especial relevancia en la determinación de la seguridad de la persona y la calidad de los cuidados prestados.
Contacto: Laura Alonso Pérez
laurajul@euskalnet.net

P-028.- INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA ACTIVO PARA DETECCIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA.
Blázquez R, Palazón P, Pérez-Martínez A, Guerrero C, Antequera P, Martínez-Laje L.

Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) se ha identificado como un importantísimo y creciente problema de salud pública. Aunque muchos hospitales tienen instaurados sistemas de vigilancia para el control de este microorganismo, existe una enorme discusión en relación con la eficacia y la eficiencia de las diferentes medidas utilizadas. Existe evidencia de que intervenciones para la detección precoz, tratamiento y aislamiento de pacientes portadores o infectados por SARM, reduce las tasas de infección nosocomial por este microorganismo. Por este motivo, nos planteamos la puesta en marcha de un sistema de vigilancia activa en nuestro centro, en el que desde hace 10 años estaba instaurado un sistema de vigilancia pasiva.
Objetivo: Describir la puesta en marcha de un sistema de vigilancia activa para la detección precoz de pacientes colonizados/infectados por SARM en el Hospital "J.M. Morales Meseguer"de Murcia.
Metodología: En el momento del ingreso se selecciona a un grupo de pacientes considerados de alto riesgo de colonización por SARM (pacientes institucionalizados, reingresos o pacientes con historia previa de colonización/infección por SARM) . A estos pacientes se les recoge una muestra en las primeras 24-48 horas de ingreso. Se toman muestras de ambas fosas nasales y en el caso de que existan heridas abiertas se toma además un exudado de herida para detectar SAMR.
En los casos en los que se detecte infección/colonización por SARM, se instauran las medidas de aislamiento de contacto pertinentes basadas en las recomendaciones del CDC y se lleva a cabo un seguimiento prospectivo de los pacientes colonizados para detectar el posible desarrollo de infección por SARM.
Conclusiones: La aplicación de esta nueva metodología nos permitirá valorar en relación con el sistema de vigilancia previo (vigilancia pasiva) si se consigue una disminución de la prevalencia de infección nosocomial por SARM.
Contacto: Rosa M. Blázquez Garrido
rblazquezg@yahoo.es

P-029.- INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DISMINUCIÓN DE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE QUIMIOTERAPIA.
Agustín MJ, Idoipe A, Vicente C, Casajus MP, Cilveti-Sánchez U, Palomo P.

Objetivo: Conocer el impacto de las intervenciones farmacéuticas realizadas tras el estudio de errores detectados en prescripciones de quimioterapia intravenosa.
Método: Estudio retrospectivo de errores potenciales detectados en las prescripciones de citostáticos durante 3 meses y su comparación con el mismo periodo del año anterior, tras las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo tras el estudio del primer periodo. Variables analizadas: día de la semana, hora, personal que detecto el error, tipo de prescripción, servicio prescriptor, tipo de tumor, citostático y tipo de error (fármaco, dosis, tipo de vehículo, concentración, esquema y vía de administración).
Resultados: Durante el periodo de estudio de 2005 se validaron 5410 prescripciones frente a 6109 del 2006. El número de errores tras la intervención farmacéutica oral y/o escrita ha disminuido de 182 (3,4%) a 42 (0.7%). En los dos periodos todos los errores entraron dentro de la categoría A (circunstancias con capacidad de causar error pero que no se ha producido). En el primer periodo hematología tuvo el mayor porcentaje de error (6.2%) que ha disminuido a 0.9%. En 2006 otros servicios con escasa prescripción son los que más errores han tenido. En 2005 el 3.5% de los errores se dieron en prescripciones normalizadas (plantillas donde solo hay que indicar las dosis) y en 2006 el 1.4%, porcentaje menos por la corrección de las plantillas. Los errores de vehículo han sido los mas frecuentes en ambos periodos (75,3 % y 71,4%), cambiando los fármacos implicados de irinotecan, bortezomib y rituximab a irinotecan, etoposido, cetuximab y carboplatino, sin detectarse errores en el vehículo de bortezomib y rituximab. Se ha producido un aumento en el porcentaje de errores de dosis de 8,8% a 16.7% aunque ha disminuido en numero de 16 a 7. La distribución de errores por fármaco ha cambiado dejando de ser en fármacos muy utilizados como bortezomib, etoposido, irinotecan y rituximab a ser en fármacos que se prescriben poco: mitomicina, epotilona y dineleukin diftitox. El perfil de errores por tipo de tumor también ha cambiado de ser los más frecuentes en mieloma multiple (21,8% de las prescripciones) a linfoma cutáneo, enfermedad poco frecuente (33.36%).
Conclusiones: La intervención farmacéutica ha influido en la disminución en los errores de prescripción. El numero de errores que se ha detectado se debe fundamentalmente a fármacos poco utilizados en la practica habitual.
Contacto: M. José Agustín Ferrández
mjagustin@salud.aragon.es

P-030.- NOS HAN DEVUELTO ESTA MEDICACIÓN, ¿SE PUEDE VOLVER A UTILIZAR CON GARANTÍA?.
Izquierdo-Palomares JM, García-García A, Escobar-Rodríguez I, Herreros-Tejada A.

Objetivos: Realizar un protocolo, sencillo y práctico, que establezca la pauta de actuación ante la devolución de medicación al Servicio de Farmacia por parte de los servicios clínicos o los pacientes externos.
Métodos: Se determinaron los requerimientos de acondicionamiento y conservación que deben cumplir los medicamentos.
Se realizó un árbol de decisión en el que a través de preguntas simples se evalúa si la medicación cumple o no dichos requerimientos y se establece si debe ser conservada o desechada.
Resultados: Se elaboraron dos algoritmos de actuación dependiendo de la procedencia de la medicación (servicio clínico o paciente externo)

que permiten decidir de forma sencilla, estandarizada y segura si la medicación debe ser desechada o almacenada para una nueva dispensación y eventual empleo.
Los criterios que se utilizaron para rechazar la medicación devuelta fueron: pérdida de la información de lote o caducidad, rotura de la cadena del frío y alteración de la forma farmacéutica o de su acondicionamiento.
En el caso de envases multidosis abiertos, si procede de un paciente externo se desecharía siempre y si procede de un servicio clínico, sólo si se observara deterioro de su contenido.
Para confirmar la correcta conservación de la medicación termolábil, en caso de proceder de un servicio clínico se preguntaría al profesional sanitario encargado de su custodia sobre las condiciones de almacenamiento y en caso de proceder de un paciente externo, se le preguntaría donde lo guardaba e incluso aunque fuera correctamente, se desecharían aquellos productos que tengan una estabilidad fuera de nevera menor de 3 días.
Conclusiones: El seguimiento de un protocolo que establezca la pauta de actuación ante una devolución de medicación estandariza el trabajo de los profesionales y de esta forma consigue:
- Optimizar el aprovechamiento de los recursos al reutilizar los medicamentos devueltos que se encuentran en perfectas condiciones.
- Aumentar la seguridad al impedir que se conserven medicamentos deteriorados.

Contacto: José Manuel Izquierdo Palomares
ideafarma@yahoo.es

P-031.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS GRAVES EN EL ENFERMO CRÍTICO.

Martín MC, Fernández F, Ramón J, Ferrer R, Martín C, Gelabert MA.

Los estudios retrospectivos sobre acontecimientos adversos (AA) han demostrado su utilidad en estimar la incidencia de acontecimientos adversos graves (AAG), aunque no permiten en ocasiones describir las causas ni establecer si el acontecimiento hubiera sido o no prevenible.
Objetivo: Analizar la incidencia y características principales de los AAG detectados en los enfermos ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI).
Métodos: Estudio retrospectivo de 100 ingresos correspondientes a 92 enfermos consecutivos dados de alta del SMI. Se analizan todos los AAG ocurridos o detectados durante su estancia en el SMI hasta las 48 horas posteriores al alta. Se definen los AAG como aquellos acontecimientos inesperados y no deseados que tienen consecuencias negativas graves para el enfermo: lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionados con el proceso asistencial Se recogen los datos demográficos, características y tipificación de los AA según criterios consensuados.
Resultados: Se detectaron 30 AAG en 27 pacientes, 16 varones y 11 mujeres con una edad media de 69.9 años (18-90). Los tipos de AAG más frecuentes fueron: 10 relacionados con procedimientos quirúrgicos: (8 hemorragias, 1 laceración de víscera y 1 reintervención por fallo de sutura); 7 relacionados con procedimientos invasivos no quirúrgicos (punción epidural, toracocentesis, paracentesis, vía central, endoscopia (2); 5 por atención incompleta o inadecuada.; 3 relacionados con anestesia; 2 infecciones nosocomiales (neumonía e infección urinaria); 2 relacionadas con efectos secundarios a fármacos; 1 caída accidental y otros:3. En 13 ocasiones el AAG fue el motivo de ingreso en el SMI, en 6 alargó la estancia previsible en el SMI, y 2 ocurrieron al alta. Se clasificaron como: graves (14); potencialmente fatales (12) y 4 pacientes fallecieron, aunque en ninguno de ellos se pudo establecer una relación directa con el SSG. Se consideraron evitables o posiblemente evitables 10, inevitables o posiblemente inevitables 8, y no clasificados 12. Se informo al paciente o a la familia del AA en 22 casos, aunque desconocemos si la información fue completa en todos los casos.
Conclusiones: Los AAG motivan el ingreso en el SMI con frecuencia. La mayoría de AAG se relacionaron con complicaciones quirúrgicas o procedimientos invasivos. El método de estudio no permitió definir en todos los casos si los AA eran o no prevenibles por lo que su utilidad como política de mejora de la calidad está limitada.

Contacto: M. Cruz Martín Delgado
27570cmd@comb.es

P-032.- ASEGURANDO LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA.

Guerra-Arévalo F, Clavo-Sánchez A, Lobato-Ortega L, Domínguez-Jiménez M, Tinoco-Bernal MJ, Serrano-Gonzalez A.

Objetivo: asegurar una adecuada identificación de los pacientes y disminuir la aparición de acontecimientos adversos (AA).
Material y Métodos: en el año 2004 se realizó un plan de seguridad clínica para disminuir la incidencia de acontecimientos adversos (AA) en nuestros pacientes dentro del marco del Plan de Calidad. Entre los procedimientos diseñados cabe citar los dirigidos a velar por los AA ocasionados por errores en la Identificación de los Pacientes. Se desarrollaron dos procedimientos: el primero de ellos, consistió en la colocación de pulseras identificativas que permitieran en todo momento identificar a los enfermos; el segundo, dirigido a controlar la identificación del paciente mediante la colocación de etiquetas identificativas adhesivas en la historia clínica (HC). Las pulseras contenían el nombre del paciente, el Nº de HC y el número de la habitación y las etiquetas, el nombre, edad del paciente, el Nº de HC, el NºSS y la fecha de ingreso. Tras proceder a la difusión de ambos procedimientos entre los profesionales del centro, se han realizado dos estudios transversales (noviembre 2005 y mayo 2006) para ver el grado de cumplimiento de los mismos y establecer las áreas de mejora necesarias. Exponemos los resultados obtenidos en los dos estudios y tras las áreas de mejora.
Resultados: En el primer estudio, los datos obtenidos evidenciaron el cumplimiento adecuado del procedimiento de las pulseras identificativas en el 85.84% (97/113) de pacientes. En cuanto a la identificación de las hojas de evolución y otros documentos que forman parte de la historia clínica (incluidas también las hojas de enfermería) encontramos que en el 59.3% de historias clínicas no aparecía en ninguna de sus hojas las etiquetas adhesivas (todas estaban rellenas a mano). En el 40.7% restantes alguna de las hojas estaba adecuadamente etiquetada, pero en ningún caso la totalidad de la documentación. En el segundo estudio, encontramos que en el 88,79% (103/116) de los pacientes se estaban usando correctamente las pulseras identificativas. En la caso de las pegatinas identificativas, su uso ya es correcto (se usa en todas las hojas) en el 37,93% de las historias clínicas, mientras que es incompleto (faltan entre 1 y 5 hojas) en el 62,07%.
Conclusión: la información periódica a los profesionales sobre el uso de los procedimientos favorece el cumplimiento de los mismos, lo que se traduce en este caso en una mayor dificultad para la aparición de AA.

Contacto: Antonio Clavo Sánchez
aclavo@jerez.betica.sanjuandedios-oh.es

P-033.- MONITORIZACIÓN DE LAS CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS.

Bleda A.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el termino caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suela en contra de su voluntad"
Las caídas de los enfermos hospitalarios es un riego real con una incidencia baja pero con unas importantes repercusiones tanto a nivel personal como institucionales siendo de un 5% las lesiones graves limitando la movilidad del enfermo, ocasionando una discapacidad temporal o permanente que en ocasiones puede complicar el pronostico principal del paciente aumentando la estancia hospitalaria y ocasionando pruebas diagnosticas y tratamientos adicionales generando un incremento del gasto hospitalario
La prevención de las caídas es un indicador de calidad asistencial
Objetivos:
• Conocer la incidencia y la evolución de caídas notificadas en Capio Hospital General de Cataluña entre los años 1999 a 2005
• Analizar las causas sus circunstancias y las consecuencias
• Realizar un programa de intervención/prevención para reducir el numero de caídas aumentando la seguridad del paciente
Método: Estudio de casos, donde se incluyen todas las caídas notificadas de pacientes (257) que han tenido lugar en algún momento de la estancia hospitalaria en el periodo de los años 1999 a 2005
Resultados: Durante el periodo estudiado se notificaron un total de 257 caídas, un 48.64% tuvieron algún tipo de consecuencia, con resultado de fractura y alargando la estancia hospitalaria un 15% de estas lesiones.

Conclusiones: Durante el periodo estudiado se aplicaron diferentes acciones de mejora, consiguiéndose una reducción de la tasa de caídas anual importante, pasando de una incidencia de 59 caídas en el año 1999 a 22 en el 2005 sin embargo las consecuencias de las mismas sigue siendo un porcentaje elevado (48% - 50%).
Los resultados nos indican que debemos seguir trabajando para disminuir la incidencia
Contacto: Asunción Bleda Tomás
ableda@hgc.es

P-034.- MANUAL DE REGULACIÓN DEL EQUIPAMIENTO, MATERIAL SANITARIO Y FÁRMACOS EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Sánchez J, Gens M, Gallego F, Vidal E, Muiño I, Hernández N.

Objetivo. Elaboración de un manual sobre la regulación del equipamiento, material sanitario y fármacos existentes en el área de atención continuada de un centro de salud urbano.
Material y Métodos Justificación: Tras diferentes incidencias recogidas de la práctica diaria por el personal sanitario del centro en atención continuada y domiciliaria urgente, se ha planteado la necesidad de elaborar un documento que regule el equipamiento, material sanitario y fármacos necesarios para desarrollar nuestra función asistencial de manera más eficiente y segura.
Por consenso del equipo de mejora y aprobación en sesión clínica del centro se ha elaborado un manual que contiene la siguiente documentación:
- Descripción del equipamiento, material y fármacos de los carros de parada cardiorrespiratoria, del maletín urgencias y de emergencias, de los chalecos del médico y enfermería y de los diferentes boxes del área de atención continuada.
- Procedimiento de regulación de los estupefacientes.
- Procedimiento de actuación en caso de activación del alarma de oxígeno.
- Protocolo de coordinación para la utilización del material de urgencias y/o emergencias entre el servicio de atención continuada y el servicio de ambulancias.
- Hoja de verificación del desfibrilador semiautomático, carro de paradas del box central, maletín oxígeno y aspirador.
- Elaboración de una hoja de incidencias si se detecta algún problema en la lista de verificación anteriormente descrita.
El manual incluye el procedimiento que describe la revisión, reposición y verificación del material y fármacos que se regulan.
Conclusión: La elaboración de este manual nos ha servido para facilitar el trabajo diario, la eficiencia de los profesionales y aumentar la seguridad de los pacientes.
El registro de las incidencias notificadas, nos permite la realización de planes de mejora para solucionarlas.
Contacto: Monstserrat Gens Barberá
mgens@camfic.org

P-035.- EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR STAFILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA.
Navarro MD, Cuquet J, Martí C, Martínez F, Martín E, Ibáñez JM.

Introducción . En relación con una intervención hospitalaria para disminuir la infección nosocomial por Stafilococcus Aureus resistente a la meticilina (SARM), se pretende estimar las variaciones en la prevalencia de colonización/infección total y en la incidencia de infección nosocomial debidas al SARM en el centro entre los periodo pre- y post-intervención.
Método
1.- En el período pre-intervención se realizaron:
• Cursos de formación al personal con especial insistencia en la higiene de las manos.
• Detección al ingreso de pacientes colonizados mediante un programa de alerta informática.
2.- En el período 2001-2002 se añadieron las siguientes acciones:
• Provisión general de soluciones alcohólicas para la higiene de las manos de los profesionales asistenciales.
• Detección rápida sistemática de nuevos portadores de SARM mediante frotis nasal al ingreso de pacientes procedentes de otros centros asistenciales y residencias asistidas.
3.- En el período 2003-2005, las soluciones alcohólicas se dispusieron sistemáticamente en todas las habitaciones de los pacientes.
4.- Se calcularon, para cada período, la proporción de nuevos casos identificados por frotis nasal al ingreso entre todos los nuevos casos, la prevalencia de infección/colonización por SARM (nº casos por 100 altas), la tasa de incidencia acumulada de infección nosocomial (nº casos por 105 altas) y su variación interanual promedio.
Resultados. El % de casos nuevos detectados por frotis nasal al ingreso fue 0% (1996-2000), 31% (2001-2002) y 48% (2003-2005). La prevalencia de período para los casos de infección/colonización fue 0,16 por 100 altas (IC 95%: 0,13-0,19) en 1996-2000, 0,33% (0,27-0,39) en 2001-2002, y 0,47% (0,41-0,53-%) en 2003-2005. La incidencia acumulada de infección nosocomial fue de 4,21 nuevos casos por 105 altas (0,87-7,54) en 1996-2000, 16,26 (9,90-22,63) en 2001-2002 y 8,44 (6,03–10,85) en 2003-2005, con una variación interanual promedio de 170% (1996-2000), 80% (2001-2002) y -47,5% (2003-2005).
Conclusiones:
1.- La rápida detección de pacientes colonizados facilita la instauración precoz de medidas preventivas.
2- La colocación de soluciones alcohólicas en lugares accesibles, por encima de su disponibilidad general en el centro, facilita la reducción en las cifras de infección nosocomial por SARM.
3.- La formación y la información de los resultados anuales de la vigilancia epidemiológica ayudan al cumplimiento de los objetivos marcados.
Contacto: Eva Martín Sánchez
emartin@fhag.es

P-036.- PARTE DE INCIDENCIAS. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.
Gallart-Gironès A, Barcia-Vieites D, Gallardo-González M, Mestre C.

Introducción: Centro Médico Teknon ha apostado por el desarrollo de un Programa de Calidad con el objetivo, entre otros, de favorecer las dinámicas de mejora continua.
Uno de los primeros hitos de nuestro programa fue la implementación en el año 1996 del llamado "Parte de Incidencias" mediante el cual se comunicaban a la Dirección cualquier evento o incidente ocurrido en el Centro. Este medio de comunicación ha seguido vigente hasta la fecha, de manera que podemos presentar la experiencia de 10 años en el seguimiento de incidencias y eventos adversos.
Método:
¿Qué se comunica? Se comunica cualquier evento adverso o casi evento adverso así como otro tipo de incidentes que puedan afectar a nuestros pacientes, acompañantes, visitantes y a los colaboradores del Centro. Durante estos años, algunos acontecimientos han pasado a declararse mediante otros procedimientos así, el año 2002 se puso en marcha el Programa Voluntario de Comunicación de Errores de Medicación y durante el año 2005 el Programa de Hemovigilancia.
¿Quién comunica? La comunicación de la incidencia la realiza la supervisora o el responsable de la unidad o servicio en la que se ha producido el hecho. Al contrario de otros programas vigentes en nuestro centro, en este caso la comunicación no es anónima si no que el responsable se identifica. Asimismo, en el parte también se identifica a la víctima o posible víctima del incidente y/o a las personas implicadas.
¿A quién se comunica? Los partes de incidencias se envían a la dirección del Centro, gestor del riesgo, y posteriormente son remitidos al Departamento de Calidad donde se registran y tabulan. Anualmente, el Departamento de Calidad realiza un informe que se remite a la Dirección y Jefes de Departamento.
Resultados: Desde el año 1996 hasta el 31 de Diciembre del 2005 se han comunicado un total de 1385 incidencias. Si nos ceñimos a los resultados del año 2005 hubo en total 212 partes de los que: 34% correspondían a quejas y reclamaciones, 25% caídas (70% en la habitación, 17% en las instalaciones del Centro y 13% en sus accesos), 20% incidencias relacionadas con la seguridad, 5% incidencias debidas a desconocimiento de protocolos y circuitos y un 3% casi incidentes por error en la identificación del paciente (en ninguno de los casos el error llegó al paciente y le causó daño).
Conclusiones: El parte de incidencias ha sido un instrumento que nos ha permitido gestionar el riesgo, revisar protocolos y circuitos, establecer acciones de mejora y presupuestar mejoras en el centro.
Contacto: Adela Gallart Gironés
agallart@cmteknon.com

P-037.- IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UN HOSPITAL.

Raya-Serrano A, Ramos-Rolón G, Ramírez-Moreno JA, Mohedo-Caballero M.

La seguridad de paciente es importante, por tres razones: la dignidad del paciente, el derecho que poseen a un tratamiento excelente y el impacto de morbimortalidad que suponen los elementos adversos. Para mejorar la seguridad de los pacientes es preciso aprender de los propios errores. El camino es reducir los problemas de seguridad que evidenciamos analizando sus causas y diseñando métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño. Los objetivos son: Creación de una estructura estable de control, Identificación del mapa de riesgos, formación y evaluación del impacto en los profesionales. El método es la creación de la Comisión de Seguridad Clínica cuyo objetivo será mejorar la calidad, con el fin de prevenir los EA y mejorar la seguridad del paciente. Sus funciones son identificar, notificar, analizar e implantar medidas para prevenir estos; sensibilizar y asesorar al personal de la importancia de la Seguridad Clínica para el paciente e implantar cultura de mejora continúa. Los objetivos de esta comisión son: Análisis de riesgos asistenciales, plantear propuestas y planes para prevenir EA, y además de análisis de casos centinela. Optamos por un sistema de responsabilidad por unidad donde los encargados de detectar y registrar los elementos adversos son los cargos intermedios, coordinadores de enfermería, coordinador de calidad, responsables de los diferentes departamentos, debidamente formados en este tema. El mapa de riesgos nos indica donde se encuentran los puntos críticos donde se pueden dar eventos adversos, con lo cual facilita el control y seguimiento de los mismos. En el plan de formación continuada se incluirán sesiones formativas sobre: dar a conocer los aspectos mas importantes de la Ley y recogida de estos datos para aumentar la seguridad e inculcar una cultura estable de mejora continua.15 profesionales todos ellos cargos intermedios y de responsabilidad y los directivos asistenciales realizaron una formación especifica para poder ser lideres en este cambio cultural. Para evaluar el impacto de esta formación analizaremos desde la comisión de seguridad clínica los siguientes datos: Cambio de actitud por parte del profesional ante la importancia de la seguridad clínica, los conocimientos adquiridos por los profesionales después de la formación, las habilidades generadas en el personal para la detección y intervención en los temas relacionados con la seguridad clínica.

Contacto: José Antonio Ramírez Moreno
jaramirez@cordoba.sjd.es

P-038.- DISEÑO DE UN ESTUDIO SOBRE INCIDENTES POR MEDICAMENTOS EN MAYORES DE 80 AÑOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.

Sáez T, Esteban A, de Juan S, Viñas V, Viña B, Gonzalez-Ruano P.

Objetivo: Mejorar la seguridad del Uso del Medicamento en la Unidad de Medicina Interna (UMI) de un Hospital de Apoyo.
Métodos: Diseño de un estudio de cohortes prospectivo multidisciplinar, en pacientes mayores de 80 años ingresados durante un año en la UMI. Fase I: Estudio cualitativo para análisis de actitudes, sensibilidades y resistencias hacia la declaración voluntaria de incidentes en los profesionales, situar el problema, y facilitar la elaboración de un boletín de notificación voluntaria adaptada a la UMI. Fase II: Estudio cuantitativo de todos los incidentes detectados en la UMI, mediante un doble sistema de cribado: boletín de notificación voluntaria y un sistema de monitorización de señales de señales de alerta de acontecimientos adversos.
Resultados: Selección de los trabajos más relevantes mediante revisión crítica de la literatura. Se decidió por consenso el uso de Terminología y Taxonomía propuesta por el Grupo de Trabajo Ruiz- Jarabo. Informatización de las señales de alerta del laboratorio por pruebas analíticas y concentraciones séricas de medicamentos. Se elaboraron las señales de alerta de farmacia por medicamentos trazadores de acontecimientos adversos y adecuación a los criterios de Beers de uso inapropiado de mediación en el anciano. Se ha elaborado la hoja de recogida de datos para el análisis, categorización y seguimiento de los casos y su posterior explotación en una base de datos. Establecimiento de circuitos. Diseño de estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad y análisis de documentos sin cierre del horizonte investigador. Difusión del estudio en la UMI desde la perspectiva de la seguridad clínica. Inicio de un pilotaje, inicialmente utilizando boletín de notificación de incidentes propuesto por Ruiz Jarabo.
Conclusiones: Las propuestas sobre mejora de la seguridad clínica permiten por sí mismas la formación en una cultura de la calidad. Su desarrollo implica a todos los profesionales que participan en la atención al paciente. Cada Unidad deben adoptar sus propios sistemas de información y registro, que les permita analizar su organización para establecer medidas correctoras. La seguridad clínica es un componente crítico de la calidad.

Contacto: Teresa Sáez Vaquero
bvina.hvtr@salud.madrid.org

P-039.- CONOCEMOS EN GRAN MEDIDA LAS CAUSAS DE LAS CAÍDAS, ¿PODEMOS MEJORAR?.

González M, Pérez J, Martín N, Torres B, Herradón M, Martínez A.

Objetivo: Desarrollar e implantar un protocolo para prevenir los accidentes/caídas en el ámbito hospitalario.
Método: La Comisión de Caídas, constituida por un equipo interdisciplinar y apoyada por la Unidad de Calidad: 1º.- Revisó las notificaciones registradas desde el año 2000 hasta 2003, analizó las causas que en mayor medida originan las caídas y las agrupó por categorías. 2º.- Priorizó las medidas de seguridad a adoptar mediante una matriz de decisión. 3º.- Estableció los criterios de actuación para los profesionales. 4º.- Diseñó el documento y se presentó a la Comisión de Dirección para su revisión y aprobación. 5º.- Planificó la difusión e implantación del mismo.
Resultados: La consideración de que el protocolo no se limitara exclusivamente al paciente ingresado nos llevó a ampliar el alcance de las personas a las que va dirigido (pacientes, usuarios y acompañantes habituales). Las causas identificadas por categorías han sido: intrínsecas, extrínsecas y medicamentosas. Se han incluido medidas relacionadas con la estructura, equipamiento y, con las actividades a realizar por todos y cada uno de los profesionales. Se ha tenido en cuenta el nivel de implicación con la atención y el cuidado de las personas que permanecen en nuestra Organización y, de acuerdo a ello, los criterios contemplados definen quien, como y cuando: valora los equipamientos, planifica o determina los cuidados y actividades, evalúa los resultados alcanzados, comunica e informa cualquier situación considerada de riesgo, instruye y participa ante un accidente/caída. El protocolo se presentó en la Jornada de enfermería que se celebra anualmente en nuestro hospital y se incluyó en la Intranet para su consulta.
Conclusiones: El protocolo es un soporte metodológico que contribuye a la mejora de la seguridad de los pacientes y potencia la comunicación entre todas las partes implicadas.

Contacto: Miriam González Molina
mirienfermera@yahoo.es

P-040.- ESTUDIO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Jiménez J, Jiménez-Muro JJ, García-de Paso P, López A, Celorrio JM.

Objetivos: Definir e identificar los efectos adversos que se producen en el Servicio de Medicina interna. Estimar su incidencia, causas atribuibles, impacto de la asistencia sanitaria en los efectos adversos documentados y cuantificar los efectos adversos evitables y sus costes asociados.
Métodos: estudio observacional de cohortes prospectivo con vertiente predictiva. Se siguieron 936 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante 2004. La información sobre los efectos adversos se recogió diariamente utilizando una ficha de cribado y, en caso positivo, un cuestionario modular.
Resultados: Se produjeron efectos adversos relacionados con la asistencia en el 7,3% de los pacientes. La mayor comorbilidad y la presencia de un mayor número de factores extrínsecos, de forma conjunta, se asociaron a mayor número de efectos adversos durante la hospitalización ($p<0,05$). Este efecto desapareció al analizar estos dos factores por separado.
El 53% de efectos adversos documentados se consideraron prevenibles. Las causas que con mayor frecuencia se asociaron a los efectos adversos fueron, en primer lugar, reacciones adversas medicamentosas, en segundo, efectos relacionados con el manejo y monitorización de los pacientes, en tercer lugar infecciones nosocomiales y en cuarto, efectos relacionados con los procedimientos. En más del 80% de los casos en que se produjeron efectos adversos, los pacientes precisaron proce-

dimientos y tratamientos adicionales que supusieron un aumento medio de 2,3 días de estancia, con el consiguiente aumento de los costes y de los riesgos de nuevos efectos adversos.
Comparando la información recogida de forma directa con la información de la historia, en más de la mitad de los casos en los que se produjeron efectos adversos evitables, la información de la historia fue poco adecuada o inadecuada, siendo más inadecuada cuanto más evitable fue el efecto adverso.
Conclusiones: Los efectos adversos derivados de la asistencia sanitaria afectan a un elevado porcentaje de pacientes y suponen un incremento de los costes asociados al episodio. Aunque la mayoría de los casos no son efectos graves, en ocasiones pueden suponer riesgos importantes para los pacientes.
Una gran proporción de estos efectos adversos son evitables. Conocer las causas que originan los efectos adversos es el punto de partida para prevenir o reducir los efectos adversos considerados evitables, disminuir la gravedad de las lesiones derivadas de los mismos y maximizar su comprensión por parte de los pacientes.
Contacto: Juana M. Jiménez Sáenz
juanajimenez@aragon.es

P-041.- ESTUDIO EPINE 1990-2005.
Biurrun A, León E.

Objetivo: Presentar datos de la evolución de la prevalencia de infección nosocomial y de factores asociados en un hospital de tamaño medio (250 camas).
Método: cortes anuales de prevalencia desde 1990 a 2005, en el mes de mayo, de todos los pacientes ingresados.
Resultados:
Se presentan los que ponen de manifiesto tendencias relacionadas con los cambios experimentados en estos años.
- Edad media: aumenta de forma continua desde 48 años en 1990 a 63 en el 2003 (2005: 60 años)
- Prevalencia de pacientes con infección nosocomial (PIN) : máxima en 1991- 11.5 %, mínima en 2003- 3,4 %. En 2005, 5,2 %.
- Prevalencia de pacientes con infección comunitaria (PIC): entre 6,2 % en 1992 y 34,8 en 2005.
- Los factores de riesgo intrínseco (FRI) que se asocian más frecuentemente a PIN superiores al 25 % son coma y úlcera de decúbito.
- La prevalencia de pacientes sin FRI parece estable a lo largo de estos años es 45,6 % en 1990 y 45,4% en 2005.
- La prevalencia de IN en pacientes sin FRI es nula en 2000, 2001, 2003, 2004 y 9% en 1996. En 2005, 1,3 %.
- Los factores de riesgo extrínseco (FRE) que se asocian más frecuentemente a PIN superiores al 25 % son ventilación mecánica, traqueostomía y catéter central.
- La prevalencia de pacientes sin FRE presenta tendencia a disminuir a lo largo de estos años: 39,7 % en 1992, 12,2 % en 2005.
- La prevalencia de IN en pacientes sin FRE: es nula en 2000, 2001, 2003, 2004, 2005 y 9,7 % en 1991.
- La prevalencia de enfermos ingresados que han sufrido una intervención quirúrgica oscila entre 39,8 % en 1997 y 26,2 % en 2004. En 2005 31,4 %.
- La prevalencia del uso de antimicrobianos es mínima en 1999, con un 32,7 % y máxima en 2005, con un 47,7 %.
Conclusiones: Los datos que ofrece el estudio EPINE realizado durante años sucesivos, permiten apreciar los cambios que se producen en las cifras de infección nosocomial y en características de los pacientes ingresados (mayor edad, similares factores de riesgo intrínseco), en los modos de atención (mayor frecuencia de instrumentación, incremento de cirugía ambulatoria y disminución de pacientes intervenidos ingresados, incremento en el uso de antibióticos) entre otros.
Contacto: Amaya Biurrun Larralde
abiurrum@sescam.org

P-042.- COMITÉ INTRAHOSPITALARIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE : UN PASO ADELANTE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL
Mateos J, Fernández M, Martínez JM, Rubio AR, Cia JJ, Moya P.

Objetivos: Implantar y mejorar la calidad para la seguridad de los pacientes a través de la creación de un Comité para la Seguridad del Paciente (CSP) intrahospitalario. Describir las actividades implementadas y establecer un sistema de notificación voluntario de eventos adversos.
Método: Creación de un Comité para la Seguridad del Paciente (CSP) a nivel intrahospitalario con los siguientes compromisos:
- Establecer estrategias que mejoren la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios.
- Identificación y priorización de los puntos críticos que comprometen la seguridad del paciente y del personal.
- Diseño y desarrollo en la intranet del hospital de un sistema de notificación anónimo y voluntario e independiente de incidentes adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
Resultados: La creación del CSP ha permitido diseñar e implantar los siguientes programas:
1- Siendo los errores de prescripción farmacológica uno de los puntos débiles del sistema, se ha redactado y difundido un protocolo de prescripción de medicamentos con el objetivo de reducir los errores de medicación.
2- Para minimizar los errores de administración de medicamentos se elaboró una guía de preparación y administración de antimicrobianos por vía parenteral en la que se incluye su estabilidad-conservación y vías de administración permitidas.
3- Creación de un espacio web en la intranet del hospital que permitirá la difusión de la información disponible en materia de seguridad así como las alertas publicadas y los enlaces con otras páginas de interés. Se incluye un formulario protegido de notificación voluntaria de incidentes adversos en los distintos procesos de la asistencia sanitaria intrahospitalaria.
4- Sensibilización del personal a través de la realización de cursos y sesiones generales y específicas en la prevención de riesgos clínicos.
Conclusiones: La creación del CSP ha facilitado el consenso entre los profesionales aportando una estructura básica para la sensibilización y el desarrollo de programas específicos de prevención de eventos adversos. La implantación de la página web sobre seguridad clínica permite mejorar la cultura de seguridad e impulsar sistemas de notificación y análisis de acontecimientos adversos así como planificar su prevención.
Contacto: José Mateos Rubio
jmateos@sescam.jccm.es

P-043.- EXPERIENCIA DE UN AÑO EN DECLARACIONES DE INCIDENCIAS DE MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
Gonzalez-Ares JA, Galobart A, Larios R, Morcillo MA, Pascual B, Villaroya C.

Objetivos:
• Difundir el conocimiento de incidentes de medicación y las estrategias de prevención a todo el personal sanitario de la organización, favoreciendo un cambio cultural hacia la calidad y excelencia.
• Detectar y analizar los incidentes de medicación de la organización.
• Diseñar y ayudar a la implantación de estrategias de prevención de incidentes de medicación.
Método: Nuestra organización es de titularidad municipal, forma parte de la red de hospitales de utilización pública de Cataluña y consta de los cuatro niveles asistenciales (atención especializada, socio sanitaria, atención primaria y hospitalización domiciliaria).
En el año 2004 se produce un cambio organizativo y es en este momento cuando se crea la unidad de calidad para dar soporte a toda la organización con la prioritaria finalidad de diseñar e implantar el Plan de Calidad de la organización.
Dentro del mismo se valora la necesidad de declarar y analizar las incidencias de medicación, crear las herramientas para conseguirlo y elaborar estrategias correctoras conjuntamente con los profesionales implicados.
Se elaboró un formulario de declaración de incidencias, se creo una comisión evaluadora con representación de todos los profesionales implicados en el proceso de la administración de medicación y con responsabilidad de hacer propuestas de mejora.
El 1 de abril del 2005 se puso en marcha con una divulgación previa del proyecto por todas las áreas susceptibles de declarar incidencias.
Resultados: En el año de experiencia desde la implantación se han realizado 168 declaraciones correspondiendo el 93% al centro de agudos y solo el 7% al centro socio sanitario.
El 40% de los casos han sido circunstancias con capacidad de causar error.

El 37% si que se ha producido pero se ha detectado antes de llegar al paciente.
En un 6% (un caso) se ha producido lesión permanente.
Conclusiones: La implantación de la declaración de incidencias de medicación nos ha permitido introducir un cambio cultural hacia la mejora de la calidad.
La respuesta de los profesionales ha sido muy elevada.
Nos ha permitido analizar y hacer propuestas de cambio en los circuitos.
Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

P-044.- PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA PREVENCIÓN DE INTERACCIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

De Carlos-Soler ML, Sanmartín-Fenollera P, Pérez-Encinas M, Toro-Chico P, Martín de Rosales-Cabrera AM, Gómez-Pedrero AM.

Objetivo: Describir la puesta en marcha de un sistema informatizado de monitorización de interacciones farmacológicas en el programa de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias (DMDU) de un Servicio de Farmacia.
Método: El sistema se desarrolla en el Servicio de Farmacia de un hospital de 450 camas con orden médica informatizada en la totalidad de los pacientes ingresados (FarmaTools®). Se realiza una búsqueda bibliográfica de interacciones para los principios activos incluidos en la guía farmacoterapéutica, consultando las bases de datos de Stockley (Drug Interactions) y Hansten and Horn (Drug interactions analysis and management). Se seleccionan las interacciones clínicamente más relevantes según la clasificación de Hansten y Horn incluyéndose en la aplicación informática las de grado 1 (asociación contraindicada) y grado 2 (deben tomarse medidas para reducir riesgos y monitorizar). Esto permite que en el momento de la trascripción de la medicación, aparezca una alerta que informa al farmacéutico de la existencia de interacción.
Resultado: El farmacéutico valorará diariamente las interacciones encontradas, consultará analíticas e informará al médico sobre ellas, así como sobre el mecanismo de acción implicado, posibles consecuencias de la interacción y recomendación para evitar la interacción o como manejarla según la siguiente clasificación: a) ajuste de pauta posológica; b) monitorización clínica o farmacológica; c) sustitución por otro fármaco; d) suspensión de uno de los fármacos implicados. La intervención queda registrada automáticamente en el programa de DMDU junto con datos relativos al paciente (número de historia, unidad clínica en la que está ingresado, sexo, edad), a la prescripción (total de fármacos prescritos, duración del tratamiento, fecha de inicio y fin de los fármacos implicados en la interacción), farmacéutico que realiza la intervención, médico al que va dirigida, así como resultado de la misma. A su vez, el farmacéutico anotará la intervención en la historia clínica electrónica del paciente.
Conclusiones: La inclusión de información sobre interacciones de medicamentos en el programa de DMDU resulta una opción ágil y segura para su detección. Los sistemas informáticos con dispositivos de alerta facilitan el seguimiento farmacoterapéutico y constituyen una herramienta útil a la hora de sistematizar las intervenciones farmacéuticas, mejorando la calidad en la farmacoterapia del paciente.
Contacto: Mª Luisa de Carlos Soler
mldecarlos@yahoo.es

P-045.- ACTUACIONES PARA GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA IMPLANTADOS EN HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ.

Pineda A, Cabeza-de Vaca MJ, Montero JJ, Jiménez I.

El Hospital inmerso en el proceso de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía durante 2005, estableció líneas de trabajo con metodología de grupos de mejora. La labor de estos grupos: análisis y elaboración de 18 procedimientos (identificación de pacientes, custodia y confidencialidad de historias clínicas, etc.) encaminados a garantizar la seguridad asistencial, así como el establecimiento activo de mejoras mediante análisis y medidas correctoras de las incidencias notificadas.
Objetivos
- Disponer de una herramienta con planificación y periodificación de actuaciones que garanticen el seguimiento de los procedimientos de seguridad.
- Consolidar la implantación de los procedimientos
- Realizar evaluaciones periódicas en todas las unidades
- Crear y consolidar un grupo de Seguridad de Pacientes

Metodología: Utilizamos metodología grupos de mejora.
Un grupo matriz analizó los estándares del Plan de Acreditación, detectándose áreas de mejora respecto a seguridad clínica. Se definieron subgrupos incorporando a profesionales de distintas disciplinas. Su objetivo trabajar con metodología Ciclo PDCA, elaborar procedimientos de actuación, definir un modelo tipo.
Se difundieron los procedimientos y se evaluó el grado de implantación.
La siguiente fase la constituyen una serie de medidas encaminadas a asegurar el cumplimiento de los procedimientos y la detección de puntos críticos.
El grupo de trabajo de seguridad clínica, establece un mapa de criterios y actuaciones que deben verificarse periódicamente y que sirven de guía a los cargos intermedios para el seguimiento de los procedimientos.
Resultados y Conclusiones: La evaluación interna nos mostró que están los procedimientos accesibles a los profesionales y conocen dicha existencia y sus actuaciones.
Se están recepcionando notificaciones de incidencias y EA, con sugerencias preventivas, y actuaciones correctoras ejecutadas.
Se dispone de un mapa de actuaciones con las acciones que los cargos intermedios de enfermería deben realizar para verificar el cumplimiento de los procedimientos, detectar puntos críticos y establecer medidas de corrección. Y nos permitirá detectar nuevas áreas de mejora donde actuar desde el grupo de seguridad: nuevos procedimientos, mapa de riesgos, etc.
Concluimos que las medidas generadas han creado efecto expansivo y han llevado a los profesionales a hablar y reflexionar sobre la seguridad de los pacientes, situación esta que persigue la interiorización en la cultura del profesional.
Contacto: Antonio Pineda Soriano
antonioj.pineda.sspa@juntadeandalucia.es

P-046.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Vila-Torres E, Climente-Martí M, Yuste-Vila D, González-Navarro M, López-Montenegro MA, Jiménez-Torres NV.

Objetivo: Evaluar el impacto de la integración del farmacéutico en el equipo clínico en la mejora de la calidad de la Atención Farmacéutica (AF) proporcionada a los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna (MIN).
Método: Tipo de estudio: prospectivo de cohortes. Duración: de enero a diciembre de 2005, dividido en dos periodos: 5 meses con un modelo de AF centralizado con monitorización farmacoterapéutica desde el Servicio de Farmacia (modelo C) y 7 meses con un modelo descentralizado con integración a tiempo parcial del farmacéutico en el Servicio de MIN (modelo D). El registro de las actuaciones farmacéuticas (af) de optimización de la farmacoterapia realizadas se documenta en el aplicativo Atefarm®. Variables analizadas: número de pacientes hospitalizados, nº de estancias, nº de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) identificados y gravedad potencial (escala 1-5), nº de errores de medicación (EM) identificados, nº de EM que alcanzan al paciente, nº de af y resultado en el paciente de la af (escala de 1-5). Análisis estadístico: medidas de asociación (razón de tasas de incidencia o IR) junto con su intervalo de confianza 95% (IC95%).
Resultados: El nº de pacientes hospitalizados fue 634 en el modelo C y 849 en el D, con un total de 4710 y 5941 estancias respectivamente. Las tasas de incidencia se expresan por 1000 estancias. La tasa de PRM identificados fue de 7,9 para el modelo C y 34,7 para el D (IR=4,4 IC95%: 3,1-6,3); La tasa de PRM con gravedad potencial igual o superior a 3 identificados fue de 2,1 para el modelo C y 5,9 para el D (IR=2,8 IC95%: 1,4-5,6). La tasa de EM interceptados antes de que alcancen al paciente fue de 1,3 para el modelo C y 17,3 para el D (IR=13,6 IC95%: 5,9-31,0). La tasa de af con prevención o resolución de morbilidad farmacoterapéutica fue de 5,7 en el modelo C y 18 en el D (IR=3,1 IC95%: 2,1-4,8).

Conclusiones: La integración del farmacéutico en el equipo clínico evidencia una mejora en la calidad de la Atención Farmacéutica proporcionada a los pacientes ingresados en Medicina Interna, al incrementar significativamente la capacidad de identificar PRM, especialmente los de mayor gravedad potencial, y evitar que un mayor número de EM alcancen al paciente. Asimismo, se triplica la oportunidad de realizar actuaciones farmacéuticas con resultado positivo en el paciente, al mejorar la calidad de la farmacoterapia y reducir el riesgo de morbilidad farmacoterapéutica.

Contacto: Mónica Climente Martí
climente_mon@gva.es

P-047.- FOMENTO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL.

Abad R, Agustín MJ, Alonso-Orduña V, Franco JM, Jiménez L, Pérez-Pérez J.

Objetivo: Diseño y primeras acciones de un programa para fomentar una cultura de seguridad en la utilización de medicamentos en el hospital, promoviendo estrategias dirigidas a la prevención de errores y a la reducción de los acontecimientos adversos por medicamentos.
Metodología: En enero de 2006 se constituyó un grupo de trabajo formado por farmacéuticos, personal de enfermería y clínicos vinculados a la Comisión de Farmacia y/o a servicios clínicos prioritarios en el tema de seguridad: Oncología, Urgencias y Nefrología. Las reuniones fueron bimestrales.
Resultados: El grupo revisó la bibliografía básica sobre el tema y diseñó un programa para la notificación, registro y análisis interno de incidentes, como primer paso para la identificación de los fallos existentes en el sistema de utilización de medicamentos, creando el circuito de notificación: impreso de notificación y vías de comunicación . También adoptó un programa informático en Access para el registro y explotación de datos. Como método de difusión del programa se acordó la sesión directa a los servicios clínicos, priorizando aquellos con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias. Para la realización de las sesiones se preparó una presentación. con el fin de unificar la información proporcionada y un dossier donde se incluyó breve descripción del proyecto y bibliografía sobre el tema. Se abordaron los procedimientos de comunicación de un error con posibles repercusiones importantes en el paciente, acordando en dicho caso la comunicación con el médico responsable del paciente y la notificación a la gerencia del Hospital, decisión ya transmitida a la misma. También se decidió la creación y mantenimiento de un área sobre seguridad en Intranet, habiendo iniciado las gestiones para la puesta en marcha de esta iniciativa y analizado algunos documentos para su ubicación en la misma. Dicha vía va a servir también para la difusión de notas informativas y alertas sanitarias. Los aspectos a abordar en un futuro inmediato son: comenzar las sesiones clínicas y valorar la revista del sector sanitario como medio de difusión generalizado.
Conclusiones: La creación del grupo de trabajo ha permitido un abordaje del tema multidisciplinar, facilitando la implicación de los diversos profesionales. Las acciones realizadas son iniciativas dirigidas a fomentar la seguridad en la utilización de los medicamentos dentro del objetivo global de seguridad del paciente.

Contacto: Reyes Abad Sazatornil
rabads@salud.aragon.es

P-048.- INTRODUCCIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

Brull M, Balaguer C, Cubí M, Domínguez M, González N, Ortí N.

Objetivos: 1. Crear una cultura de seguridad clínica en el personal sanitario de un centro socio-sanitario de 355 camas. 2. Desarrollar actividades concretas: A/ Mejorar la seguridad en la prescripción de fármacos. B/ Controlar la temperatura en neveras para medicación. C/ Implantar protocolo de actuación en RCP
Material y Métodos: 1. Creación de un comité multidisciplinar (medico, enfermería, farmacéutica) destinado a iniciar actividades de mejora en la seguridad. Formación en conceptos básicos de seguridad clínica a sus componentes (causas del error y métodos para su abordaje y prevención). A/Registro de errores en la trascripción de órdenes médicas realizado mediante corte trasversal durante dos meses. Análisis de los resultados por el comité para inicio de medidas correctoras.
B/ Elaboración de hoja de registro y protocolo de actuación para el control de la temperatura de todas las neveras con medicación.
C/ Formación en RCP. Definición e implantación del protocolo. Formación a todo el personal en el protocolo y circuito de actuación en RCP.
Resultados: 1. Inicio de proyecto piloto de prescripción informatizada para evitar la trascripción de órdenes médicas a las hojas de enfermería en la unidad de Psicogeriatría y en una unidad de Larga Estancia.
2. Implantación de la tarea de registro de temperaturas en todo el centro.
3. Circuito y protocolo de RCP implantado y revisado.
Conclusiones: 1. La creación de la Comisión de Seguridad Clínica ha permitido abordar aspectos variados para mejorar la seguridad en la atención al enfermo: prescripción de medicamentos, conservación de fármacos, intervención en caso de parada cardiorrespiratoria. 2. Los objetivos desarrollados afectan de forma cotidiana a la práctica clínica. 3. La intervención multidisciplinar ha sido clave para desarrollar e implantar los diferentes aspectos de mejora.

Contacto: M. Teresa Cubí Guillén
mcubi@grupsagessa.com

P-049.- LA GUÍA RÁPIDA DE GESTIÓN, COORDINACIÓN Y ACCIÓN DE LOS PLANES DE CATÁSTROFES EN LA GERENCIA DE ÁREA DE PUERTOLLANO.

Gómez C, Pacheco A, Ruiz AJ, Hervás M, Santos A, Peñalver R.

Los centros sanitarios son edificaciones que por su actividad presentan un alto riesgo de sufrir una catástrofe entendida esta como incendios, explosiones, epidemias…Ante estas situaciones los equipos directivos de las Gerencias han de adoptar una serie de decisiones tendentes a asegurar la integridad física de los usuarios y trabajadores que se encuentre en los centros. La rapidez e inmediatez ante estos acontecimientos es clave en la gestión de las catástrofes. La coordinación del personal para la evacuación de usuarios y acompañantes responde a una distribución de funciones y competencias realizadas con anterioridad a la producción de la catástrofe.
El SESCAM, en el marco de su Plan de Seguridad Corporativo y de Protección del Patrimonio, Plan Perseo ha protocolizado en una Guía, la actuación de la Gerencia del Hospital de Santa Bárbara de Puertollano ante las potenciales catástrofes que puedan acontecer en el Área Sanitaria de Puertollano.
Con este documento se pretende mejorar la eficacia y rapidez en la gestión de catástrofes, el establecimiento de los criterios de derivación y traslado de enfermos a otros centros del SESCAM y la coordinación con otras Administraciones a través de los Servicios de Protección Civil y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
Aplicación de la metodología DAFO /CAME de los siguientes documentos:

- Plan Territorial de Emergencia de Castilla La Mancha (PLATECAM)
- Plan de Emergencia Exterior del Complejo Petroquímico de Puertollano
- Plan de Catástrofes internas y Externas del Hospital Santa Bárbara
- Inspección de las instalaciones sanitarias del Área de Puertollano por parte de los responsables de seguridad de la Secretaría General del SESCAM y de la Gerencia del Área de Puertollano

Resultados: Se ha publicado la Guía de Gestión, Coordinación y Acción frente a situaciones de catástrofes externas e internas para la Gerencia de Puertollano que facilita la toma de decisiones por parte de la Gerencia.
Durante su redacción se ha identificaron y satisfacieron las necesidades y debilidades detectadas por los responsables de seguridad del SESCAM y de la Gerencia, garantizando así la seguridad de los usuarios.
Creación del Comité de Catástrofes del Área Sanitaria de Puertollano donde se reúnen los responsables de la seguridad y de la asistencia sanitaria de esa área.
Para realizar simulacros de catástrofes se han mantenido reuniones con el Servicio de Protección Civil.

Contacto: Antonio Ruiz Moruno
ajruiz@sescam.org

P-050.- PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: UN INDICADOR PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Puente D, Sanchidria.C, Velasco C, Pontejo L, Izquierdo I, Ruano MJ.

Objetivo: Conocer la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en un hospital terciario.

Métodos:
Diseño: Estudio de prevalencia
Población: Todos los pacientes ingresados el 22 de marzo de 2006
Variables: Edad, sexo, índice de riesgo, presencia y localización de úlcera, estadío, lugar de adquisición y tipo de cura.
Análisis de los datos: Estadística descriptiva de los datos recogidos
Resultados: El número total de pacientes estudiados es de 1549. La distribución de la población por riesgo de desarrollar UPP es de 48,2% en riesgo bajo, 19,2% moderado y 4,3% alto.
Se encontró la presencia de úlceras en 85 pacientes, suponiendo esto una prevalencia del 5,5%. Estudiando la distribución por índice de riesgo según la Escala de Norton encontramos que en el grupo de población con riesgo bajo la prevalencia es de 1,3%, 16,7% en la población con riesgo moderado y el 37,3% en la de riesgo alto.
Los pacientes adultos con UPP tienen una edad media de 75,3 años (DS 14,8), siendo superior a los que no tienen úlceras, cuya edad media es de 60,6 años (DS 20,4). La distribución por sexo es homogénea, con un porcentaje de mujeres del 49,4% y 50,6% de hombres.
De los pacientes con úlceras por presión, el 70,5% las desarrollan durante su estancia en el hospital, el 29,5% las presentaban al ingreso y en 7 casos no constaba el dato. El número total de úlceras detectadas fue de 145, siendo la localización más frecuente en sacro con el 31% y en talón con el mismo porcentaje de casos. El estado de afectación tisular más frecuente es el I con el 37,1%, seguido del II con el 27,9% el III con el 22,9%, y por ultimo el IV con un 12,1%.
El tratamiento utilizado es adecuado al protocolo en un 80,7% de los casos. El más utilizado son los apósitos hidrocoloides en un 39,7% de los casos y en un 17,7% se utilizó Iruxol ®.
Conclusiones: Los estudios de prevalencia, que se llevan haciendo en nuestro hospital desde el año 1997, sirven de indicador de calidad permitiendo conocer la adherencia al protocolo de Prevención y Tratamiento de las UPP entre los profesionales de Enfermería.
Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

P-051.- CAMPAÑA "MEJOR SIN RUIDO" DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
Herias-Corral G.

El Plan de Confortabilidad de los Servicios Sanitarios puesto en marcha en mayo del 2004, tenía como objetivos conseguir unos hospitales más cómodos y una atención al público más humana. Un proyecto que persigue trabajar de manera integrada, coordinada y programada sobre todos aquellos aspectos y detalles que determinan e influyen en la humanización y calidad del trato, de la accesibilidad, del confort y de la atención recibida por los pacientes y ciudadanos en aspectos no estrictamente clínico-asistenciales, y que sin embargo, influyen en la opinión que se forman de la organización.
Ahora queremos conseguir que nuestros centros sanitarios sean espacios agradables, tranquilos y ecológicamente saludables. Son lugares excesivamente bulliciosos y con múltiples ruidos ambientales que generan gran dis-conformidad en profesionales y en usuarios.
Por ello, hemos iniciado la Campaña Mejor Sin Ruido, dirigida a usuarios, pacientes y profesionales, para lograr espacios saludables y tranquilos, ya que el ruido es un sonido que interfiere con las actividades, las conversaciones y el descanso. Nuestro objetivo es sensibilizar a profesionales y a usuarios de las ventajas que tiene para la salud trabajar y permanecer en lugares donde el nivel de ruidos sea bajo. ´
Nosotros creemos que los niveles de ruido internos de los hospitales no son adecuados ni para la recuperación de la salud de los pacientes ni para la tranquilidad y buena praxis de los profesionales. Para que se perciba un ambiente confortable en el interior de un centro sanitario, la OMS recomienda 35 decibelios durante el día y de 25 durante la noche. El ruido influye en el descanso y el sueño, impidiendo su conciliación y generando sensaciones de malestar
A nivel externo se reforzarán las ventanas, se fijarán bien las persianas, y se realizará una buena señalización del tráfico En el interior se están instalando auriculares para tv y radio y teléfonos en las habitaciones; queremos utilizar aparatos y carros con amortiguadores; insonorizar los timbres mediante el encendido de luces; poner los teléfonos en posición vibración y/o silencio; establecer un horario de visitas limitado; intentaremos evitar entrar en las habitaciones un número excesivo de veces durante el descanso nocturno adecuando los horarios de la medicación; se instará a utilizar linternas por la noche para evitar el encendido de luz y se controlará las alarmas de los aparatos, bombas, incubadoras, monitores, o el aire acondicionado, etc.
Contacto: Gloria Herias Corral
gloria.herias@sespa.princast.es

P-052.- ¿REALIZAMOS DE MANERA ADECUADA EL LAVADO E HIGIENE DE NUESTRAS MANOS?.
Torijano ML, Dulanto RA, Romera PL, Durá MJ, González C, Ruiz PM.

Objetivos: Conocer situación de la Higiene de manos en el hospital. Concienciar a los profesionales sobre este tema ante próxima realización campaña para mejora de higiene y lavado de manos.
Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Realización encuesta a 12 servicios sobre cumplimiento de esta práctica. 4 formatos de encuesta según área a evaluar. Incluye preguntas cerradas sobre estructura, disponibilidad de material, realización lavado manos, uso guantes, conocimiento protocolo así como sobre autoevaluación grado cumplimiento del lavado de manos utilizando escala ordinal. Se solicitó información sobre dificultades para adecuado lavado manos. Encuesta anónima y voluntaria.
Resultados: Se encuestaron 216 trabajadores. En planta: Media de puntuación en autoevaluación lavado manos 3,9 (Bueno). Más del 85% de encuestados utilizan guantes, 77,7% conoce protocolo y 94% diferencia tipos de lavado. Menos del 50% se lava manos entre técnicas y de forma antiséptica ante inserción de catéter y menos de la cuarta parte se lavan al comenzar visita médica. Supervisión: 12 supervisores. En general, número de lavabos en relación a cantidad personal y camas de servicio es escaso. Todos disponen de jabón líquido, pero toallas de tela continúan utilizándose en 8 servicios. Encuesta quirófanos: lavado de manos quirúrgico: Destaca ausencia de jabón con dosificador así como falta de aplicación jabón antiséptico de nuevo durante 2 minutos. Puntuación media en autoevaluación 4,1 (Bueno) y 100% afirmó conocer lavado de manos quirúrgico. Quirófanos: lavado de manos no quirúrgico: Resultados similares a planta, con mayor porcentaje lavado antiséptico en inserción de catéteres (73,7%). Análisis cualitativo dificultades: La mayoría se refirió a dificultades de estructura y disponibilidad de material adecuado.
Conclusiones: A pesar de percepción subjetiva de alto grado cumplimiento lavado de manos, muchas de las prácticas necesarias del mismo no se cumplen, siendo reemplazadas en ocasiones por uso de guantes. Entre las dificultades más citadas destacan problemas en infraestructura (lavabos, grifos) y en disponibilidad de material necesario para correcta higiene de manos (carencia de jabón, papel, soluciones alcohólicas), pero también son importantes la inadecuada calidad del material utilizado así como algunos factores como la falta de tiempo y de formación. Fomentar formación personal en la higiene de manos. Asegurar disponibilidad y adecuada calidad del material necesario para correcta higiene de manos.
Contacto: Mª del Carmen González Rodríguez-Salinas
cgonzalez.hdoc@salud.madrid.org

P-053.- COMO ABORDAMOS LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ALGATOCÍN (SERRANIA DE RONDA).
Martín-Navarro F, Rios-Corbacho MJ, Moreno-Campoy EE, Fernández-Rios MJ, Huerta-Díez MC, Domínguez-Nieblas CI.

Formar y sensibilizar a los profesionales de la UGC de Algatocín en Seguridad del Paciente, iniciando las bases para la comunicación de incidentes y eventos.
Los profesionales son los 25 trabajadores del Centro de Salud de Algatocín.
La metodología ha sido sesión de formación con presentación en Power Point y trabajos de grupo.
En la sesión se definieron los conceptos básicos de seguridad. Al final se inicia un trabajo de grupo en el que cada profesional realiza un análisis las situaciones que podrían desencadenar eventos adversos en nuestra zona de actuación sanitaria que se trabaja técnica de grupo nominal. Se realiza agrupación de las situaciones aportadas y devolución a los profesionales para continuar en una segunda sesión, que se prioriza en base a 4 criterios: gravedad que puede producir, dificultad

de abordaje, importancia para el profesional, factible económicamente. El trabajo finaliza aportando a los asistentes los resultados de la priorización realizada y el intercambio de opiniones respecto a los resultados, consensuándose un sistema de comunicación de incidentes.
Participan el 60% de los profesionales (médicos, pediatra, enfermeras, trabajadora social, auxiliar enfermería, celador y farmacéutica), siendo la participación del personal sanitario muy alta (87%) respecto al no sanitario (22%), motivado por los turnos de trabajo no coincidentes con la formación.
La intervención en las sesiones de trabajo ha sido alta aportando un una media de 6 situaciones por profesional (10-4).
Las situaciones puestas de manifiesto han sido en un 70% condiciones latentes y en un 30% incidentes.
Los profesionales han mostrado buena predisposición a colaborar y avanzar en la mejora de la seguridad del paciente, aunque se detecta que es preciso aumentar la formación.
Son reacios a poner de manifiesto incidentes probablemente por la cultura de culpa y el miedo, lo cual se observa claramente en el menor porcentaje de estos evidenciados.
Muchas de las condiciones latentes evidenciadas, a priori, son fácilmente abordables, aunque precisan de un análisis mas profundo.
Se han puesto de manifiesto incidentes que, por la importancia dada por los profesionales, invita a una continuación del trabajo con un análisis metodológico de los mismos y el aporte de soluciones.
Es preciso establecer una metodología en el Centro que recuerde periódicamente la importancia de comunicar incidentes y/o condiciones latentes para lo que se va a crear un sistema de comunicación.
Contacto: Francisco Martín Navarro
francisco.martin.sspa@juntadeandalucia.es

P-054.- ANÁLISIS DE ERRORES DETECTADOS EN LA TRANSCRIPCIÓN EN UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS.
Abad R, Carcelén J, Arrieta R, Casajus MP, Arenere M, Mendaza M.

Objetivo: Analizar los errores detectados en la transcripción de la orden médica(OM). 2. Valorar la concordancia de dos observadores en el análisis.
Método: Estudio observacional prospectivo de 5 semanas de duración en el que se cotejó la transcripción de la OM por el farmacéutico al programa informático de farmacia y la transcripción por el enfermero a la gráfica de enfermería. Las diferencias fueron contrastadas con la OM original. Se analizaron los tratamientos de 6 unidades, revisando cada unidad de lunes a viernes, en semanas diferentes. Para la clasificación de errores se utilizó la del grupo Ruiz-Jarabo 2000 modificada y para la valoración de la concordancia el índice Kappa.
Resultados: Se revisó el tratamiento de 845 pacientes, que incluía 5420 fármacos y 9608 dosis. Se detectaron 884 discrepancias en medicamentos que pertenecían 365(41,3%) al grupo A(Aparato Digestivo y Metabolismo) correspondiendo 233 a omeprazol 20 mg, sin dosis en gráfica de enfermería, 234(26,5%) a medicamentos del grupo N (Sistema Nervioso) y 118(13,4%) al C (Sistema Cardiovascular). El 16,3% de los medicamentos se habían prescrito condicionados al estado clínico del paciente. La persona involucrada fundamentalmente en el error fue el farmacéutico (36,7%) seguida del medico(33,8%) y del enfermero(29,5%) para el observador A pero para el B fue el médico(39,3%), farmacéutico(31,9) y enfermero(28,9%) (Kappa=0,84). El proceso que más influyó en la discrepancia fue la prescripción (35,1% para A y 42,4% para B), seguida de la transcripción por el farmacéutico(34,8%, 28,9%) y la transcripción por enfermería(30,0%,28,7%)(Kappa=0.81).
Los incidentes más frecuentes fueron para ambos observadores, la omisión de dosis(51,7%,50,0%) presencia de medicamento no indicado en carro (20,7%,16,1%) intervalo posológico incorrecto (17,9%, 20,7%) y medicamento erróneo (5,3%, 7,7%)(Kappa=0,78). Las causas mas frecuentes son problemas de interpretación de las prescripciones y factores humanos (Kappa= 0,23), siendo los factores contribuyentes: los ambientales(41,9% y 43,8%) y la inercia del sistema (40,9 y 50,0%) (Kappa=0,46).
Conclusiones: Para fomentar la seguridad en el uso de los medicamentos, las acciones de mejora deben centrarse en los grupos farmacológicos A, N y C. El omeprazol es el fármaco que con mayor frecuencia carece de especificación de dosis y por tanto la formación para su correcta prescripción debe ser una acción prioritaria. La valoración de las causas de error a posteriori presenta una gran carga de subjetividad.
Contacto: Reyes Abad Sazatornil
rabads@salud.aragon.es

P-055.- INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON ICTUS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL GUADARRAMA.
Domingo-García A, Fernández-González I.

Introducción: El paciente que ha sufrido un Ictus experimenta un cambio radical y traumático en su estilo de vida, pierde el desempeño de sus roles y con ello el sentido de competencia en su entorno, generalmente pasa de ser una persona independiente a requerir ayuda y asistencia para la realización de sus actividades más básicas (alimentación, higiene, etc..). La familia del paciente influirá en el establecimiento de unas relaciones de dependencia determinadas que dependerán directamente del asesoramiento que reciban sobre el manejo y asistencia a estos enfermos y por supuesto del grado de implicación que tengan en el proceso terapéutico.
Objetivos: Proporcionar a las familias de pacientes con Ictus recursos y herramientas para que favorezcan y refuercen el proceso de rehabilitación, y enseñarles las técnicas básicas de posicionamiento, medidas higiénico posturales y manejo de estos pacientes para que estimulen su autonomía, facilitando el regreso a su entorno habitual , evitando con ello ingresos en instituciones.
Material y método: Formando parte de la sesiones de terapia ocupacional se instruye a los familiares en el manejo , posicionamiento y asistencia del paciente con Ictus. En las sesiones programadas para dicho fin, ya sean en el departamento de Terapia Ocupacional o en la planta hospitalaria los familiares pasan a desempeñar un papel de coterapeutas que se intenta generalizar a la actividad cotidiana tanto en el hospital como en su casa.
Resultados: Aumento de la motivación del paciente que percibe que sus familiares se implican activamente en el programa de rehabilitación. Proporcionar conocimientos y apoyar a los familiares para que se impliquen en los planes de tratamiento. Mejoría de la autonomía de la persona en el hospital desde el ingreso. Mejor aceptación del alta hospitalaria. Mejor adaptación al domicilio. Aumento de la competencia de las familias en situaciones conflictivas. Reducción del número de ingresos en instituciones (Residencias)
Conclusiones: Nos parece de una enorme importancia la implicación de la familias en el proceso de rehabilitación de los pacientes que han sufrido un Ictus. El nivel de dependencia se ve enormemente reducido , ya que sus cuidadores conocen las estrategias para su manejo tanto en el hospital como en su hogar, y potencian la autonomía de los mismos. Si conseguimos que el paciente permanezca en casa se sentirá más autónomo, además de mantener los lazos afectivos y la dinámica familiar.
Contacto: Ana M. Domingo García
agarcia_26@hotmail.com

P-056.- DESARROLLANDO UN ÁREA SANITARIA: LA INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
Arantón L, Facio A, Fernández A, Vázquez T, Martínez J, Bellón E.

Introducción: Uno de los principales motivos de preocupación a nivel asistencial, es la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Hospitalaria, lo cual repercute directamente sobre el paciente, que va de uno a otro nivel buscando la solución a sus problemas de salud, pero sin una adecuada coordinación; las responsabilidades se difuminan por centros asistenciales, quedando para los hospitales la teórica capacidad resolutiva. En nuestro ámbito, con la publicación del Decreto 15/2005, se establece la estructura del Área Sanitaria, integrando ambos niveles asistenciales; afecta a un área de población, que abarca 20 ayuntamientos y 1691 profesionales; con el objetivo principal de mejorar la continuidad asistencial, integrando Atención Primaria y Hospitalaria bajo el mismo órgano de gestión, cuyo eje será el paciente y cuya actividad se orienta a través de procesos asistenciales.
Objetivo: Describir el proceso de implantación de un Área Sanitaria, las dificultades y soluciones adaptadas en cada caso para conseguir una estructura cohesionada centrada en el paciente, integrando tanto a los profesionales de Primaria como de Especializada.

Método: Desde la Dirección del Área se articula como base de la interrelación, el desarrollo de los órganos técnicos de asesoramiento de la Comisión de Dirección que con una metodología específica de funcionamiento definida para toda el Área, se articulan integrando a los profesionales de ambos niveles asistenciales.
Resultados: Se constituyen y ponen en funcionamiento: la Comisión de Calidad , Comisión Asistencial y Comités Técnico Sanitarios de: 1- Infecciones, Profilaxis y Política Antimicrobiana; 2- Mortalidad, Tumores y Tejidos; 3- Farmacia y Terapéutica; 4- Historias Clínicas; 5- Planificación de Cuidados de Enfermería; 6- Docencia y Formación Continuada; 7- Investigación; 8- Biblioteca; 9- Ética Asistencial; 10- Procesos y Eval. Tecnológica; 11- Dolor; 12- Transfusiones, Hemoderivados y Anticoagulación; 13- Seguridad y S. Laboral ; 14- Comisión de Participación Ciudadana; 15- Garantía y Control Calidad en Rx; integrando a más de 130 profesionales del Área.
Conclusión: La constitución del Área ha posibilitado el desarrollo de múltiples grupos de trabajo, dónde los profesionales de Primaria y Especializada colaboran en condiciones de igualdad, estructurando la asistencia con el paciente como eje (garantía de continuidad asistencial); así, al estructurar la actividad y delimitar los ámbitos de responsabilidad, se eliminan además trabas burocráticas.
Contacto: Luis Arantón Areosa
luis.aranton.areosa@sergas.es

P-057.- ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA AGUDA Y URGENCIAS EN PEDIATRÍA.
Cantero-Caballero M, Jiménez-Domínguez C, Panizo-Santos MB, Álvarez-Gómez J, Molero-Díaz FJ, Macías-López MC.

Objetivos:
1. Dar continuidad real a la asistencia y cuidados pediátricos.
2. Unificar desempeño de asistencia y cuidados.
3. Proporcionar a los profesionales un recurso práctico para el manejo de la patología aguda y urgente pediátrica.
Métodos: Encuadrado dentro del Plan de Mejora de la Atención Continuada y Urgente del Área 8, se ofertó la participación en un grupo de trabajo a los pediatras y enfermeras de Pediatría del Distrito Rural.
Constitución del grupo. Se acordó la elaboración de unas Guías Clínicas de Atención a las Urgencias y Patología Aguda en Pediatría, su estructura y temas. Se repartieron los temas.
Cada tema fue revisado por todos. Tras primera revisión individual, se hacía otra con el conjunto del grupo aportando la bibliografía o documentación estimada oportuna sobre la ya referenciada.
Resultados: Grupo formado por 4 pediatras, 2 enfermeras, técnico de salud y subdirección médica.
Estructura: Mencionar sólo signos/síntomas que se puedan "escapar". "Qué no hacer". Tratamiento y dosis. Derivación. Bibliografía.
Temas: Fiebre, Vómitos/diarrea, Tos, Infecciones ORL, Crisis asmática, Exantemas, Convulsión, Inmovilizaciones, Heridas y suturas, Quemaduras, Urticaria, angioedema y anafilaxia.
Finalización de la revisión: marzo 2006. Actualmente maquetándose.
Conclusiones:
1. El uso de estas guías permitirá disminuir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo del paciente pediátrico en Atención Continuada.
2. La participación de pediatras y enfermeras con desempeño de su actividad habitual en Pediatría nos acerca a la continuidad real de la asistencia y cuidados de la población pediátrica. La revisión conjunta y el consenso del contenido de las guías también contribuyen a ello.
3. Disponer de unas guías de consulta fáciles y prácticas dotará a los profesionales de Atención Continuada de una herramienta capaz de optimizar sus decisiones y resoluciones y contribuirá a la satisfacción de los pediatras.
4.Planificar la dinámica de trabajo y consensuar la estructura de las guías contribuyó a la obtención de resultados en tiempo satisfactorio.
Contacto: Cristina Jiménez Domínguez
cjimenez.gapm08@salud.madrid.org

P-058.- IMAGEN DIGITAL: EXPERIENCIA CON EL TÓRAX ENTRE UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA EXTRAHOSPITALARIO Y SU ATENCIÓN PRIMARIA.
Morán J, Morrás MT, Martínez-Estíbariz J, Frías A, Manso E, Catalán E.

Objetivo: Conseguir una comunicación informática bidireccional entre las aplicaciones de Historia Clínica Informatizada tanto de las consultas de Atención Primaria (herramienta OMI) como de Atención Especializada (herramienta propia) y el Servicio de Radiología de referencia, ganando en comodidad, discrecionalidad y eficiencia y prescindiendo tanto de los impresos de solicitud como de las placas impresas.
Método: Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar (técnicos de gestión, técnicos informáticos y clínicos, a su vez de cada nivel asistencial) que estableció, para las radiografías de Tórax y Parrillas costales, y para un Área Sanitaria completa (440.000 habitantes), un circuito ex profeso que se inicia en la estación de trabajo de la consulta generando una solicitud que se envía al Servicio de Radiología, donde se genera el correspondiente volante de trabajo y programa la máquina de obtención de placas radiológicas respectiva, con posterior informe del radiólogo que vuelve, con un enlace a la imagen, a la base de datos de la Zona Básica Sanitaria o del centro hospitalario correspondiente. En el caso de la Atención Primaria, avisa además al médico solicitante que ha llegado dicho informe. De forma paralela, y como complemento, se habilita una agenda de citación para la realización de dichas placas.
Resultados: Se presentan, por un lado, y para los 6 primeros meses de experiencia, el número de solicitudes de ambos niveles asistenciales, el número de placas realizadas y un acercamiento a las causas por las que algunos pacientes no acudieron a la cita establecida. Por otro, algunos de los problemas presentados (solicitudes urgentes, pacientes sin TIS, llegada del paciente antes que su solicitud, ...) y las soluciones adoptadas.
Conclusiones: En los 6 meses evaluados el circuito se ha demostrado válido, cumpliendo las expectativas previstas para dicho periodo.
Contacto: Julio Morán
jmoranpi@cfnavarra.es

P-059.- MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL POR EL DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS: PROCESOS OSTEOARTICULARES.
Redondo J, Vinuesa M, Serrano D, Molina J, Prieto V, Gil R.

Objetivos.- La cadena asistencial de la atención sanitaria se repite una y otra vez entre profesionales de ambos niveles de atención (primaria y hospitalaria) interviniendo un gran numero de profesionales en el manejo de problemas clínicos idénticos lo que ocasiona diferentes enfoques de éstos, aumentando la variabilidad clínica y la ineficiencia del sistema. Una vía para disminuir estos hechos es el diseño e implantación de procesos de gestión clínica para el abordaje de los problemas clínicos más prevalentes. Los procesos osteoarticulares se han identificado como uno de los motivos más frecuentes de derivación desde atención primaria a hospitalaria en todas las áreas sanitarias. Se priorizan cuatro procesos clínicos sindrómicos sobre los que se realiza el diseño del proceso clínico: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro doloroso y rodilla dolorosa y se plantean los siguientes objetivos:
1) Diseñar el proceso clínico de derivación en cuatro síndromes clínicos de origen osteomuscular entre los profesionales de atención primaria y hospitalaria del distrito de Móstoles del Área 8 de Madrid. 2) Implantar el desarrollo de los mismos, monitorizar sus resultados e implementar acciones de mejora. 3) Facilitar la capacitación y mejora en la práctica clínica de los profesionales médicos del Área 8 y 4) Obtener mejores resultados en la atención sanitaria a los pacientes implicados.
Método- Se forman cuatro grupos de trabajo constituidos por profesionales médicos procedentes de atención primaria y de los servicios hospitalarios de traumatología, reumatología y rehabilitación del Hospital de Móstoles, junto con la participación de dos subdirectores médicos de cada uno de los niveles de atención.
Resultados: Para cada proceso, se realizaron a lo largo de un mes tres sesiones de una hora de duración, en las que por consenso, y en base a la mejor evidencia médica disponible, se realizó el diseño del diagrama de flujo de atención de estos procesos, definiendo las entradas y salidas correspondientes con un cronograma preestablecido. Se elaboran indicadores para seguimiento del proceso una vez estos sean comunicados a los profesionales.
Conclusiones.- La elaboración e implantación de procesos clínicos puede ser un instrumento de mejora de la atención sanitaria que suponen una mejora en los intereses de los profesionales, de la atención sanitaria a pacientes y un aumento de la eficiencia de la misma.
Contacto: Jesús Redondo Sánchez
jredondo.gapm08@salud.madrid.org

P-060.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LA HOJA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA PREVIA A LOS INGRESOS RESPITE CARE DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

Colina C, Primé C, Aubeso J, Santacruz V, Cuadrado M, Martínez E.

Objetivos: Elaborar el protocolo de valoración geriátrica previa a los ingresos de la unidad de trabajo social del centro.
Métodos:
1.- Modelaje del proceso " realizar asistencia sociosanitaria en planta" integrado en el análisis de procesos básicos que se realizan en nuestro Centro.
2.- Realización del protocolo para ingresos sociales como acción de mejora del proceso "realizar valoración integral".
3.- Diseño de la hoja de valoración para los ingresos sociales de estancia temporal.
4.- Difusión de la nueva hoja a todos los trabajadores sociales de base y centros de atención primaria e implementación de la hoja a partir del 01/04/2006 con monitorización y registro continuo de todos los ingresos de la Unidad de Trabajo Social.
Resultados: La nueva hoja consta de distintos apartados: identificación del paciente y del médico de cabecera; información clínica (antecedentes patológicos, tratamiento actual, valoración cognitiva y trastornos del comportamiento, situación funcional, síndromes geriátricos, curas especiales, observaciones y fecha). Se ha conseguido realizarlo en una única hoja, con diseño atractivo y fácil cumplimentación (check-list de la mayoría de items solicitados). Inicio de su utilización el 1 de abril de 2006. Se espera presentar mediante indicador (% de ingresos con hoja correctamente cumplimentada) los resultados a los 6 meses de su puesta en marcha.
Conclusiones:
- La elaboración por parte de un equipo interdisciplinar de la nueva hoja de valoración, ha sido una nueva herramienta óptima para la recogida de información global, exhaustiva e integral de los pacientes ingresados en este Centro por descarga familiar.
- Ha sido necesaria una difusión extensa a los servicios solicitantes (Unidades Básicas de Atención Social Primaria en Ayuntamientos, Consells Comarcals, Centros de Atención Primaria de todas las Áreas Básicas de Salud) para su correcta implementación.
- Los primeros resultados apuntan a su fácil cumplimentación, que se podrá valorar con la monitorización propuesta.

Contacto: Esther Martínez Almazán
emartinez@grupsagessa.com

P-061.- DERIVACIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS A NIVELES ASISTENCIALES DE MEDIA, LARGA ESTANCIA Y SOCIOSANITARIO.

Varea-Lahuerta K, Rodríguez-Le Halper JM, Domínguez-Rodríguez ML, Urrutia-Erauskin A.

Objetivo: La utilización de la Herramienta de valoración de pacientes subagudos y sociosanitarios permite establecer un flujo de pacientes entre diferentes niveles asistenciales. Asignando los recursos de nuestra Área sanitaria a los diferentes perfiles de la demanda. Nuestro Objetivo es, evaluar los resultados obtenidos tras un año de utilización de la herramienta.
Métodos
• La evaluación se realiza a partir de los datos obtenidos del registro existente de derivaciones (en una base de datos de Access).
• El período evaluado ha sido el año 2005.
Resultados:
• Nº de pacientes derivados 62, de los cuales 53 han ido a media y larga estancia y 9 a centro sociosanitario.
• La edad media de los pacientes es de 79 años.
• Servicios solicitantes: Traumatología (42%), Neurología (35,5%), Medicina interna (14,5%) y Otros (8%).
• Estancias sociales producidas han sido 288, con una demora media de 4,6 días. Si excluimos los 9 pacientes que van a sociosanitario la demora media es de 3,8 días.
• Nº de reclamaciones de los clientes: 0
• Los diagnósticos más prevalentes han sido: Accidentes cerebrovasculares y las fracturas de cadera.
• El 85,5% de los pacientes se derivan a centro de media y larga estancia y el 14,5% a centro sociosanitario.
Conclusiones:
1.- Los servicios que mayoritariamente solicitan la derivación de pacientes son Traumatología y Neurología
2.- El perfil de rehabilitación del paciente para la obtención de ganancias funcionales es el principal motivo de solicitud de derivación
3.- Como Áreas de mejora se detectan:
• Se debe potenciar el uso de la herramienta de derivación de pacientes.
• Mejora del proceso interno en la gestión del traslado, para disminuir demoras.
• Detectar al ingreso a pacientes susceptibles de ser derivados.

Contacto: Karmele Varea Lahuerta
kvarea@hbid.osakidetza.net

P-062.- PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

Mazo S, Calvo M, Herreros M, Martínez B, Rodríguez A, Emparan C.

Objetivos: definir y delimitar el alcance de los procedimientos de rehabilitación neurológica en un proceso asistencial de Atención Domiciliaria Especializada.
Material y Métodos: la Unidad de atención Domiciliaria en coordinación con la Unidad de Rehabilitación inició en Enero de 2006 un proceso integrado de rehabilitación domiciliaria Neurológica que engloba a médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas en un proceso de rehabilitación de patologías agudas y crónicas. Para ello se diseñó el proceso, junto con sus guías de práctica clínica y los indicadores de funcionamiento del mismo (estancia, actividades desarrollados, grado de rehabilitación obtenida). Todos los pacientes fueron atendidos a nivel ambulatorio sin necesidad de acudir al centro hospitalario.
Resultados: Desde su apertura en Enero de 2006 hasta Mayo 2006 15 pacientes con procesos neurológicos agudos y crónicos fueron incluidos en el proceso de Rehabilitación Domiciliaria Neurológica, integrando 360 actuaciones de distintos profesionales imbricados (promedio 24 actuaciones por paciente) hasta darle el alta hacia un proceso de rehabilitación de larga duración. Los pacientes fueron atendidos en un proceso secuencial fisoterapeuta-logopeda-terapeuta ocupacional integral e integrado. Todos los pacientes progresaron dentro de sus parámetros clínicos en cada guía clínica y la encuesta de satisfacción de pacientes y de clientes internos (unidades que remitieron a los pacientes) indicó un grado de satisfacción general de 9/10.
Conclusiones: la rehabilitación neurológica integrada y desarrollada a nivel domiciliario por servicios de tención domiciliaria especializada es una alternativa eficaz y eficiente de rehabilitación.

Contacto: Sara Mazao Casaus
smazo@fhcalahorra.com

P-063.- EL ACCESO A EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS, ¿DISMINUYE LA NÚMERO DE INTERCONSULTAS CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA?.

Santiago-García C, Barragán-Pérez A, Martínez-García J,. Moreno-Valero M, Fontcuberta-Martínez J, Ruiz-Ros J.

Objetivos: Analizar los consumos de Interconsultas generadas por los facultativos de Atención Primaria (AP) de un Área de Salud
Determinar la relación que existe entre las Interconsultas y la solicitud de exploraciones complementarias.
Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Ámbito: AP. Emplazamiento: 19 Centros de Salud de un Área de Atención Primaria con 2 Hospitales de referencia, de los que 1 ha facilitado el acceso a AP a determinadas exploraciones complementarias como mamografías, endoscopias digestivas, TAC y resonancias magnéticas de rodilla y cadera. En el otro estas pruebas no estaban accesibles al médico de AP o sólo se le realizaban en situaciones especiales. Periodo estudiado: Enero a Diciembre de 2005. Se analizan los consumos de interconsultas realizados por los diferentes EAP y la relación entre el acceso y el numero de derivaciones a especializada.
Resultados: Tasa media de derivación de interconsultas a Atención Especializada (AE) del Área de Salud: 361 Interconsultas/1000 TSI.
Tasa de derivación de los 4 EAP cuyo hospital de referencia daba libre acceso a exploraciones complementarias: 418, 443, 408, y 425 interconsultas /1000 TSI.

Tasa de derivación de los otros 15 EAP cuyo hospital de referencia no dio acceso a la totalidad de exploraciones complementarias: 355, 338, 307, 356, 344, 312, 413, 404, 314, 351, 339, 334, 341, 418, 284, 287 interconsultas/1000 TSI. En todos los casos, los EAP con mayor acceso tienen mayor número de derivaciones a AE.
Conclusiones: La oferta de pruebas diagnósticas a AP genera un aumento de su demanda, pero no se acompaña de una reducción en la solicitud de interconsultas con AE.
En la capacidad resolutiva de AP influyen otros factores además del acceso a exploraciones complementarias.
La elaboración de protocolos conjuntos, la formación continuada y la asunción de responsabilidades son fundamentales en la optimización de los recursos necesarios para garantizar la continuidad asistencial.
Contacto: Carmen Santiago García
carmen.santiago@carm.es

P-064.- PLAN DE COORDINACIÓN FUNCIONAL CON ATENCIÓN PRIMARIA. MÁS DE TRES AÑOS DE EXPERIENCIA.
González-Sánchez P, Galindo-Gallego M, Escudero-Álvarez E, Díaz - López Y.

Objetivo: La continuidad asistencial es un objetivo común en la Sanidad pública, en el camino de la mejora continua de la calidad en la prestación del servicio.
En 2002 el hospital La Fuenfría, propone un Plan de Coordinación Funcional al Área 6 de la Comunidad de Madrid.
Esta propuesta se hace en función de nuestra identidad como tercer escalón asistencial, por ser un centro dedicado a la atención rehabilitadora, y cuidados prolongados del paciente mayor.
A lo largo de estos años, y con la colaboración de todos los profesionales, se ha venido desarrollando esta iniciativa habiendo sido ampliada y mejorada según se ha ido detectando la necesidad, estudiando y valorando nuevos requerimientos en la población de nuestra área de influencia, procurando dar una respuesta adecuada de la manera más ágil que ha sido posible.
Método: Las etapas en su desarrollo han sido las siguientes:
• Elaboración del Plan de coordinación funcional en colaboración con el Área 6
• Presentación de dicho Plan conjuntamente por las Gerencia del Hospital La Fuenfría y del Área 6, al personal médico.
• Reuniones entre profesionales de ambos equipos.
• Ampliación del programa de colaboración con el Plan de Asistencia del Laboratorio a los Equipos de Atención Primaria al distrito rural del. Área 6 (Oct 2003).
• Ampliación así mismo con el Plan de Asistencia de Radiología a los mismos beneficiarios. (Feb 2006)
• Valoración de la funcionalidad de la primera fase del Plan mediante encuesta realizada a los profesionales médicos, usuarios del mismo.
Resultados: Para valorar el impacto conseguido con nuestro Plan nos basamos en los siguientes datos:
• Nº de pacientes ingresados procedentes del Área
• Nº de análisis de muestras biológicas realizados por el laboratorio.
• Nº de médicos residentes que han rotado por algún servicio del hospital.
• Grado de satisfacción según encuestas realizadas a los profesionales.
Conclusiones: La participación activa de los grupos de trabajo inicialmente formados para la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales, ha posibilitado la comprensión y el buen funcionamiento entre ambos grupos de profesionales, conduciéndonos hacia la ampliación de la oferta de servicios por parte del Hospital tanto a pacientes ya hospitalizados del área como a ambulantes, siempre pensando en el usuario como eje de nuestro sistema sanitario siendo su asistencia y cuidado integral objetivo prioritario en nuestro Sistema Regional de Salud.
Contacto: M. Pilar González Sánchez
pgonzalez.hlff@salud.madrid.org

P-065.- COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA A PACIENTES CON FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÓTICA.
Moro-Álvarez MJ, Castro de la Vega MA, Fonseca-Capdevilla E.

Introducción. Las fracturas vertebrales (FV) son la manifestación clínica más habitual de la osteoporosis (OSP). Constituyen un indicador de fragilidad ósea, aumentando el riesgo de nuevas fracturas incluso no vertebrales, como la de cadera. Tiene una alta prevalencia en España (en sujetos mayores de 50 años, 15,8% en mujeres y 11,8% en varones), puede ser asintomática o cursar con dolor incapacitante, requiriendo hospitalización o técnicas intervencionistas (cifoplastia o vertebroplastia), y dejar secuelas crónicas.
Los modelos de integración asistencial van destinados a mejorar la eficiencia, orientándose más a los problemas de salud y las necesidades de los ciudadanos. Una buena coordinación entre médicos de familia y especialistas resultaría positiva para un diagnóstico y manejo correctos de la FV.
Objetivo. Plan de continuidad asistencial para mejorar la atención a pacientes con OSP y FV, iniciado en Enero 2005 por Medicina Interna-Metabolismo Mineral Óseo-Hospital Cruz Roja y Centro de Salud Reina Victoria (Área 5).
Métodos
- Canal de comunicación entre niveles asistenciales mediante una Consulta de Médico Internista especializado en OSP (2 hrs/semana en el Centro de Salud). Se evalúan las interconsultas y se coordina, si precisa, un manejo multidisciplinar de la FV con otros especialistas.
- Protocolos de derivación de pacientes.
- Sistema informatizado de citaciones compartido por ambos niveles asistenciales.
- Sesiones conjuntas.
- Elaboración de protocolos clínicos de actuación conjunta.
- Formación sobre las guías de práctica clínica de las Sociedades Científicas para OSP.
- Investigación en OSP mediante el desarrollo de estudios clínicos.
Resultados:
- En un año se han valorado 90 interconsultas. Un 20% precisó de seguimiento posterior hospitalario y un 10% rehabilitación ambulatoria.
- Se han realizado dos sesiones conjuntas, una de ellas orientada a actualización en OSP y FV.
- Se están elaborando protocolos de actuación conjunta.
- Se ha implementado un estudio epidemiológico.
Conclusiones:
- Modelos de actuación compartida, con protocolos desarrollados y aplicados en el ámbito local, con una adecuada distribución de recursos, son el método más efectivo para el manejo del problema de salud que representa la FV osteoporótica.
- La falta de adherencia terapéutica, farmacológica o no, es un problema en todas las enfermedades crónicas, y especialmente relevante en la OSP. La eficacia del plan descrito ha mejorado también éste aspecto al aumentar la satisfacción de los pacientes.
Contacto: M. Jesús Moro Álvarez
mjmoro.hccruzr@salud.madrid.org

P-066.- IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE TELECONTINUIDAD "SALUD RESPONDE" EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.
de la Torre-Barbero MJ, Turrado-Muñoz MA.

Introducción: La continuidad de cuidados es un elemento de mejora y calidad asistencial deseable para todos los pacientes, no obstante es una realidad que hay grupos de personas en los que esta continuidad de cuidados es especialmente necesaria, como son los pacientes frágiles.
El Servicio Andaluz de Salud ha puesto en marcha un plan de continuidad telefónica para garantizar la continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico a pacientes frágiles dados de alta desde las unidades de hospitalización en fines de semana , festivos y vísperas.
Objetivos:
• Adaptar el Plan de seguimiento Telefónico del Servicio Andaluz de Salud, al Hospital Universitario Reina Sofía
• Evaluar la implantación local del Plan de Seguimiento Telefónico
Metodología: Para la adaptación local del Plan de Teleasistencia se creo en el año 2005, un grupo de trabajo encargado de la elaboración de procedimientos y circuitos para la puesta en marcha de la Telecontinuidad en nuestro Hospital.
Para la evaluación de la implantación se establecieron los siguientes indicadores:
- Población incluida en el Plan de seguimiento telefónico por Salud responde.
- Nº de altas desde las unidades de Hospitalización en fines de semana y festivos.

- % de personas captadas que cumplan criterios de inclusión en el Plan de Teleasistencia.
Resultados: Elaboración de procedimientos y circuitos.
Se desarrolló un plan de comunicación para la implantación del programa.
Se realizaron talleres de formación en la herramienta informática "Salud Responde".
La evaluación sobre la implantación del programa se ha realizado haciendo un comparativo entre los datos del Complejo Hospitalario Reina Sofía (HRS) y uno de los centros adscritos al mismo, Hospital Provincial (HP).
Población incluida en el Plan de seguimiento telefónico por Salud responde en el año 2005: HRS 633; HP 530.
Nº de altas desde las unidades de Hospitalización en fines de semana y festivos año 2005: HRS 10794; HP 4420
Porcentaje de personas captadas que cumplan criterios de inclusión en el Plan de Teleasistencia: HRS 5.86%; HP 11,99%
Conclusiones: La participación de las enfermeras es fundamental en el proceso de captación de pacientes frágiles
La implantación de la Teleasistencia está permitiendo prevenir e intervenir precozmente en problemas de salud relacionados con el alta
Contacto: M. José de la Torre Barbero
mj.torre.sspa@juntadeandalucia.es

P-067.- DERIVACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA BUCODENTAL: CICLO DE MEJORA EN UN ÁREA DE SALUD.
Cerezuela-Fuentes E, Ramos-Medina B, Pérez-Silva A, Santiago-García C, Moreno-Valero J, Fernández-Lorencio J.

Objetivos:
1/ Mejorar el circuito de derivaciones entre AP (Atención Primaria) y el Servicio de Cirugía Maxilofacial (CMF) de su hospital de referencia.
2/ Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes.
Métodos: Se detectan múltiples oportunidades de mejora en el circuito de derivaciones entre AP y el Servicio de CMF de referencia. Se decide centrarse en la "Evaluación y mejora de los criterios de derivación", al detectarse que los criterios diagnósticos y/o pruebas complementarias eran insuficientes o inadecuados.
Análisis Efectuado: Diagrama de Causa-Efecto y Flujograma
Se realiza ciclo de mejora de la derivación de pacientes con patología bucodental al servicio de CMF (Metodología de R.M. Palmer) evaluándose 3 criterios.
Criterio 1: Todo paciente será derivado por odontoestomatólogo con hoja de interconsulta normalizada en que conste motivo de inclusión.
Criterio 2: Todo paciente derivado debe acompañar ortopantomografía.
Criterio 3: Todo paciente de unas determinadas patologías deberá acompañar Ecografía y/o Punción Aspiración con Aguja Fina.Todos estos criterios tienen excepciones y aclaraciones
Fuentes de datos: para la identificación de los casos los listados de Historias Clínicas del Servicio de CMF y para la obtención de los datos sobre el cumplimiento de los criterios, la Hoja de Interconsulta. Se realizo un muestro aleatorio simple, con una muestra de 60 casos en cada evaluación.
Dimensión estudiada : calidad científico-técnica.
Tras la primera evaluación, se analizo con un Pareto y se pusieron medidas correctoras referidas a mejorar la comunicación, registro, y organización interna de los Equipos de Atención Primaria (EAP), formación y sensibilización.
Se hizo una segunda evaluación del período Enero- febrero del 2006.
Resultados:
Primera evaluación Enero-febrero 2005
Criterio 1 Diagnostico 78,3% IC 95% (± 10)
Criterio 2 ortopantomografía 73,3% IC 95%(±11)
Criterio3 Exploraciones complementarias 53 % IC 95% (±12,6)
Segunda evaluación Enero-febrero2006
Criterio 1 Diagnostico 93,2% IC 95%(±6,5)
Criterio 2 ortopantomografía 98,3% % IC 95%(±3,5)
Criterio 3 Exploraciones complementarias 70% IC 95%(±11,6)
Conclusiones:
1/ Los ciclos de mejora son una herramienta útil para mejorar la calidad asistencial.
2/ La coordinación Primaria-Especializada pasa necesariamente por la implicación de todos los profesionales.
3/ Las intervenciones para mejorar los Servicios benefician la continuidad asistencial y la satisfacción de los profesionales.
Contacto: Emilio Cerezuela Fuentes
emilio.cerezuela@carm.es

P-068.- EVOLUCIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS.
Membrillo-Fuentes M, Macarro-Merino M D, Ortiz Muñoz MD, Rodríguez Molina RC, Torrecillas Marín F, Benedit Membrillo A.

La Consejería de Salud, a través del Plan Marco de Calidad y Eficiencia propone, dentro del abordaje de los Procesos Asistenciales, la continuidad asistencial como uno de sus principios básicos. Además el Servicio Andaluz de Salud en el Contrato Programa 2005-2008, en el apartado de cooperación asistencial recoge: "el hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zonas Básicas en un periodo menor de 24 horas…".
Objetivos. Analizar la evolución del informe de continuidad de cuidados al alta del paciente.
Metodología. Estudio descriptivo transversal. Se han contabilizado todos los informes de continuidad de cuidados emitidos en 4 unidades de hospitalización durante el año 2005 y primer trimestre de 2006. Los datos se han extraído del sistema informático de cuidados de nuestro centro.
Resultados:
• Al dividir los datos totales de 2005 en trimestres se observó que durante el tercer trimestre el porcentaje de informes de continuidad de cuidados enviados descendía de 24,01% a 14,45%.
• Existe gran variabilidad entre las diferentes unidades. La media de los datos del primero, segundo y cuarto trimestres de cada unidad (en los que se obtuvieron los porcentajes más altos) son los siguientes: en la primera unidad estudiada 47,44%, en la segunda 13,27%, en la tercera 23,11% y 16,77% en la cuarta. Los porcentajes del tercer trimestre son: en la primera unidad 43,16%, en la segunda unidad 4,47%, en la tercera 3,94% y en la cuarta 7,59%.
• Al comparar los datos de 2005 con los del primer trimestre de 2006 encontramos que la primera unidad tuvo una media anual de 46,37% en 2005 y llegó a 52,70% en el primer trimestre de 2006; la segunda unidad pasó de 10,95% a 38,55%; la tercera unidad pasó de 19,16% a 52,44%, y la cuarta unidad pasó de 14,63% a 47,06%.
Conclusiones: En la evolución los resultados siguen una línea ascendente. No son comparables los datos de unas unidades con otras, porque cada una de ellas parte de una realidad diferente.
El factor estacional influye negativamente durante el periodo vacacional (tercer trimestre) por la incorporación de interinos.
Los resultados obtenidos recogen un aumento progresivo del informe de continuidad de cuidados.
Contacto: Matilde Membrillo Fuentes
mmembrillo@hrs.sas.junta-andalucia.es

P-069.- GERENCIA ÚNICA DE PUERTOLLANO: UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN.
Álvarez-Santos A, Cañizares-Ruiz A, Sanz-Cortés J, Resto del equipo directivo.

Tradicionalmente la asistencia sanitaria se ha dividido entre Atención Primaria y Atención Especializada, este modelo de organización existe en los diferentes sistemas sanitarios y ha sido hasta ahora el único. El modelo hasta ahora se ha basado en dos estructuras jerárquicas separadas e independientes, con diferentes criterios y prioridades, pero atendiendo a una misma población, por lo que aparecen disfunciones.
El objetivo de la Gerencia de Área de Puertollano es conseguir que Atención Primaria resuelva el 80% de los procesos y el hospital resuelva el 20% restante siendo interconsultor de Atención Primaria. El paciente debe ser el centro del sistema y permanecer en el entorno de la Atención Primaria, no siendo "secuestrado" por las consultas externas del hospital.
Consideramos los siguientes requisitos para el buen funcionamiento de la gerencia:
Implicación de toda la organización
Orientación al usuario
Organigrama único
Presupuesto único
Cartera de servicios única. gestión por procesos. rutas asistenciales.

Contrato de gestión de área
Ubicación única administrativa
Potenciar prevención y promoción
Participación en la gestión de usuarios y profesionales
Método: Desde 2004 a 2005 se ha trabajado en base a contenidos sin normativa legal. A partir de marzo de 2006 se aplica el Decreto 16/2006.
Se plantean las siguientes estrategias:
COMUNICACIÓN. Intranet, cita online, telefonía móvil con los servicios, altas por e-mail...
ASISTENCIALES. Revisión de Pactos Oferta –Demanda
Análisis de las Consultas de AP y AE:
"Oportunidades de mejora"
Reorganización de las AGENDAS de AP y AE: tiempos oro
DE IMPLICACIÓN. Reciclaje, sesiones clínicas, rotación de enfermería, interconsultas docentes en AP. Comisiones con profesionales de primaria y hospital.
ORGANIZATIVAS. Acceso de Atención Primaria a todas las pruebas diagnósticas, mejora de los circuitos administrativos
Resultados:
Descenso de las interconsultas a hospital.
Descenso del gasto farmacéutico del hospital garantizando la primera receta
Disminución de derivaciones a concierto de un 45 % en 2003-2004 a un 0,50% en 2005.
Conclusiones: La implantación de la Gerencia única en Puertollano ha supuesto una mejora de indicadores cuantitativos. Existe una mejor comunicación entre la atención primaria y el hospital. Pensamos que con este modelo la atención primaria no es absorbida por el hospital y adquiere un papel protagonista al fijarse como objetivo la resolución del 80 % de los problemas de salud de la población y ser el eje que conduce la orientación hacia el usuario.
Contacto: Juan Sanz Cortés
jsanzc@sescam.jccm.es

P-070.- LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA: ¿FACILITAN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN LA OBLIGACIÓN?.
Barragán-Pérez A, Alcántara-Zapata F, Santiago-García C, Moreno-Valero M, Martínez-García J, Cánovas-Inglés A.

Objetivos: Evaluar el número de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) no declaradas respecto de los procesos atendidos, codificados y cumplimentados en Historias Clínicas (HaCa) Informatizadas.
Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Emplazamiento: Centros con la aplicación informática OMI-AP del Área de Salud de Cartagena: 248.561 HaCa informatizadas sobre 342.380 personas adscritas (72,59%). Inclusión: HaCa con episodios codificados por CIAP y descripción de EDO entre el 26-05-2005 y el 25-05-2006. Variables: código CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria), EDO y cumplimentación de la declaración. Revisión del procedimiento de cumplimentación de EDO en OMI-AP. Análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas.
Resultados: Existen 28 códigos CIAP relacionados con EDO y 86 descripciones diferentes de los mismos.
Total de episodios con descripción de EDO atendidos: 4.141.
Total de EDO no declaradas: 782 (18,89%), correspondientes a 49 entidades:
Varicela: 285 casos (36,45%) del total
Gripe: 171 (21,87%)
Hepatitis C: 73 (9,34%)
Hepatitis B: 52 (6,65%)
Parotiditis epidémica: 23 (2,94%)
Hepatitis A: 17 (2,17%)
Gripe con Neumonía: 16 (2,05%)
Tuberculosis (Mantoux + reciente): 13 (1,66%)
Resto: 132 casos (16,88%)
El gestor de HaCa utilizado (OMI-AP) permite cancelar el proceso de declaración de un episodio catalogado de EDO aunque el mismo lo informa.
Conclusiones: Existe una tasa de EDO no declarada muy alta.
La Varicela y la Gripe constituyen más del 50% de entre las EDO no declaradas.
La codificación CIAP de episodios coincidentes con EDO no incluye todas las descripciones, pues algunas entidades en fase crónica no son de declaración obligatoria y el sistema actual no permite la distinción.
La aplicación informática debería ser coherente con el carácter obligatorio de la declaración y facilitarlo.
Sigue siendo necesaria la concienciación de los profesionales en la comunicación de la información.
Contacto: Alberto Javier Barragán Pérez
albertoj.barragan@carm.es

P-071.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Andrés M, Alonso S, Fernández R, Gómez M.

Justificación: La educación del paciente hacia el autocuidado constituye uno de los pasos más significativos en la educación para la salud.
La educación diabetológica es un proceso dirigido a la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades que, modificando actitudes y hábitos mejoran la calidad de vida. La experiencia ha demostrado que tiene un impacto positivo y disminuye los costes de la asistencia sanitaria de forma significativa.
Objetivo: Aumentar la capacidad de autocuidado, autonomía y calidad de conocimientos respecto a la diabetes, a través de la adquisición de información y de intercambio de experiencias en grupo.
Material y métodos: Estudio de intervención antes-después.
Ámbito de estudio: 3 Centros de Atención Primaria (CAP) urbanos.
Población diana: pacientes diabéticos atendidos al Centro de Atención Primaria (CAP).
Intervención: 5 sesiones de educación diabetológica y evaluación de conocimientos antes, mediante el cuestionario validado "Sugar" (19 ítems, 1 punto por respuesta correcta).
Variables analizadas: sexo, edad, nivel de escolarización, tipo de diabetes y tratamiento.
Resultados: N: 58 pacientes diabéticos. 37,9% hombres y el 62,1 % mujeres. Edad (mediana ± desviación estándar):64,7a.Instrucción: no estudios: 13,8%, educación básica: 50%, bachillerato: 25,9%, universitarios: 8,6%.
Antes del curso 70,8% se reconocían como diabéticos tipos 2; 3,4% reconocían ser diabéticos tipos 1 y 22,4% desconocen tipo de diabetes que tienen.
Mediana test "Sugar" pre-educación:10,98; Mediana test "Sugar" post-educación: 16,05, Diferencia de medias: 5,07 (p: 0.0001; t de *Student por datos apareados) con *IC del 95%:3,87-6,27.
Conclusiones: En el cuestionario pasado post-educación, todas las respuestas muestran un aumento de conocimientos global y en algunas en particular con valores iguales o muy próximos al 100% de respuesta correcta, lo que parece demostrar que impartir educación en grupo refuerza los conocimientos. Podemos concluir que la instrucción en grupo aumenta la capacitad de autocuidado y autonomía para un eficaz manejo de la diabetes, para conseguir un mayor nivel de conocimientos. La frecuentación a las consultas puede bajar, pues los pacientes tienen más formación/información sobre la diabetes, hábitos de vida y tratamiento.
Contacto: Montserrat Andrés Bitria
mandresbitria@yahoo.es

P-072.- CALIDAD DE VIDA AUTOPERCIBIDA EN EL NONAGENARIO.
Andrés M, Bertolin N, Irene Molins, Muñoz MJ, Paitubi M, Vidal V.

Objetivos: Describir el estado de salud autopercibido y la calidad de vida en personas de 90 años en un medio urbano.
Material y métodos: Estudio descriptivo observacional.
Ámbito de estudio: Centro de Atención Primaria (CAP) urbano.
Población diana:usuarios 90&t#8805; años con text Pfeiffer <4 asignados al CAP.
Intervención: entrevista individual o telefónica realizada por médicos(2) y enfermeras (5) con la encuesta de calidad de vida validada EuroQol-5D (EQ-5D).
Variables analizadas: sexo, estado civil, movilidad, cura personal, actividades cotidianas,dolor/malestar, ansiedad/depresión, estado de salud actual respecto los últimos 12 meses y autopercepción de salud en escala visual de 0 a 100.

Resultados: Se han analizado un total de 104 encuestas por usuarios de ≥ años atendidos en el EAP.
El 71%(n=79) son mujeres. El 77,8%(n=81) son viudos/as.
Movilidad: buena el 30%, regular el 67% (50% varones, 74,3% mujeres) y mala 3%.
Actividades cotidianas: buena 30% (43,4% hombres), regular 42% (46% mujeres) y mala 28%.
Dolor y malestar: buena 30%, regular 52% (50% hombres, 52,7% mujeres) y mala 18%.
Ansiedad/depresión: buena 53% (60% hombres y 51,4% mujeres), regular 38% y mala 42%.
Estado de salud año anterior: buena 9%, regular 49% (50% hombres y 48,6% mujeres) y mala 42%.
Autopercepción salud: -<50=38% (IC95% ,28,2%-46,8%) de los cuales 66,6% hombres y 39,9% mujeres. ->50=62% (IC 95%, 53,2-71,8%) de los cuales 33,49% hombres y 61% mujeres.
Conclusiones: Se observa mayor longevidad femenina , la major parte son viudas.
La existencia de problemas de movilidad, dolor, grado de ansiedad/depresión y estado de salud respecto al año anterior es independiente del sexo.
Si bien las mujeres presentan mayor dificultad en las curas personales, realizan menos actividades cotidianas que los hombres aunque, tienen mejor salud autopercibida.
El estudio demuestra que la valoración de calidad de vida subjetiva tendría que convertirse en un instrumento habitual en la práctica clínica de las EAP.
Contacto: Montserrat Andrés Bitria
mandresbitria@yahoo.es

P-073.- IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.
Jiménez C, DÍAZ G, García JA, Navarro P, Pérez M, Alarcón C.

Objetivos: Describir la actividad de cirugía menor (CM) en un centro de salud (CS). 2º.- Cuantificar el ahorro obtenido, por parte del usuario y del Sistema Nacional de Salud (SNS), tras la implantación del servicio. 3º.- Conocer el grado de satisfacción del paciente. MATERIAL Y Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Sujetos: Total pacientes mayores de 14 años incluidos en el servicio de CM (N=140) durante el año 2004. Variables recogidas mediante hoja diseñada al efecto: edad, género, patología, técnica quirúrgica, consentimiento informado, ahorro de gasto/intervención (del paciente y del SNS), grado de satisfacción. El paciente tras diagnóstico, se remite a consulta programada, previo consentimiento informado, para tratamiento de CM. A los 15 días, se cita para valorar evolución. Con posterioridad se realizó encuesta telefónica para conocer el nivel de satisfacción. Análisis estadístico: descriptivo.
Resultados: Total pacientes atendidos (N):140. El 14,28% precisaron reintervención. El 6,42% tanian más de 1 lesión a tratar. El 21,89% tenían edades entre 26-35 años. El 54,28% eran hombres. La verruga es la lesión más prevalente, seguida del fibroma (14,29%). La técnica quirúrgica más utilizada: crioterapia (68,55%). El 61,2% aportaban el consentimiento informado. Ahorro/intervención para el paciente:25 Euros (E) y 713 E para el SNS. Grado de satisfacción, bueno. 87,5% esperó menos de 1 semana para la intervención. El 97% volvería a utilizar dicho servicio.
Conclusiones: 1.- Edad de los pacientes más frecuentemente atendidos: 26-35 años. 2.- Más de la mitad de los pacientes son hombres. 3.- Patología más prevalente, la verruga. 4.- La CM en AP supone una horro elevado para el SNS y el usuario. 5.- Buen grado de satisfacción con el servicio
Contacto: Ana M. Ballesteros Pérez
anamballesteros@hotmail.com

P-074.- PROYECTO AMPLIACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL PROGRAMA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD " HUERTA DEL REY".
Martínez-Díaz de Argandoña C, Suárez-Morano J, Iglesias-Bonilla P,. Campos-Martín D, Quintana-del Olmo J.

Ante la gran demanda de consultas dermatológicas en Atención Primaria (20%), se diseñó una ampliación para optimizar el programa de Cirugía Menor, en el que además de las intervenciones quirúrgicas habitualmente ofertadas, se incluiría una valoración de lesiones cutáneas y dermatosis tratables desde Atención Primaria.Se desarrolló el despistaje de lesiones pre malignas y malignas dentro del Proceso Cáncer de Piel.
Durante el año 2005 se contabilizó un total de 2124 consultas. Nuestro programa resolvió quirúrgicamente el 43.6% de las mismas; se realizó tratamiento y revisión en el 65.4% restante. Identificamos lesiones pre malignas en el 11.9% de los casos y malignas en el 3%. Procedimos al alta en el 73.7% de los casos, confirmándose una disminución de las derivaciones a Dermatología y Cirugía del 91.6% (43 derivaciones en el 2005 frente a 517 en el 2004).
Este proyecto demostró una alta rentabilidad, gran accesibilidad, rapidez de resolución y mínimos deplazamientos e inter consultas. Realizamos un estudio estadístico descriptivo de las principales lesiones y dermatosis tratadas, con especial atención en la detección de lesiones pigmentarias.
Nuestro Programa de Cirugía Menor se complementó con la creación durante el año 2005 de una base de datos iconográfica de la que extraemos algunas imágenes de pacientes tratados en nuestro Centro de Salud.
Contacto: Concepción Martínez Díaz de Argandoña
comadiar@terra.es

P-075.- COMPORTAMIENTO RETROSPECTIVO DE LOS AJUSTED CLINICAL GROUPS COMO SISTEMA DE MEDIDA DE LA CASUÍSTICA EN LA POBLACIÓN.
González-Ares JA, Sicras A, Serrat J, Navarro R, Llausí R, Ruano I.

Objetivo. Evaluar el poder explicativo de la clasificación de los Ajusted Clinical Groups (ACGs) como medida de casuística en equipos de atención primaria (EAP).
Métodos. Se realizó un estudio exploratorio de carácter restrospectivo. Fueron incluidos en el estudio los pacientes atendidos por cinco EAP urbanos durante el año 2004. Se excluyeron los pacientes desplazados, trasladados o fallecidos durante el período de estudio. Mediciones principales: variables universales (edad y sexo), dependientes (visitas, episodios y costes) y de casuística o comorbilidad (ACGs 6.0; n=106; Johns-Hopkins University). Cada paciente en función de su comorbilidad queda agrupado en una categoría excluyente de ACGs. El modelo de costes para cada paciente se estableció diferenciando los costes semifijos-propios del centro, de los variables (producción-directos). Se estableció una conversión (mapping) de la clasificación CIAP-2 a la CIE-9-MC y se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple para la predicción de los modelos elaborados (con y sin transformación logarítmica [LN]).
Resultados. El número total de pacientes estudiados fue de 81.085, con una media de 5,0±3,6 episodios/paciente/año y 8,0±8,2 visitas/paciente/año, con un promedio de coste total/paciente/año de 430,73±669,13 euros (referencia). El poder de explicación de la variabilidad de la clasificación entre el número de episodios fue del 71,7% (LN=75,1%), las visitas del 41,6% (LN=53,7%) y el coste del 33,4% (LN=54,2%), p=0,000.
Conclusiones. La metodología empleada se ha mostrado adecuada para integrar la información clínica y económica del centro. La clasificación se muestra como un aceptable sistema de clasificación de pacientes por iso-consumo de recursos en grupos poblacionales.
Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

P-076.- SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
Escribano E, Sicras A, Navarro N, Buqueras M, Llopart JR, Cabezas MA.

Objetivo: Describir la experiencia desarrollada en indicadores de resultados en salud, como herramienta de gestión clínica y de mejora de la calidad, entre los diferentes profesionales de varios centros de atención primaria de una corporación sanitaria.
Metodología: Estudio descriptivo ecológico. Badalona Serveis Assistencials SA es una empresa sanitaria que gestiona cinco centros de atención primaria, un hospital comarcal y un centro socio-sanitario. Cada año se establecen una serie de indicadores cualitativos (resultados en salud) consensuados por una Comisión Paritaria (empresa-profesionales). Se describen las diferentes fuentes de información disponibles y su integración (DWH) con plataforma tecnológica OLAP (modelo empresarial).

Los datos reciben un tratamiento de homogeneidad, calidad, agregación y orientación de negocio. Su abordaje se desarrolla en etapas sucesivas, con implicación de la dirección y usuarios finales (tecnologías y sistemas), a tiempo real por vía web, donde los profesionales pueden conocer sus resultados y emprender acciones de mejora para sus pacientes.
Resultados: Se describen las principales aplicaciones del DWH, en la elaboración del cuadro de mando operativo y análisis/reporting, en entorno analítico y web. Se detallan los principales indicadores cuantitativos (actividad, consumos, recursos) y cualitativos (prescripción farmacéutica, de procesos y de consecución de objetivos terapéuticos de control en resultados en salud), por centros y profesionales de los EAP, y de diferentes niveles asistenciales (líneas de negocio).
Conclusiones: La generalización externa del modelo debe de interpretarse con prudencia. La capacidad resolutiva del análisis de los datos, así como la navegación por la información, en tiempos reducidos de respuesta, aportan grandes expectativas y posibilidades en la toma de decisiones para la gestión clínica, aumentando la preocupación por la eficiencia y la mejora continua de la calidad de los profesionales sanitarios.
Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

P-077.- LAS ENFERMEDADES RARAS (ER) EN UN CENTRO DE SALUD URBANO: RESULTADOS.
Ortega-Cavo M, Fernández-Olarte D, Benítez-Mera J, Morán-García A, Iglesias-Bonilla P.

Objetivo: Las enfermedades raras (ER) deben ser motivo de investigación en atención primaria porque son fructíferas desde un punto de vista biológico. Los avances en el diagnóstico molecular y la flexibilidad que nos permite Internet las hacen más accesibles a los médicos de familia. El medio urbano facilita más la investigación en ER que el rural.
Métodos: El entorno ha sido una consulta de medicina general atendida de forma continua por un especialista en medicina de familia con interés en las ER. La consulta estaba ubicada en un centro de salud de Sevilla. Período temporal: 2004 - 2006.
Resultados: Reacciones Adversas a Medicamentos Raras: La primera fue una reacción febril (39-40 º C) secundaria a la utilización de dobesilato de calcio para el tratamiento de una insuficiencia venosa periférica en una paciente de 64 años de edad. Los controles posteriores no han demostrado complicaciones hematológicas (serie blanca). La segunda fue una ginecomastia bilateral por dutasterida en el tratamiento de una hipertrofia de próstata en un varón de 65 años por parte de Urología. Hubo control con ecografía mamaria que fue negativa para neoplasia Tras la retirada del fármaco desapareció la ginecomastia. Entidades Nosológicas Raras: La primera fue un varón de 17 años de edad que presentaba gingivorragias frecuentes. La madre padecía una trombopenia leve. Tras unos meses de estudios biológicos en una unidad de hemofilia a donde lo habíamos enviado, fue diagnosticado de Enfermedad de Von Willebrand con buena respuesta a la desmopresina. Ninguno de los otros hermanos estaba afecto, ni los padres tampoco. La segunda fue una mujer de 48 años que estaba diagnosticada de fibromialgia, enfermedad de Graves-Basedow y depresión , con múltiples bajas laborales. En un control radiológico se le detectó la posible existencia de una malformación de Arnold-Chiari , siendo derivada al servicio de neurología para estudio de la charnela cérvico-occipital. Una RMN con proyecciones específicas puso de relieve la existencia de Siringomielia.
Discusión. Vistos los resultados creemos que es eficiente el interés en las ER desde un centro de salud urbano. La sistematización en los apartados de fármaco vigilancia de RAMR y diagnóstico de ENR es una hipótesis clasificatoria de resultados para atención primaria y ayuda a la comprensión del paradigma científico de ER (Cuadernos de Gestión.2004 ;10: 41–44)
Contacto: Manuel Ortega Calvo
ortegacalvo@terra.es

P-078.- EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SAP) GRANOLLERS - MOLLET DEL VALLÉS TRABAJA EN LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.
Merino-Gómez L, Pérez Polo RM, Martínez-Pico A, Sánchez-Albarracín L, Sánchez Albarracín T, Lara-Gallego B.

Introducción. Desde el año 1998, la comisión de tabaco del SAP Granollers-Mollet del Vallés, desarrolla actividades relacionadas con el habito tabáquico dirigidas a sus profesionales y a la población (450.000 habitantes).
Objetivos. El Día Mundial sin Tabaco se instalan mesas informativas en la calle (1998, 4 mesas – 2005,29), donde el personal sanitario reparte trípticos, folletos informativos, etc., dirigidos a facilitar el consejo antitabaquico a la población. Los ayuntamientos financian y colocan una pancarta en cada Área Básica de Salud con el lema "El 31 de Mayo, Día Mundial sin Tabaco".
Metodología. El 31 de Mayo del 2004 se dio un formulario a los adultos que se acercaban a las mesas, donde constaba, edad y sexo, preocupación por los efectos nocivos del hábito tabáquico, si creían que el tabaco era una droga, si convivían con algún fumador y si eran o no fumadores, a estos, se les preguntaban si pensaban dejar el tabaco en el plazo de seis meses y si era así sí serían capaces de dejarlo en el plazo de treinta días. Se quiere conocer la respuesta de la comunidad ante esta actividad y el perfil de la población que se acerca a las mesas.
Conclusiones. Las mesas informativas permiten el acceso a un sector de población al que no se accede por la vía asistencial. La gente esta muy sensibilizada de la nocividad y adictividad del tabaco. Se dan a conocer las actividades que se realizan sobre el tabaquismo en el CAP, los profesionales implicados (mayor relevancia del trabajo de enfermería en la prevención y promoción de la salud) y las posibilidades terapéuticas.
Importancia de trabajar conjuntamente desde los servicios sanitarios y los ayuntamientos.
Contacto: Rosa Mª Pérez Polo
rosamari63@msn.com

P-079.- EVALUACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS (2001-2005) EN UN ÁREA DE SALUD.
Rodríguez-Alcala J, Carrasco-Rodríguez J, Esteban-Tudela M, García-Rodríguez MI, Alegandre-Lázaro G, Sánchez-Ramiro A.

Objetivo: Diseñar y poner en marcha un método de evaluación de Equipos de Atención Primaria (EAP) en nuestra Área de Salud, mediante la obtención de un indicador que sintetice tres aspectos fundamentales: volumen de actividad, calidad y coste.
Método: Aspectos diferenciadores:
Utiliza un índice sintético de eficiencia
Además de Cartera de Servicios, valora actividad a demanda, formación, docencia e investigación.
Da mayor peso a la calidad
Utiliza indicadores de calidad desconocidos previamente.
Aplicación a nivel de EAP e individual.
Fórmula del índice sintético:
EFICIENCIA = (PRODUCCIÓN/RECURSOS x CALIDAD)/GASTO
La PRODUCCIÓN incluyó: actividad en cartera de servicios, en consultas y domiciliaria, formación, docencia e investigación. Cada variable se puntuó según tiempos de realización (fijados con antelación) y posterior ponderación.
Como RECURSOS se consideraron el número de profesionales del equipo.
La CALIDAD se obtuvo de la evaluación de criterios desconocidos previamente y diferentes cada año, intentando que fueran de resultado.
Para medir el GASTO utilizamos el gasto medio por habitante ajustado por porcentaje de pensionistas.
Tras la evaluación anual se hacen reuniones con cada uno de los EAP, presentando resultados y comparación con el Área.
Se ponen en marcha ciclos de mejora en aquellos EAP con resultados desfavorables.
Se realizan reevaluaciones en años posteriores.
Resultados: Además de datos de Cartera, docencia, etc., se ha centrado la evaluación en la calidad de registros de la Historia Clínica, Hojas de Atención Continuada (AC), actividades preventivas y control de ciertas patologías (HTA, diabetes, EPOC, colesterol) y Programas como Cirugía Menor y procesos como dolor torácico y abdominal en AC.
Se ha observado una mejoría en la calidad de los registros de las historias clínicas y hojas de atención continuada y una disminución del número de HC no encontradas en las evaluaciones, así como mejoría en el control de ciertas patologías.
Conclusiones: La aplicación de este método, consigue una mayor objetividad en la evaluación de los profesionales de AP, considerando la mayor parte de las actividades que estos realizan en su jornada laboral y dando mayor protagonismo a la calidad de la asistencia, sin olvidar el coste.

En general, pensamos que este sistema es mejor aceptado por los profesionales que el que se venía realizando, aunque estamos pendientes de contrastar esta opinión a través de una encuesta a los profesionales.
Contacto: Javier Rodríguez
jrodriguez@sescam.jccm.es

P-080.- MEJORA DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO PARA ATENCIÓN PRIMARIA. CÁTEDRA UNIZAR-NOVARTIS MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA.
Coscollar C, Velilla J, Martín F, Millaruelo JM, Astier MP, Monreal A.

Justificación: El desarrollo de la calidad en el entorno clínico se ha orientado mayoritariamente a la organización de los cuidados aplicando técnicas como la estandarización de la práctica clínica (guías de práctica clínica, vías clínicas...), gestión por procesos, evaluación de tecnologías médicas entre otras. Si bien, el aspecto fundamental en el proceso de cuidados de un paciente está en la orientación diagnóstica que el médico de familia haga desde el principio ya que va a condicionar su entrada o no en diferentes formas de estandarización de cuidados.
Objetivos: Ofertar y realizar un curso de doctorado on-line con los contenidos: Describir el proceso de razonamiento clínico y las formas de aprendizaje; Facilitar herramientas para mejorar el proceso de razonamiento clínico. Aplicar las herramientas facilitadas a través de realización de casos clínicos.
Material y Métodos: Se ha diseñado un curso de doctorado para médicos de familia en formato on-line con 5 módulos teóricos: entorno de trabajo, razonamiento clínico, entrevista clínica, pruebas complementarias, análisis de ensayos clínicos para selección de tratamientos. Para pasar de un módulo a otro se ha de superar un examen tipo test. Se han diseñado un total de 7 casos clínicos. El trabajo final de curso consiste en la realización de un caso práctico. Se ha diseñado una encuesta de evaluación del curso.
El curso de doctorado se ha desarrollado de febrero a mayo de 2006.
Resultados: Los alumnos matriculados ha sido de 13. 12 alumnos han realizado los 5 módulos y los exámenes teóricos. 11 alumnos han realizado los casos clínicos y el trabajo final.
Los módulos han sido valorados en cuanto a contenidos, documentación y examen del módulo por parte de los alumnos como adecuados. En dos casos han sugerido reducir extensión de los módulos 1, 2 y 4. La valoración de los 7 casos clínicos ha sido muy positiva. En el comentario global del curso figuran los casos como la actividad que más les ha ayudado a mejorar su razonamiento clínico.
La valoración del formato on-line ha sido muy buena, estando en desacuerdo ante la propuesta de hacerlo presencial. A este respecto 3 alumnos valoraban la posibilidad de realizar un sesión presencial al finalizar los módulos teóricos.
Conclusiones: El formato on-line ha permitido realizar el curso a personas que no hubieran podido acudir de forma presencial. La mayoría de los alumnos han realizado el conjunto de actividades. En la evaluación final han valorado el curso positivamente, en particular los casos clínicos.
Contacto: María Pilar Astier Peña
mpastier@salud.aragon.es

P-081.- MEJORA DE LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Moreno-Maíz E, Leal-García A, Ibáñez-Ortega A, González-Peña J, Muñoz-Menor A, Alias-García D.

Introducción: El Servicio de Salud de Castilla la Mancha está realizando un importante esfuerzo por implantar las nuevas tecnologías. Entre ellas se encuentra el correo electrónico. Se ha provisto a los trabajadores de una cuenta de correo electrónico a través del servidor de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha con acceso personal e individualizado. En nuestro Área de Atención Primaria el desarrollo del proyecto de informatización es casi del 100%. Por lo cual casi todos los trabajadores disponen de ordenador y cuenta de correo electrónico pero el uso de este como herramienta de comunicación no era lo suficientemente esperado.
Objetivo: El objetivo de este trabajo es valorar la eficacia de una intervención en los equipos de Atención Primaria consistente en formación relacionada con el uso del correo electrónico, y potenciar el uso de este para la comunicación interna de la organización.
Método: Para conocer el nivel de uso inicial se envió un correo electrónico con un título sugerente que invitaba a abrirlo, con confirmación de lectura a todos los usuarios de correo electrónico previamente habiéndolos computado por centros y categorías. Se codificó la información recibida con variables como: tiempos de respuesta, usuarios que leen la información antes de 24 horas, horarios preferentes de uso, % de usuarios por centro, % de usuarios por categoría profesional, etc...
Se realizó la actividad formativa consistente en una charla en cada EAP sobre el uso del correo electrónico e informando a los profesionales que a partir de ese momento se comienza a usar este medio como vía de comunicación.
Tras un mes se valoró la eficacia de la intervención realizando el envío igual que al principio y motorizando los tiempos de respuesta.
Resultados: El mensaje fue leído por el 40.24% de los profesionales y tras la intervención por un 47 % de estos, siendo para ambos casos la moda la primera hora laboral.
La intervención fue más efectiva en el centro que menos tiempo llevaba informatizado triplicándose su uso.
Existe correlación entre el nivel de uso de correo electrónico y el tiempo que lleva informatizado el Centro; el 81,25% de los Profesionales del Centro, que más tiempo lleva informatizado, lo usan.
Conclusiones: La formación en uso de correo electrónico aumenta el nivel de uso de este sin modificar el perfil de horario y profesional.
La intervención resultó especialmente eficaz en los centros que menos tiempo llevan informatizados.
Contacto: Eva Soledad Moreno Maíz
esmorenom@sescam.jccm.es

P-082.- ACTITUD DE LOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN CON SU TEMPERATURA CORPORAL.
Díaz-Benito J, Pous-Marín A, Sola-Larraza A, Hernández-Espinosa M, Salinas-Vidondo M, Ruiz-Martínez M.

1. Objetivos.
Conocer la valoración que los pacientes de Atención Primaria hacen de su temperatura corporal.
2. Material y métodos.
- Tipo de estudio: descriptivo transversal, mediante encuesta.
- Ámbito del estudio: centro de salud urbano.
- Sujetos: 228 pacientes seleccionados mediante muestreo consecutivo no probabilístico.
- Mediciones e intervenciones: cuestionario anónimo autoadministrado, de preguntas cerradas. Análisis estadístico: SPSS 12.
3. Resultados.
La media de edad es de 57,7 años. El 59,6% son mujeres. El 77,6% valora correctamente la existencia de fiebre. El 32,3% no usa el termómetro nunca, el 50,4%, de 1 a 3 veces al año, y el 17,4% lo usa 4 ó más veces. Existe una asociación inversa, estadísticamente significativa, entre la edad y el grado de utilización del termómetro (p=0,038). Analizando por género, los varones usan menos el termómetro que las mujeres (p=0,049). En el concepto de fiebre no se han encontrado diferencias significativas respecto a la edad, el género o el nivel de estudios.
4. Conclusiones.
La mayoría de nuestros pacientes tiene un concepto correcto de fiebre. Un menor uso del termómetro está asociado a tener una mayor edad y a ser varón.
Contacto: José Antonio Díaz Benito
jeaodz@yahoo.es

P-083.- CAMPAÑA: DISCULPE ¿ES ESTE SU NÚMERO DE TELÉFONO?.
Jandra-Gallego MT, Antón-Castelló JL, Martín-Martín H, Fernández-Gutiérrez A, Herranz-Martínez G.

Justificación: En una reunión de EAP, se planteó, como posible problema de calidad susceptible de mejora, el problema de la localización de usuarios vía telefónica. Desde la unidad administrativa se elaboró un proyecto en este sentido. Hemos querido basar nuestro trabajo de equipo en la importancia que para nosotros como profesionales tiene la comunicación con los usuarios, que en algunos casos, queda limitada por la falta o el error en el número de teléfono. Puesto que en ocasio-

nes nos vemos en la necesidad de contactar para cambios de cita, controles, seguimientos etc. Incluso en casos excepcionales con carácter de urgencia. Queremos fomentar también la relación profesional-usuario y aumentar la satisfacción de los mismos.
Nuestro objetivo es conseguir que el número total de usuarios con teléfono revisado y correcto sea igual al número total de usuarios del centro.
Material y Método: Se realizó un Isikawa para identificar las posibles causas; como son: Por parte de los usuarios; cambio de compañía, cambio a móvil, no sabe el nº de teléfono, por parte de la UNAD y del propio sistema; no existe casilla para el teléfono móvil, error al introducir los datos.
Se establecen varias medidas correctoras, desde el mostrador, por teléfono y en las propias consulta, medidas de revisión y corrección de errores.
Evaluación: Se realiza una primera evaluación entre julio y septiembre de 2005 para ver cual es la situación en la que nos encontramos. Posteriormente se realizan sendas reevaluaciones en noviembre y marzo de 2006 comprobando que hemos progresado de un 9% de usuarios revisados y con teléfono correcto en septiembre de 2005, hasta un 21% en marzo de 2006.
Revisión objetivos: A partir de aquí se planteó la posibilidad de introducir nuevas medidas correctoras y desde finales de abril se establecieron estas nuevas medidas. Se creo un poster invitando a la población a comunicarnos sus datos y a colaborar con nosotros, para facilitar esta tarea, y que el usuario no tenga que esperar en el mostrador para realizar este cambio se crean unos formularios y un buzón en el que introducirlos y desde el área administrativa se realizan semanalmente estos cambios, se irán realizando nuevas actualizaciones mes a mes para ver la progresión.
Contacto: M. Teresa Jandra Gallego
vitodeblas@yahoo.es

P-084.- DEMORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿QUÉ MAS PODEMOS HACER?.
Barragán-Pérez A, Santiago-García C, Moreno-Valero M, Martínez-García J, Fontcuberta-Martínez J, Ruiz-Ros J.

Objetivos: Evaluar la accesibilidad a las consultas médicas en un Área de Salud.
Aplicar medidas correctoras para mejorar el problema.
Métodos: Ámbito y emplazamiento: Centros de Salud y Consultorios informatizados de un Área de Salud. Valoración de la demora para obtener cita para consulta médica a través de todas las agendas informatizadas creadas con la aplicación OMI-AP. Se consideró agenda potencialmente generadora de demora (en adelante demora) a la agenda sin hueco libre a citar por el personal administrativo. La búsqueda del hueco libre se realizó mediante procedimiento automatizado lanzado durante la noche previa al día analizado. Se determinaron en todas las agendas cuales eran los códigos considerados como de libre acceso por el personal administrativo.
Se analizó el problema de las demora en el seno del equipo directivo y en la comisión de calidad de área constituida por responsables de calidad de todos los EAP; se utilizó el diagrama de causa efecto (Ishikawa). Se propusieron 10 medidas correctoras, abordando en cada una: medidas de tipo organizativas, liderazgo, registros, informatización, etc. Los resultados de la reevaluación fueron mejores, pero sin conseguir el objetivo, por lo que se decidió: dar más tiempo a las medidas correctoras, introducir algunas nuevas, implicar a todos los profesionales y continuar con el ciclo de mejora. Análisis estadístico: Distribución de frecuencias.
Resultados:
Número de agendas informatizadas en Enero-2003: 112 de MF y 33 de P (145 en total)
Número de agendas informatizadas en Abril-2006: 128 de MF y 38 de P (166 en total)
Intervención:1ª Noviembre-2003; 2ª Intervención Febrero 2005.
Agendas con demora:
Enero 2003: 58,1 %
Octubre 2003: 57,4 %
Enero 2004: 42,8 %
Octubre 2004: 24,7 %
Enero 2005: 28,3 %
Octubre 2005: 16,3 %
Enero 2006: 15,7 %
Abril 2006: 17,5 %
Conclusiones: Las intervenciones sobre las demoras en el acceso a consulta han contribuido a disminuir su frecuencia.
Los ciclos de mejora pueden requerir periodos de tiempo más largos para conseguir los objetivos, así como replantearse y reanalizar las situaciones.
La implicación de los profesionales y el liderazgo de los responsables son elementos fundamentales para mejorar.
Contacto: Alberto Javier Barragán Pérez
albertoj.barragan@carm.es

P-085.- DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO-DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL.
Pardo J, Olmo C, Ortega P, Romero A.

Objetivos:
- Mejorar las prestaciones sanitarias a los pacientes, desarrollando la cartera de servicios.
- Fomentar las intervenciones de prevención y promoción de la salud, y la educación grupal.
- Realizar un abordaje integral de los pacientes con problema de tabaquismo.
- Conseguir el mayor número de deshabituaciones posibles, y evitar las recaídas.
- Aumentar los recursos en la población afecta para enfrentarse al problema del tabaquismo.
Metodología: El programa consiste en la realización de grupos de educación para la salud, formados por 15-20 pacientes fumadores que acuden voluntariamente, durante 12 sesiones de más de dos horas de duración cada una, en la que se abordan aspectos diferentes sobre el tabaquismo, con distintas técnicas de exposición y participación. A partir de la última sesión el seguimiento es telefónico a los tres meses, a los 6 meses y al año.
En la primera sesión además de la presentación se pasa un cuestionario; en la segunda se establece el tratamiento de forma individualizada, y en las sucesivas se establece un contrato con el grupo para evitar las recaídas, y se controla el peso y la tensión arterial. Al final de todas las sesiones se realiza una rueda de participación sobre las vivencias de cada uno de los participantes.
Resultados:
- Este programa lleva instaurado en la zona básica de salud desde el año 2002, con un total de 8 grupos (dos poblaciones).
- Se ha trabajado con más de 140 pacientes. Con una media de asistencia a todas las sesiones en torno al 65%.
- Se ha mantenido en abstinencia cerca del 50 % del grupo total.
- La deshabituación sin tratamiento farmacológico, y la realizada con terapia mixta (parches+bupropion) es la más frecuente.
Conclusiones:
- Los resultados obtenidos, tanto de participación como de abstinencia, son claramente positivos.
- La motivación y la satisfacción de los pacientes es muy alta, reflejada tanto en los cuestionarios como en la propia terapia de grupo.
oLa satisfacción del profesional sanitario compensa el enorme esfuerzo que le supone realizarlo en su horario laboral y con la preparación añadida que conlleva.
- Las actividades de educación para la salud deberían ser prioritarias en la labor asistencial de Atención Primaria.
Contacto: Coral Olmo Martínez
colmo@sescam.jccm.es

P-086.- ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC): UNA MEJORA SIGNIFICATIVA.
Ros-Martínez E, Luquin-Martínez R, Guerrero-Díaz B, García-Molina J, Salgero-Merino AB, Moral-Zapata B.

Objetivo: Mejorar la calidad asistencial que reciben los pacientes con EPOC en una zona básica de salud (ZBS), mediante la aplicación de un Ciclo Completo de Mejora (CCM).
Métodos: Problemas: Escasas consultas programadas-Escaso control del paciente con EPOC-Pocos objetivos médico-enfermera. Dimensión: Calidad científico-técnica.Tipos de datos:Proceso.Unidades de estudio:Pacientes mayores de 18 años incluidos en el Programa de EPOC, seguidos por los profesionales del equipo durante un año (Junio-2004aJunio-2005.

1ª. Evaluación: Junio-2004. Reevaluación:Junio-2005) en una ZBS urbana. Fuente de datos: Historia clínica informatizada OMI-AP. Unidades-Estudio: Todos los pacientes con EPOC(152) de 5 cupos médicos de familia incluidos en programa para un n. c. del 95% y un error de p. del 10%. Evaluación: Retrospectiva. Revisión: Interna por pares.Tipos de criterios: Explícitos y normativos de la Cartera de Servicios de AP: Atención al EPOC: 1. FEV1/CVF menor de 75%. 2. Anamnesis:Hábito tabáquico-Riesgos laborales-Enfermedades respiratorias previas. 3. A.cardiopulmonar-Coloración de piel y mucosas-Presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores. 4. Tener informados: Rx-Tórax y un ECG, desde el diagnóstico de la EPOC. 5. Espirometría, al menos, cada dos años. 6. Analítica que incluya hemoglobina y hematocrito, al menos bianualmente. 7. Dos controles anuales con: Consejo-información antitabaco-Anamnesis sobre sintomatología respiratoria-Adherencia al tratamiento-Plan terapéutico (dosis/pauta de fármacos). 8. Vacunación antigripal en otoño.
Resultados:
1ªEvaluación(Síes):Criterio-1(C-1):42%(±2,72);C-2:34%(±3,32);C-3:6%(±0,95);C-4:20%(±3,27);C-5:14%(±2,17);C-6:46%(±3,85);C-7:18%(±1,82);C-8:40%(±2,92).
Medidas Correctoras: 1. Información al equipo de los resultados. 2. Sesiones clínicas por parte responsables de programa de la cartera de servicios. 3."e-mails" OMI-AP intraequipo recordando ciclo de mejora.
Reevaluación(Síes):Criterio-1(C-1):53%(±3,36);C-2:57%(±5,13);C-3:20%(±3,90);C-4:31%(±4,58);C-5:28%(±3,54);C-6:67%(±3,48);C-7:45%(±5,90);C-8:69%(±4,57).
Los 8 Criterios han presentado diferencias significativas (p menor de 0,05) en el grado de cumplimiento habiendo mejorado todos en el mismo tras CCM.
Conclusiones:
1ª. Tras la 1ª Evaluación se observó un grado de cumplimiento muy por debajo de los estándares esperados en cada uno de los criterios.
2ª. Realizado el CCM se constata mayor cumplimiento de las normas por parte de los profesionales responsables de la atención al paciente con EPOC, con margen aún para seguir mejorando.
Contacto: Rafael Luquín Martínez
rluquin@telefónica.net

P-087.- PROCESO DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Santiago-García C, Barragán-Pérez A, Martínez-García J,. Moreno-Valero M, Ruiz-Ros J, Fontcuberta-Martínez J.

Objetivos: Implantar la gestión por procesos como herramienta de gestión.
Definir y describir el proceso de citación para consultas de Atención Primaria.
Métodos: Analizados los resultados de la autoevaluación E.F.Q.M. realizada en 2005, el equipo directivo de una Gerencia de Atención Primaria identifica como área de mejora los resultados en los clientes y el diseño y desarrollo de un sistema de gestión por procesos. La citación del paciente en consulta de AP es un proceso incluido en los trámites administrativos, que genera insatisfacción en la población. Sólo el 36,8% de los pacientes declara en la encuesta de satisfacción 2005, que consiguieron cita por teléfono sin dificultad la última vez que llamaron a su centro de salud.
Se elaboró el mapa de procesos nivel 0 y se seleccionó el proceso de citación para consultas de Atención Primaria. Se analizaron los circuitos, incluyendo la posibilidad de obtener cita mediante agentes externos (Central de Citas). Queda pendiente la presentación a los equipos de atención primaria, para incluir sus sugerencias.
Resultados: Se realizó la descripción de las actividades del proceso mediante diagrama de flujo y diagrama IDEF. Posteriormente, se realizó la ficha del proceso describiendo la misión, los límites inicial y final, los requisitos de entrada, proveedores, los clientes o salidas, las guías o recursos empleados y los indicadores posibles.
Conclusiones: La ficha del proceso permite tener una descripción completa del mismo.
Los diagramas de flujo e IDEF ayudan a describir las actividades del proceso.
La citación en consulta de atención primaria es un proceso clave, que afecta directamente a la satisfacción del usuario.
Contacto: Carmen Santiago García
carmen.santiago@carm.es

P-088.- DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE TIRAS REACTIVAS. ¿MEJOR-PEOR CONTROL METABÓLICO DE LOS DIABÉTICOS?.
Antón-Castello JL,. de Blas-Salvador V, Jandra-Gallego MT, de Francisco-Casado MA, Gomara-Martínez MJ, Sanz-Arribas J.

Surge el proyecto en el año 2004 por la necesidad sentida de adecuar el consumo de tiras reactivas preciso para el autocontrol de los pacientes. Durante el primer año dirigimos el objetivo a ese punto concreto y en el segundo año nos planteamos verificar si esa adecuación se reflejaba en un mejor control metabólico de los pacientes.
Objetivos: Comprobar si el ajuste del consumo de tiras en el programa autoanálisis-autocontrol, según las recomendaciones de las sociedades científicas, conlleva un mejor-peor control metabólico del diabético tipo 2.
Métodos: Estudio transversal. Se revisan todas las historias de diabéticos tipo 2 incluidos en cartera y en programa de autoanálisis-autocontrol del C.S. Dr. Tamames (se excluyen pacientes con creatinina> 1,2). Considerando buen control Hb A1c <7%. Se identifica el tipo de tratamiento. Se calcula el consumo de tiras/semana real con el recomendado según el tipo de tratamiento.
Conclusiones: Se deriva que a pesar de ser un EAP concienciado y motivado en la prevención de riesgo cardiovascular:
1.- Tenemos un alto porcentaje de diabéticos (40,8%) a los cuales no realizamos correctamente los controles metabólicos.
2.- Que no somos lo suficientemente agresivos en las recomendaciones-tratamiento de nuestros diabéticos, como lo demuestra que un 47,41% tienen cifras de Hb A1c superiores al 7%, siendo considerada esta cifra como mal control metabólico.
3.- El 79,24% tiene asociado al menos otro factor de riesgo cardiovascular.
4.- Un alto porcentaje 41,51% de los diabéticos incluidos en el programa autoanálisis-autocontrol hacen un uso superior al recomendado para su tipo de tratamiento, a pesar de que al 73,82% se les instruya acerca de cómo reconocer una hipoglucemia.
Medidas correctoras:
1.- Indicación-Prescripción-Inclusión en el programa de autocontrol-autoanálisis a aquellos diabéticos tipo 2 que sean capaces de realizarlo, y según las recomendaciones de las sociedades científicas.
2.- Educación del diabético para un correcto uso del autocontrol-autoanálisis, según el tipo de tratamiento, tanto en la consulta de enfermería como en la del medico.
3.- Formación continuada del personal sanitario en diagnostico, tratamiento, seguimiento y control del diabético. Así como de los circuitos de información médico-enfermera.
4.- Vencer la inercia terapéutica del personal médico y enfermero, ante el diabético con mal control metabólico.
5.- Coordinación AP-AE en el seguimiento y control del diabético. ¿Realidad-Utopía?.
Contacto: José Luis Antón Castello
vitodeblas@yahoo.es

P-089.- DESARROLLO DE UN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN PACIENTES CRÓNICOS DE EPOC EN UN CENTRO DE SALUD.
Ledesma C, Díaz JM, Sáez A, Jaén E, Pérez P, Delgado P.

Justificación: Hay baja cobertura en el servicio de EPOC (35.1%)de los casos esperados. Se desconoce si los registrados como pacientes de EPOC cumplen criterios diagnósticos.
Objetivos: Aumentar en un 12% la cobertura de pacientes en el servicio de EPOC, lo que supone pasar de 91 pacientes incluidos en 2004 a 122 pacientes.
El 80% de los pacientes incluidos deben cumplir alguno de los criterios de inclusión.
Conseguir poner en marcha y establecer un servicio de realización de espirometrías en el centro de salud
DIMENSIÓN ESTUDIADA: Es la calidad científico- técnica
DISEÑO: Tamaño muestral: Población •8805; 40 (3660) años de la Zona Básica de Salud susceptible de padecer EPOC.
Identificación de casos: Para los que ya están incluidos, los listados de EPOC de cartera de servicios. En ellos se revisarán todas las historias de pacientes incluidos en servicio EPOC (n = 91), para determinar si cumplen el criterio de inclusión.

1. Para identificar los casos conocidos pero no registrados en el servicio se utilizan las historias clínicas de la población ≥ 40 años haciendo una revisión de las mismas.
2. Para los casos nuevos, la fuente de identificación de casos es la consulta a demanda bien por presentar síntomas o para solicitar recetas de fármacos propios del tratamiento de la EPOC a los cuales también se les revisará la historia.
Período evaluado:6 meses
CRITERIOS DE EVALUACIÓN:
1. La cobertura alcanza el objetivo propuesto para el año 2005 (47,1% de los casos esperados). Es decir, se consigue un incremento del 12% sobre la cifra del año 2004
2. Se cumple el criterio de inclusión en el servicio EPOC al menos en el 80% de los pacientes incluidos
3. Los profesionales conocen la técnica y la interpretación de la espirometría
4. Existe un servicio de realización de espirometrías en el centro de salud
INTERVENCIONES REALIZADAS:
Revisar y calibrar el espirómetro. Registro de los pacientes conocidos y no incluidos. Revisión de la historia de los pacientes registrados
Acciones formativas: Taller práctico de espirometrías y una sesión teórica sobre EPOC
Organización del servicio de espirometría.
Realización de espirometría a los pacientes
Resultados:
Cobertura: incremento de 19.3% que supone el 160.8% del objetivo
Cumplimiento de criterio de inclusión. Se cumple en el 70% de los casos. Se ha conseguido el 87% del objetivo.
Formación: se cumple el objetivo de asistencia a las sesiones en el 100% del objetivo
Puesta en marcha de un servicio de realización de espirometrías en el centro de Salud.
Contacto: M. Concepción Ledesma Martín
cledesmam@semergen.es

P-090.- IMPLANTACIÓN DEL MANUAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CIUDAD REAL.
Fortes-Álvarez JL, Salamanca-Carranza I, Rubio-Manzanares JA, Martínez-Sánchez T, Torres-Consuegra J, González-Hidalgo E.

Palabras clave: Consentimiento informado, calidad asistencial, Atención Primaria.
La intención de este proyecto de calidad científico técnico, es la de unificar los formularios de consentimiento del Área y transmitir toda la información actualizada a los profesionales sanitarios, que tienen obligación de aplicar la normativa legal de 41/2002 del 14 de noviembre.
Se ha elaborado previamente a través de un grupo de trabajo formado por: médicos de familia, enfermeros, abogados, odontólogos, médicos forenses, para dar un enfoque multidisciplinario al respecto, un manual de información donde se recogen sugerencias, consejos, situaciones especiales con el ánimo de abordar la mayoría de las actuaciones que se hacen el el ámbito de la Atención Primaria.
En este Manual se han redactado unos formularios para algunos procedimientos, de forma inicial, pero dejamos claro que se trata de una edición dinámica, abierto a sugerencias, adhesión de nuevos procedimientos en un futuro.
Los procedimientos a realizar son: cirugía común (criocirugía, electrocirugía, curetaje, incisión, escisión fusiforme, escisión tangencial), extracción dental, obturación con amalgama de plata, heridas, infiltraciones, vacunación de la rubeola, renuncia a la información.
Contacto: José Luis Fortes Álvarez
jlfortes@sescam.jccm.es

P-091.- ESTÁNDAR DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD.
Elviro T, Gens M, Gallego F, Palacios L, Giró JM, Oliver ML.

Objetivo: Mejorar el estándar de calidad asistencial y disminuir la variabilidad asistencial elaborando un plan de mejora.
Métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo de los resultados del estándar de calidad asistencial (EQA) definido. Se analizan diferentes indicadores donde la suma de ellos nos proporciona una puntuación global: EQA, que permite la comparación de profesionales intra e intercentros.
Metodología: el plan de mejora en relación al EQA se realizó mediante una detección de los problemas por "brain storming" se priorizó con parrilla de análisis de las causas mediante el diagrama de Isikawa, posteriormente se elaboró un cuadro de actividades a realizar enfocadas al registro, formación y listados de pacientes con diversas patologías de cada profesional con los indicadores que tenían puntuación baja. La evaluación se realiza con el seguimiento de los indicadores dos veces al año. Finalmente se elaboró un cuadro de prevención de fallos para poder así garantizar una mejor implantación de las diferentes acciones a realizar.
Resultados: Los indicadores monitorizados fueron:
Registro de pacientes con diagnóstico de: dislipemia y enfermedad cardiovascular: 2005 25% y 2006 45' 16%; insuficiencia cardiaca y tratamiento con IECA: 2005 25% y 2006 52' 66%; mal control del pie diabético: sin datos 2005 y 2006 22' 05%; HTA con buen control: 25% 2005 al 37' 55% 2006. El total del EQA del centro pasó del año 2005 de 49% al 75% ' 4% en 2006.
Conclusiones: La elaboración del plan de mejora continua en relación al EQA hizo que todos los indicadores monitorizados mejorasen individual y globalmente a nivel intercentros produciendo un aumento total del EQA .Dicho incremento se ha asociado a una disminución de la variabilidad que garantiza una mejora asistencial al paciente.
Contacto: Montserrat Gens Barberá
mgens@camfic.org

P-092.- LA UTILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO COMO PREDICTOR DEL USO DE MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Salas-Martín E, Hernández-Vera MR, Anza-Aguirrezabala I, Rios-de-Moya-Angeler R, Gómez-Marín J, Lorenzo-Gabarrón C.

Objetivos: Conocer si los datos registrados en la historia clínica de diagnóstico de pacientes diabéticos están relacionados con la utilización de antidiabéticos y por tanto pueden ser utilizados para la modulación de los presupuestos en farmacia en función de las diferencias de morbilidad existentes en los cupos.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. La población de estudio está constituida por los cupos de medicina de familia del Área Sanitaria (n=82) y el periodo de estudio es el año 2005. Se realiza una evaluación de los pacientes con diagnóstico de diabetes en OMI-AP o en historia clínica en papel y de la prescripción de antidiabéticos orales e insulina expresados en Dosis Diarias Definidas por 1000 habitantes y día (DHD) y su relación estadística usando el coeficiente de correlación.
Resultados: El número total de diabéticos registrados en el Área atendidos por médicos de familia es de 7.471 (5,35% de la población) con una media de 91,11 ($\pm$ 31,04) pacientes diabéticos por cupo. La utilización de medicamentos en la población atendida por médicos de familia es: 75,31 DHD de antidiabéticos orales y 11,83 DHD de insulina (total 87,14 DHD de antidiabéticos orales e insulina). No existe una relación estadísticamente significativa entre el número de diabéticos registrados en cada cupo y la utilización de antidiabéticos orales ($r=-0,02642$ n.s.) o la utilización de antidiabéticos orales más insulina ($r=0,0162$ n.s.). Hay una relación significativa entre el número de diabéticos registrados y la utilización de insulina ($r=0,2508$ $p<0,05$).
Conclusiones: Observamos un valor alto en la utilización de antidiabéticos orales en relación a otras publicaciones de nuestro ámbito, además este valor no se correlaciona con el número de diabéticos registrados en cada cupo. Los valores de utilización de insulina son similares a los obtenidos en otros trabajos y tienen una relación significativa con el número de diabéticos registrados por cupo, aunque con un valor bajo del coeficiente de correlación. La no relación entre número de diabéticos registrados y uso de antidiabéticos orales puede deberse a problemas de registro de diagnóstico y al diferente grado en la utilización de asociaciones de antidiabéticos orales de cada médico. Estos resultados sugieren que no es viable la utilización de los datos de diagnóstico de diabetes como predictores de la utilización de antidiabéticos en nuestro ámbito.
Contacto: Eduardo Salas Martín
eduardo.salas@carm.es

P-093.- INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN INSTITUTOS A TRAVÉS DE LA ENFERMERA COMUNITARIA.
Monter Ardanuy MR.

Se trata de la descripción de un proyecto de Intervención en adolescentes de un Instituto de E.Secundaria de la Sierra Norte de Madrid
Objetivo: Disminuir las consecuencias negativas/complicaciones de una catástrofe/accidente, mediante la formación de la población en conocimientos básicos sobre primeros auxilios y manejo de accidentes integrando a distintas organizaciones implicadas en el problema
Método: Se ofertó a miembros de las distintas instituciones implicados en la atención a emergencias de la zona, la participación en un taller de conocimientos básicos de primeros auxilios y manejo de emergencias para los adolescentes del Instituto de la Sierra Norte. El Taller incluyó un simulacro de accidente de tráfico.
Resultados: Las miembros de las instituciones , respondieron a la convocatoria de las enfermeras comunitarias y el desarrollo del taller fue satisfactorio para todos los participantes
Conclusiones: Las intervenciones dirigidas a objetivos que mejoran el estado de salud de la comunidad deben integrar a miembros de las distintas instituciones implicadas en el tema
Contacto: M. del Rosario Monter Ardanuy
rmonter.gapm05@salud.madrid.org

P-094.- ¿ATENDEMOS BIEN A NUESTROS PACIENTES TERMINALES EN ATENCIÓN PRIMARIA ?.
Ríos-Vallés L, Grifoll-Hernández A, Margalef-Pallarés F, Asensio-Vidal M, Munte Girones L, Bordell Sierra T.

Métodos: Estudio descriptivo transversal
Población: Pacientes terminales atendidos (n = 38) durante 2005.
Fuente: Historia clínica OMI -AP. Base de datos Acces. 2003
Paquete estadístico: SPSS 13.0
Variables: sexo, edad, diagnóstico, síntomas y su control, fármacos utilizados, indicadores de evaluación de la calidad recomendados por la Fundación Avedis Donabedian: 1.- Control del dolor (nº de pacientes que mejoran el dolor / nº total de pacientes con dolor atendidos en fase Terminal x 100) .El dolor es valorado mediante escala analogovisual (EVA). 2.- Control de la sensación disneica (nº pacientes que mejoran la disnea / nº total de pacientes atendidos con disnea en fase terminal x 100). La disnea valorada mediante escala categórica de 0 - 4. 3.- Mejora de la calidad de vida (nº de pacientes que mejoren un mínimo del 20% en la escala de valoración de la calidad de vida / nº total de pacientes atendidos en fase Terminal) x 100. La Calidad de Vida valorada por la Escala de Curas Paliativas. 4.- Atención a la familia (nº de familias adaptadas/ nº total de pacientes atendidos en fase Terminal que tengan familia) x 100. Considera familia adaptada cuando desde el inicio de la atención no empeora la situación familiar. Valor estándar de los 4 indicadores : 75%.
Resultados: 38 terminales, 25 hombres y 13 mujeres.
El 65,8% neoplásicos (mama 21%, pulmón 20%) .
Visita media por profesional: 1,7 visitas médico/semana y 3,2 visitas enfermería /semana
Han presentado dolor 18 (47,3%) y sensación disneica 21 (55,2%).
El 68,4% murieron en domicilio, 31,6% en hospital (12,3% por indicación medica, 19,3 claudicación familiar)
Indicadores : 1.- Control del dolor : 83,3% , fármaco más utilizado la Morfina subcutánea (88,8%) 2.- Control de la disnea (85,7%), tratamiento más utilizado la combinación de morfina y escopolamina subcutánea (90%).
3.- Mejoran la Calidad de vida por valoración subjetiva de los profesionales el 54% pero sin utilizar escala validada.
4.- Atención a la familia: 76,3 %
Conclusiones: En la atención a pacientes terminales , obtenemos un buen resultado en el control de los síntomas de dolor y disnea .
Mejoramos subjetivamente la calidad de vida de nuestros pacientes terminales pero no aplicamos una escala validada por su valoración.
La implicación con la familia es básica para evitar su claudicación y favorece la muerte en el domicilio.
Contacto: Lidia Ríos Valles
lrios@grupsagessa.com

P-095.- PLAN MEJORA EN ATENCIÓN DE URGENCIA DE ZONA DE SALUD CALAMOCHA, INFRAUTILIZACIÓN UME.
Mur de Frenne L, Baquerizo I, Carbonell T, Gil A, Navarro AC, Tartaj JL.

Objetivo: Saber si está infrautilizada la UME
Metodología: Reuniones de equipo de mejora de calidad con UME
Elaboración de Protocolos ante situaciones urgentes
Sesiones Clínicas y Talleres prácticos Interdisciplinarios de forma periódica.
Adecuación y puesta a punto de recursos materiales
Resultados: Número de urgencias atendidas por UME en un año en la Zona de Salud de Calamocha: 101
Número de urgencias atendidas en Atención Continuada en un año en la Zona de Salud de Calamocha: 5.899
Número de Registros de Atención por UME en horario de atención continuada durante un año en la Zona de Salud de Calamocha: 48
Número de registros en los que consta monitorización realizada por el Equipo de Atención Primaria: 2
Número de urgencias atendidas por UME en un año: 239
Conclusiones: Debemos optimizar los recursos disponibles en la atención a urgencias
La UME está infrautilizada.
Con la atención Médica de Emergencias se disminuye la mortalidad y las secuelas en las situaciones urgentes
La UME disminuye el tiempo de espera al estar la Unidad Medicalizada y traslado urgente al hospital de referencia en mejores condiciones gracias a la estabilidad que mantienen en sus pacientes durante todo el trayecto desde Calamocha a Teruel (60 minutos).
Contacto: Liliane Mur de Frenne
cs10.gapt@salud.aragon.es

P-096.- PROGRAMA DE MEDIADORES EN URGENCIAS: NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.
Comas B, Puig D, Rigo E, Serrano A, Tarradas J, Ros F.

Introducción: La presión asistencial de los Servicios de Urgencias se ha incrementado de forma considerable en los últimos años. Se crea la figura del mediador, como puente entre el usuario y todos los profesionales sanitarios del Servicio Urgencias para facilitar información, orientación y el apoyo y contención que necesita tanto el paciente como sus familiares o acompañantes.
Este proyecto nace de la necesidad de dar una atención más humana y accesible a los usuarios que acude al servicio de urgencias.
Objetivos: Conocer el impacto de la implantación de mediadores en Urgencias en cuanto a la disminución de reclamaciones y al aumento de satisfacción percibida por los usuarios.
Material y métodos: Estudio descriptivo, realizado en un SUH de que incluye la revisión retrospectiva de todas las intervenciones realizadas por los mediadores así como un análisis de la evolución de las reclamaciones en Urgencias durante el primer trimestre del año 2006.
Se interviene desde la llegada del paciente hasta su salida.
Resultados: Durante el período de estudio acudieron al Servicio de Urgencias un total de 13.916 pacientes, de ellos fueron registradas un total de 3899 intervenciones por parte de los mediadores.
De ellas 283(7,2%) corresponden a funciones de intérprete o traducción de idiomas, 1449 (37,1%) se refieren a información general y 242 (6,2%) a asuntos relacionados con la organización interna del Servicio. En 1301 (33,3%) casos se ha contactado directamente con personal sanitario para información sobre el proceso asistencial del paciente.
Coincidiendo con la actividad de estos mediadores se ha producido un descenso de las reclamaciones con respecto al mismo periodo del año anterior, un 23% en reclamaciones escritas y un 28 % en verbales.
Conclusiones: La figura del mediador en Urgencias favorece la comunicación entre usuarios y personal sanitario. Su implantación ha logrado disminuir el número de reclamaciones en el Servicio de Urgencias y mejorar la calidad percibida por parte de pacientes y familiares.
Contacto: Bernardino Comas Díaz
bcomas@hsll.es

P-097.- ESTUDIO DEL TIEMPO ASIGNADO EN LA PUERTA DE URGENCIAS DE UN SERVICIO HOSPITALARIO.

Aranguren-Erdonzain E, Capel-del Río JA, Armandariz-López AB,. Echeverria-Enciso C, Larumbe-Iriarte JC, Orradre-Goñi MJ.

Objetivo: Estudiar el impacto en los tiempos de espera asignados a los pacientes a su llegada a urgencias de un servicio hospitalario después de un cambio en la organización.
Método: El tiempo de espera lo asigna la enfermera que trabaja en la puerta de urgencias siguiendo un procedimiento, RACHN.Clasifica las urgencias en cuatro niveles,1:atención inmediata,2:atención inmediata enfermería y 10 minutos médico, 3:1 hora y 4:el tiempo de espera depende de la demanda existente. Hasta junio de 2003 en el nivel 4 se incluía al paciente no agudo y demorable,tras el cambio sólo al demorable.
Para poder atender a los pacientes en los tiempos establecidos se reorganizaron los recursos materiales y humanos desapareciendo las especialidades excepto psiquiatría y se modificó el RACHN incluyendo más motivos de consultas médicas en el nivel 2 y 3. Los cambios se comunicaron al equipo mediante sesiones de trabajo.
Realizamos un estudio con mediciones antes y después del cambio durante el año 2003.
Se han estudiado las variables de total urgencias, total pacientes en observación, ingresados y trasladados. Para cada variable los clasificados como nivel 1, 2 y 3 los consideramos con asignación de tiempo.
Los datos revisados han sido la historia clínica informatizada y para los ingresos y traslados los facilitados por la dirección del hospital.
Resultados: Se ha producido una reducción significativa ($p<0.00$)en la asignación de tiempo. Del 23% (5.813/25.248)al 48%(15.116/31.259)
Un 6%(3.408/56.507)de las urgencias precisó observación, el mismo porcentaje antes y después del cambio Hay una reducción significativa($p<0.00$)en la asignación de tiempo, del 60%(952/1.587)al 88%(1.604/1.821)
Ingresaron el 17%(9.526/56.507)del total de las urgencias,(el 17%(4.391/25.248)antes del cambio y el 16%(5.135/31.259)después)
Existe una reducción significativa ($p<0.00$) en la asignación de tiempo,del 51%(2.243/4.391) al 87%(4.448/5.135)
Se trasladaron el 0,8%(459/56.507) de las urgencias,con una distribución del 1% (241/25.248)antes y del 0,7%(218/31.259) después con una reducción significativa ($p<0.00$)en la asignación de tiempo,del 53%(129/241)al 78%(169/218)
Conclusiones: El cambio introducido ha mejorado la asignación de los tiempos. Son más las urgencias a las que se les asigna tiempo de espera para ser vistas, supone mejora para todos los pacientes que precisan observación, ingresan o se trasladan a otro centro.
Parece más adecuado que el paciente demorable de todas las especialidades sea al que no se le asigne tiempo.

Contacto: Esperanza Aranguren Erdozain
joseancapel@yahoo.es

P-098.- IMPLANTACIÓN DE ÁRBOL DE TOMA DE DECISIONES ANTE CONTINGENCIAS INFORMÁTICAS EN UN CALL-CENTER DE URGENCIAS SANITARIAS.

Medrano M, Castillo R, Martínez J, de la Vega M, Pajuelo J, Rodríguez N.

Objetivos:
• Planificación e Implantación de un árbol de toma de decisiones ante contingencias informáticas fuera del horario de oficina.
• Reducir el tiempo de respuesta/resolución ante contingencias informáticas en Call-Center 24 horas de Urgencias Sanitarias por personal no cualificado.
Metodología: Planificación de un árbol de toma de decisiones ante contingencias informáticas que esté operativo 24 horas y sea utilizado por personal no cualificado para dar respuesta a la plataforma tecnológica de un servicio sanitario 24 horas. Dicho árbol es semejante al árbol de toma de decisiones que gestiona el operador de llamadas cuando recibe una llamada de urgencias 061 en la Comunidad de Madrid, cuya implantación demostró que la respuesta ante una demanda sanitaria era más homogénea, menor el tiempo de respuesta por parte del médico, mejorando por tanto el tiempo de resolución de una demanda asistencia, asimismo ofreciendo una resolución a cada problema, que permita el reestablecimiento del servicio. Se evalúan las incidencias durante los últimos 12 meses, se tipifican y se clasifican por día de la semana, hora, colectivo afectado, urgencia, tipo de solución, tiempo total de incidencia hasta su resolución. De ahí se obtienen los tipos de incidencia que se utilizarán en el árbol de toma de decisiones, categorizandolos en prioridades por colores, semejantes a un triage médico, pudiendo realizar entonces las ramas del árbol con sus resoluciones.
Resultados: Para la implantación se ha reunido un grupo de trabajadores que utilizarán el árbol. Se ha rellenado una pequeña base de datos recogiendo las incidencias ocurridas en 15 días. Se contrastará posteriormente los resultados obtenidos con el árbol propuesto. Posteriormente se verificará que el árbol es adecuado, tanto en uso como en resolución de incidencias. Cada 3 meses se realizará una revisión del árbol, comprobando su validez e introduciendo correcciones.
Conclusiones: Podemos concluir que la implantación de un árbol de toma de decisiones ante contingencias informáticas es cuidadosamente diseñado para que cubra al menos el 90% de las posibles incidencias.
El piloto de un subconjunto de trabajadores es básico para poder validar la adecuación del árbol.
La revisión periódica garantiza la vigencia del árbol, constituyéndose como medio de apoyo básico para el personal.
Necesidad de desarrollo de una aplicación informática que lo soporte, para poder realizar una medición de indicadores más dinámica y automática.

Contacto: Mª José Medrano Martínez
mmedrano.summa@salud.madrid.org

P-099.- URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, DERIVACIÓN VS SATISFACCIÓN.

García-Ribes M, Andrés M, Magdalena C, Esteban J, Charlot A, San Miguel N.

Objetivos: La atención urgente en los servicios de atención primaria tiene, como característica implícita, la necesidad de decidir de forma precoz y segura si la patología a valorar va a hacer necesaria la derivación hospitalaria o, por el contrario, el diagnóstico y/o tratamiento puede realizarse por el médico en el centro de salud. El objetivo de este estudio es valorar cuan eficaces somos en este cometido así como evaluar la satisfacción del paciente tras haberse resuelto el proceso atendido.
Metodología: Durante 60 días consecutivos, y siempre con la autorización previa del paciente o de sus padres/tutores en el caso de los menores de edad, se recogió la sospecha diagnostica de todos los pacientes con dolor abdominal que acudieron a un servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) de atención continuada 24 horas, en virtud a la cual se valoró la necesidad de trasladar al paciente al centro hospitalario mas cercano. También se recogió la forma de traslado del paciente. Para valorar la evolución del cuadro y el diagnóstico final para establecer coincidencia con la sospecha diagnóstica, se contactó telefónicamente con los pacientes a los 7-10 días siguientes a la atención en el servicio. Asimismo, se solicitó al paciente una valoración de su satisfacción mediante escala numérica tras la asistencia recibida en el SUAP.
Resultados: Se derivaron al centro hospitalario de referencia el 42 % de los cuadros de dolor abdominal evaluados en el SUAP atendiendo a una sospecha diagnóstica que así lo requería, coincidente con el diagnóstico final en el 70%. Solo el 5% fueron derivados a su domicilio o médico de cabecera requiriendo un posterior traslado a centro hospitalario. Atendiendo a la forma de derivación, hubo coincidencia en el 60% de los pacientes trasladados por sus medios, en el 66% de los pacientes trasladados en ambulancia de soporte vital básico, y en el 100% de los pacientes trasladados en UVI móvil. Finalmente, los pacientes derivados a centros hospitalarios muestran una satisfacción por la atención recibida significativamente mayor que aquellos no derivados.
Conclusiones:
1.- Existe una sobrederivación hacia los servicios de urgencia hospitalarios en lo que a los pacientes con dolor abdominal respecta en nuestro SUAP.
2.- No obstante, la gran mayoría de los pacientes con dolor abdominal que requieren valoración en los servicios de urgencias hospitalarios son derivados.
3.- Muchos pacientes valoran la derivación como un signo de mejora de la atención recibida.

Contacto: Miguel García Ribes
gribesm@gmail.com

P-100.- DISEÑO DE UN CUADRO DE INDICADORES DE URGENCIAS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD INTEGRADO.
González D, Fernández T, Catalán C, Ruiz JL, Tarazona E, Trescoli C.

Objetivos: Con la integración de la atención primaria y especializada, en el departamento 11 de Salud de la Comunidad Valenciana, era necesario una revisión de los indicadores de urgencias que utilizábamos en el Hospital de la Ribera y la incorporación de nuevos indicadores que satisficieran las necesidades de información del nuevo escenario.
Métodos: Formamos un grupo de trabajo en el que estaban representadas todas las áreas implicadas en la atención y gestión de las urgencias en nuestro departamento.
Tomamos como fuente de datos, la Historia Clínica Electrónica utilizada para registrar todas las atenciones urgentes en el Hospital, los Centros de Salud Integrados o los Puntos de Atención Continuada del departamento.
Atendiendo a la bibliografía y a las necesidades de los usuarios del cuadro de mando, construimos los indicadores de urgencias (tanto de actividad como de calidad); elaboramos un manual con la definición de cada uno, describiendo además, la forma de cálculo, incluyendo las aclaraciones y excepciones de los mismos; luego pasamos a una fase de prueba con realización de ajustes y validación de los resultados.
La obtención de los datos se realiza a través de un programa llamado Hipocr@tes, aplicación a medida desarrollada en visual Basic que actúa contra SQL Server.
Resultados: Disponemos de un cuadro de indicadores de urgencias del Departamento 11 de Salud de la Comunidad Valenciana, que nos permite conocer de una manera fiable la relación entre actividad, calidad y recursos.
Contamos con una herramienta que nos da la posibilidad de una explotación sencilla, con una disponibilidad inmediata, flexible a las distintas exigencias de los usuarios y con un nivel de seguridad adecuado al tipo de información.
Conclusiones: Para gestionar y mejorar es necesario conocer nuestra actividad en todos sus aspectos. Con este nuevo cuadro de indicadores podemos evaluar las estrategias implantadas, en función de una atención urgente, integrada y racionalizada, que tiene especialmente en cuenta la satisfacción de los pacientes.
Contacto: Damián Hugo González Perales
dgonzalez@hospital-ribera.com

P-101.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE FACTURACIÓN EN UNA FUNDACIÓN PÚBLICA.
López X, González P, González G, Penas M, Martín M, Cegarra M.

Objetivos:
- Se trata aquí de poner en marcha un sistema de información de gestión para organizar todo el proceso de facturación del servicio de Urgencias y Emergencias extrahospitalarias de una Comunidad Autónoma. Dicha facturación se hace por los servicios prestados (asistencias, organización de cursos, dispositivos de riesgo previsible).
- Se cuenta con un sistema "legacy" ya existente que realiza una parte del proceso de facturación existente, mientras otras partes se ejecutan de forma manual. Es necesario mantener este proceso en funcionamiento mientras no se desarrolle un proceso optimizado.
- Se desea obtener un proceso bien definido, conforme a estándares de calidad EFQM. Se desea maximizar el soporte a ese proceso por parte de la aplicación informática, tratando de obtener una solución integrada y evitando la proliferación de aplicaciones satélite.
Métodos:
- Se ha instituido un comité de seguimiento multidisciplinar, conformado por representantes de las áreas implicadas en el proyecto (tecnologías de la información, expertos en gestión, la Dirección). Dicho comité se ha reunido con una periodicidad mensual durante el tiempo de vida del proyecto (aproximadamente 6 meses).
Resultados:
- La forma de trabajo en comité ha permitido establecer una visión común y crear implicación en todos los participantes. Ha permitido definir el proceso ideal y medir las diferencias con el proceso actual. Se han delimitado tareas y asignado a los miembros. Progresivamente se ha logrado la implantación del sistema correcto.
Conclusiones:
- La forma de trabajo en comité ha permitido la identificación y puesta en común de problemas y oportunidades de mejora, lo que no hubiera sido posible con una comunicación más fragmentada, ya que muchas veces los puntos de vista individuales están condicionados por el perfil de cada miembro y para resolver el problema hace falta la construcción de una visión común.
- El diseño y construcción de sistemas de información debe hacerse siempre buscando una alineación de éstos con los procesos de negocio y nunca al revés. Muchas veces los procesos no están definidos con una claridad total y por lo tanto para llegar a una implantación óptima es necesaria una mayor introspección
Contacto: Xesús Mª López Álvarez
xesus.lopez.Álvarez@sergas.es

P-102.- EL SISTEMA ACORDE, UN PROYECTO EN EVOLUCIÓN.
López X, Rodríguez J, García J, Caamaño M, Riveiro J, Cegarra M.

Objetivos:
- Dar a conocer las experiencias en el desarrollo del sistema de información que da soporte a la actividad de Coordinación de los servicios de Urgencia y Emergencias extra-hospitalarios de una Comunidad Autónoma. Este sistema ha sido desarrollado desde cero.
Métodos:
- Se ha optado por la internalización (desarrollo propio de aplicaciones), considerando los riesgos y las potenciales ventajas de este modelo de desarrollo, valorando la flexibilidad a la hora de crear soluciones totalmente a medida.
- Se ha establecido una comisión que se reune cuatro veces al año y controla todo el proceso de desarrollo. Revisa todas las propuestas de mejora y las clasifica en grupos de prioridad. Asimismo se define un mecanismo de actuación flexible para tratar propuestas con un grado de urgencia mayor.
Resultados:
- Aunque inicialmente los costes fueron altos, la apuesta por una informática propia ha permitido desarrollar software estratégico, que da soporte a toda la actividad de Coordinación de un servicio de urgencias y emergencias extra-hospitalarias de una Comunidad Autónoma.
- Durante un periodo superior a 8 años ha sido posible ir incorporando dentro del desarrollo todos los nuevos requisitos que han surgido, bien por normativa legal, necesidad de aumentar o modificar la cartera de servicios, adaptación a nuevas tecnologías o requisitos de integración con otros departamentos o procesos.
Conclusiones:
- El control de las aplicaciones permite una mayor generación de valor y una mayor flexibilidad ante el cambio de los procesos. Muchas veces es posible llevar a cabo cambios de forma pro-activa, incluso antes de que surjan las necesidades. Se reduce además el coste de desarrollo.
- En la experiencia llevada a cabo, la internalización supuso una fuente de conocimiento muy valiosa para la organización. Facilitó el conocimiento en mayor profundidad de los procesos de Coordinación y desarrolló en las personas implicadas una visión más global de la organización y sus procesos de negocio.
- El establecimiento de un grupo de trabajo multidisciplinar permite garantizar la evolución del sistema, integrando diferentes puntos de vista: tecnológicos, asistenciales, legales, económicos, sistemas de codificación, Dirección.
Contacto: Xesús M. López Álvarez
xesus.lopez.Álvarez@sergas.es

P-103.- CICLO DE MEJORA DE ATENCIÓN A ÚLCERAS CORNEALES EN URGENCIAS.
Ayala-Vigueras I, Martínez-Bienvenido E, González-Soler MA, López-Picazo T, Martínez-Espín C, López-Navarro M.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención del paciente con úlcera corneal tras la realización de un ciclo de mejora hace 5 años e intentar su mejora, si es preciso
Método: Entre los años 2000 y 2001 se realizó un ciclo de evaluación y mejora de la atención al paciente con sospecha de úlcera corneal en Urgencias de nuestro Hospital. Este año se ha planteado reevaluar de nuevo los criterios para, en función de los resultados, realizar o no actividades de mejora.

Se revisaron los criterios de hace 5 años con la colaboración del Servicio de Oftalmología. La dimensión estudiada ha sido la calidad científico-técnica, siendo todos los datos de proceso.
En cuanto a las unidades de estudio, los receptores del servicio son los pacientes atendidos por esta patología en urgencias y los proveedores, los médicos adjuntos y residentes de segundo año. El periodo de proceso estudiado es la actividad asistencial en el Servicio de Urgencias.
Se utilizó como fuente de datos el archivo de informes de asistencias en Urgencias. La muestra se obtuvo de los pacientes que fueron atendidos con el diagnóstico de úlcera o erosión corneal en el Servicio de Urgencias en Abril de 2006.
Después de conocer los resultados se han puesto en marcha actividades de mejora tales como poner una hoja informativa en el Box de Oftalmología y la creación de una plantilla de informe de alta para esta patología. Tras ello se han vuelto a medir los cumplimientos de criterios.
Resultados: La muestra ha sido de 113 casos. Se han obtenido resultados inferiores a los del anterior ciclo, con los criterios 1 y 3 con cumplimientos por debajo del 50% (49,6 ± 9,2% y 40,7 ± 9,1% respectivamente). Estos dos criterios coinciden con los de menor cumplimiento del ciclo anterior.
En los criterios de tratamiento se observa una mayor adecuación con cumplimientos entre el 69,9 ± 8,5% en el 7 y 99,1±1,7% en el 9
Conclusiones:
- A los cinco años de realización de un ciclo de mejora exitoso se ha vuelto a cumplimientos similares a los del inicio.
- La disminución del cumplimiento de criterios ha motivado la puesta en marcha de un nuevo ciclo de mejora

Contacto: Julián Alcaraz Martínez
julian.alcaraz2@carm.es

P-104.- ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS ATENDIDOS EN UN Sº DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

Herrer A, Gros B, Ricarte E, Palazón P, Garcés C, Omiste J.

Objetivos: Los accidentes isquémicos transitorios (AIT) son considerados una urgencia médica, requiriendo un ingreso hospitalario que determine la causa y factores de riesgo.
Se pretende hacer un estudio de los AITs ingresados por urgencias en Neurología, con objeto de analizar las características clínico-diagnósticas; así como el tratamiento médico-quirúrgico y preventivo instaurado.
Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo e inferencial con los datos recogidos de las historias clínicas de los pacientes ingresados por AIT entre el 19 de Enero de 2001 al 12 de Abril de 2004. Fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS.
Resultados: Se recogieron 238 casos de pacientes con una edad media de 70,76 años (DE: 21,72), 56,7% mujeres y 43,3% hombres.
Factores de riesgo: 14,7% no presentaban ninguno; 60% un solo factor; 52% dos ; 48% tres factores, 10,9% 4 factores; 4,2% 5 factores; 6 factores 2,5%. Los más frecuentes son HTA (53,4%), dislipemia (20,2%), diabetes mellitus (19,7%) y AIT previo (13,4%). Se diagnosticó diabetes en 13 casos (5,5%) y cardiopatía embolígena en 14 (5,9%)
Los síntomas predominantes fueron alteraciones del lenguaje.
Pruebas diagnósticas: ECO-doppler se realizó en 87,8% de los casos. Patológicos 15, de los cuales sólo 7 tenían indicación quirúrgica. Doppler transcraneal se realizó en 39 casos, 35 normales.
ECG consta en el 79% (195 normales y 36 ACxFA).
Ecocardiograma se realizó en 122 casos, 47 patológicos (19,8%)
TAC consta en 221 casos, (29% patología isquémica).
RMN se realizó a 22 casos (patología isquémica 8).
Se instauró tratamiento anticoagulante en 22 casos (9,2), hipotensor en 8 (3,4%), antidiabético en 3 (1,3%), hipolipemiante en 8 (3,4%), antiagregante en 138 (58%) y se cambió de antiagregante en 34 casos (14,3%).
Conclusiones: Es llamativo el escaso número de pacientes que se beneficia de un tratamiento quirúrgico; recibiendo la gran mayoría tratamiento antiagregante o anticoagulante.
Es de destacar el mal control y detección de factores de riesgo en estos pacientes. Un alto porcentaje sale del hospital sin tratamiento hipolipemiante e hipertensor a pesar de que la evidencia lo aconseja en la prevención secundaria
El resultado y los hallazgos de las pruebas complementarias modifican en muy pocos casos la actitud terapéutica; por lo que el ingreso de estos pacientes resulta poco rentable. Una opción razonable sería el seguimiento de los mismos en consultas de alta resolución, evitando así el ingreso hospitalario.

Contacto: Ana Herrer Castejón
anaherrer@fame.e.telefónica.net

P-105.- EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS, EN USP CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN.

Pérez G, Reina F.

Objetivo. Conocer el nivel de cumplimentación de la historia clínica de urgencias, así como el nivel de calidad de la misma, realizando una revisión estandarizada del informe de alta de los pacientes que acuden a urgencias, mediante un cuestionario de evaluación, que evalúe de forma integral la asistencia prestada al paciente.
Metodología. Estudio retrospectivo horizontal, en el que se estudia un total de 625 (cada año estudiado) revisiones de historias clínicas, mediante observadores diferentes. Con objeto de que la fiabilidad de los criterios subjetivos a evaluar sean válidos, previamente se ha estudiado la validez y fiabilidad de estos mediante estudio estadístico del índice de Kappa.
El estudio está basado en un total de 28 criterios que puede aparecer (según la patología) en cada informe de alta, evaluando cada criterio con una puntuación determinada, siendo el valor positivo el cumplimiento del criterio. Tal que al final del estudio, se pueda valorar cada historia de 0 a 100, siendo el valor positivo el cumplimiento del criterio y aceptando previamente como resultados posibles: < 40: informe de alta no adecuado; de 40 a 60 informe poco adecuado; de 60 a 80: informe adecuado y > de 80: informe de alta muy adecuado.
Resultados. Del total de historias de urgencias estudiadas se han obtenido como resultados globales: < 40 puntos (2 historias); 40 a 60 puntos (94); 60 a 80 (433); > 80 (96).
De los criterios que han sido mejor valorados ha superado la cifra de 90 puntos: identificación del paciente, enfermedad actual, antecedentes personales, juicio clínico, tratamiento, existencia de alergias, identificación del médico.
Así mismo, lo peor puntuado, por debajo de 10: identificación del DUE, toma de constantes (frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, BMtest).
Conclusiones. Se ha obtenido una buena puntuación global de los informes de alta de urgencias (media y mediana de 70 puntos y una moda de 76), destacando que los criterios de mayor importancia están por encima de los 85 puntos.
Mediante la informatización de la historia clínica se debe mejorar muchos de los parámetros que no han conseguido estar por encima de los 50 puntos, ya que la informatización copará estos campos.
Se debe insistir en la importancia de la cumplimentación de toda la historia clínica así de mejorar los índices obtenidos en los controles que se toman en triaje.
Tras la realización de las medidas de mejora se debe estudiar de nuevo las puntuaciones obtenidas y ver si los cambios sometidos han sido provechosos o no.

Contacto: Guillermo Pérez Cabeza
guillermo.Pérez@usphospitales.com

P-106.- A PROPÓSITO DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN CONTINUADA: PERACAMPS.

Skaf-Peters E, del Baño-López F, Coca-Tufet MA, Labordeta-La Cal V, Maldonado-Durán G, Diez-Fuentes E.

El centro de urgencias de Peracamps, integrado en el Servicio de Urgencias del Hospital del Mar de Barcelona, distante del mismo unos 2 kms; es un centro catalogado como Centro de Urgencias de Atención Continuada y dispone de : RX, analítica, 5 boxes de consulta, 1 box de RCP y un área de observación con 3 camas. En cada turno trabajan 2 médicos adjuntos/as, 2 enfermeros/as, 1 auxiliar/técnico en radiología, 1 celador, 1 administrativo/a, 1 operaria y 1 agente de seguridad. Por el servicio rotan residentes de Medicina Familiar, geriatría, Psiquiatría y alumnos/as de Escuelas Universitarias de Enfermería.
Objetivos: 1.Describir el trabajo realizado en los últimos 6 años. 2. Proponer la utilidad de este modelo asistencial, en la alternativa a la atención urgente de patologías leves y/o menos graves.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, de la actividad asistencial en el Centro de Urgencias de Peracamps, desde el año 2000 hasta el 2005, ambos incluidos. Se creó una base de datos, a partir de la información existente en la red informática del centro. Se analizaron : el número total de asistencias, la edad, el sexo, la nacionalidad, la procedencia, la subdivisión entre patología médica y traumatológica, el pronóstico, el destino al alta y la permanencia o no en observación.
Resultados: En los 6 años estudiados, se realizaron un total de 221.280 asistencias, con una media diaria de 102, el 65% fueron hombres y el 35% mujeres, el 44% tenían nacionalidad extranjera, la media de edad fue de 35.5 años, un 68% procedían del domicilio, la patología traumatológica representó un 56%, el pronóstico fue leve en el 96%, siendo dados de alta a domicilio el 92%. Un 2% de las asistencias permanecieron en observación, una media de 8.6 horas y de éstas, se trasladaron a hospitales un 27%. En un 28% de las asistencias se realizó Rx y en un 2% analítica.
Conclusiones: 1. El 92% de las asistencias realizadas fueron dadas de alta a domicilio. 2. Un 2% de las asistencias fueron observadas, con una media de 8.6 horas, siendo dadas de alta a domicilio el 66%. 3. Un 30% de las asistencias, precisó pruebas complementarias. 4. Creemos que este modelo, con el área de observación, puede dar una respuesta adecuada a la asistencia urgente de las patologías leves y/o menos graves, evitando la afluencia masiva a los servicios de urgencias hospitalarios de nivel superior, disminuyendo los colapsos y optimizando los recursos existentes.
Contacto: Francisco del Baño López
fdbl@wanadoo.es

P-107.- CAMBIOS ASISTENCIALES EN SERVICIO DE URGENCIAS TRAS APERTURA DE CAP EN PROXIMIDADES DE NUESTRO CENTRO.
Aranda-Cárdenas MD, Puiggalí-Ballart M, Puente-Palacios MI, Mendez-Gallego D, Dengra-Domingo J, Skaf-Peters E.

Introducción: Servicio de urgencias del Hospital Esperanza(SUHE) , de nivel uno.Los pacientes que requieren ingreso son trasladados a centro de referencia.
Julio 2003 se inauguró CAP a 200m , con horario de apertura de Lunes-Viernes de 8h-20h(nuestro servicio es su centro de atención continuada),coincidió con cese de ingresos COT vía urgencias.
Objetivo:
- Variaciones de actividad en nuestro servicio desde la apertura
- Motivos que provocaron variaciones
- Número de traslados realizados en periodos

Material y Método: Trabajo en dos fases. 1ªfase ,estudio descriptivo y comparativo de 2 periodos de 18 meses anteriores y posteriores a la apertura .2ª fase,estudio descriptivo y prospectivo cumplimentando encuesta con datos de conocimiento de CAP,del centro de atención continuada,de nuestro servicio, y motivo de acudir.
Resultados:
1ª FASE.
1º periodo 33.055 pacientes(21234COT 11821MI)
2º periodo31.601 pacientes (18218 COT 13383MI)
Aumentó 10,14% medicina
Disminuyó 14,77% traumatología
1º periodo horario diurno23825
2º periodo horario diurno23189
1º periodo horario nocturno 9232
2º periodo horario nocturno 8412
Disminuyó 2,6% frecuentación diurna y 8,8% frecuentación nocturna
Frecuentación 1º periodo MIfestivos 3403
Frecuentación 2º periodo MIfestivos 4111
Frecuentación 1º periodo COT festivos 5488
Frecuentación 2º periodo COT festivos 4798
Aumento 20,81% MI.y disminuyó 12,57% COT
Traslados 1º periodo783 pacientes. 2º periodo 873.
2ª FASE.
41% procedían de zona influencia de CAP
15,9% no conocían a su médico.
65,2% no conocían servicio de atención continuada de su CAP(somos nosotros)
60,9% habían acudido más de 2 ocasiones a nuestro servicio.
11,75 % eran remitidos por su médico ó por 061.
47,4% por mayor confianza, más rapidez en solucionar sus problemas, acudían a nuestro servicio.

Conclusiones:
- En contra de lo esperado.en este 2º periodo aumentaron más de un 10% las urgencias en MI,incluso en horario de apertura de CAP.
- los traslados a otros centros aumentaron,probablemente como causa del cese de ingresos en COT.
- Las asistencias en COT disminuyeron.
- Los hábitos del usuario no han cambiado a pesar de la apertura de CAP.
- El usuario utiliza nuestro servicio de urgencias como centro de atención continuada sin saber que esa es nuestra función desde la apertura de CAP.
- La implantación de nuevos recursos sanitarios,si no se acompañan de una campaña informativa adecuada a la población,no modifica los hábitos de los usuarios.

Contacto: Mª. Dolores Aranda Cárdenas
92285@imas.imim.es

P-108.- ESTUDIO DE LA ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR AIT EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS.
Herrer A, Gros B, Bustamante E, Javierre M, Marrón P, Povar J.

Objetivos: Una buena parte de la aproximación diagnóstica del paciente que ingresa por Accidente isquémico transitorio (AIT) en nuestro hospital se realiza en el área de observación de urgencias, con la consiguiente carga de trabajo que ello conlleva.
El propósito del presente estudio es analizar dicha estancia y lo que supone respecto del total de días de ingreso.
Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo e inferencial con los datos recogidos de las historias clínicas de los pacientes ingresados por AIT desde urgencias entre el 19 de Enero de 2001 al 12 de Abril de 2004. Fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS.
Resultados: Se recogieron 238 casos de pacientes; edad media de 70,76 años (DE: 21,72) y una distribución por sexos de 56,7% mujeres y 43,3% hombres.
Los factores de riesgo el más frecuentes son HTA (53,4%), dislipemia(20,2%) y diabetes mellitus(19,7%).
Los síntomas predominantes son las alteraciones del lenguaje,
Pruebas diagnósticas: TAC consta en 221 pacientes; tiempo medio de realización puerta-TAC de 583,38 minutos. que ha ido disminuyendo cada año del estudio; pasando de 830 min. en el año 2001 a 272,19 en el 2004, (ES para $p< 0,008$)
ECO-doppler se realizó en el 87,8% de los casos. Fueron patológicos 15, de los que sólo 7 tenían indicación quirúrgica.
La estancia hospitalaria total es 5,8 días(DE:8,07), estancia en planta 5,1 días(DE:8,15) y estancia en urgencias 14,92 horas(DE: 19,13). La estancia en planta es el 84,6% de la estancia total. Un 52,8% de estos pacientes permanecen más de 12 horas en urgencias y un 27,7% más de 24.
Es estadísticamente significativo que ha aumentado la estancia en urgencias respecto a la estancia total a lo largo de los tres años ($p< 0.005$).
Conclusiones: Los pacientes ingresados por AIT pasan cada vez un tiempo mayor en el área de observación de urgencias; lo cual lleva implícito un aumento de las cargas de trabajo asistenciales.
Esto no ha llevado a una reducción del tiempo global de ingreso hospitalario.
Es de destacar la baja rentabilidad del ingreso de estos pacientes, ya que ninguno de ellos ha sufrido recidiva en los días del ingreso y los hallazgos de pruebas complementarias modifican la actitud terapéutica en pocos casos.
Debería protocolizarse a los pacientes que tras el estudio inicial en urgencias, requerirían ingreso hospitalario de los que podrían ser enviados a consultas de alta resolución, con el consiguiente ahorro de camas hospitalarias y el mejor aprovechamiento de los recursos.
Contacto: Ana Herrer Castejón
anaherrer@fame.e.telefónica.net

P-109.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA CIRUGÍA DE CATARATAS.
Pérez-Blanco V, Rubio I, Morente P, Cabezas M, González-Oreja MA, Navarro R.

Objetivo: Diseño e implantación de una vía clínica (VC) para la cirugía de cataratas en el Hospital Virgen de la Salud (Complejo Hospitalario de Toledo), con el fin de disminuir la variabilidad observada por los profesionales implicados en el proceso y mejorar la información a los

pacientes y su satisfacción. La variabilidad en el proceso se observaba en la atención del paciente con alteraciones de la coagulación, en la prevención de endoftalmitis y en la técnica anestésica empleada.
Método: Coordinación por la Unidad de Calidad de un grupo de trabajo formado por facultativos y enfermeras de Oftalmología y Anestesia y Reanimación. Búsqueda de la mejor evidencia científica publicada. Diseño de los documentos mediante consenso en diversas reuniones de trabajo durante el mes de Mayo de 2006. Presentación del último borrador de la vía clínica en sesión clínica del servicio de Oftalmología.
Resultados:
- Matriz científico-técnica con evaluaciones, determinaciones, asistencia y tratamiento en consulta general y prequirúrgica del centro de especialidades de diagnóstico y tratamiento, sala prequirúrgica, quirófano y en las diversas revisiones hasta el alta. Incorporación del protocolo para pacientes con alteraciones de la coagulación.
- Tríptico de información prequirúrgica para el paciente con lenguaje asequible para el grupo de edad al que va destinado y con formato adaptado para la lectura por pacientes con disminución de la agudeza visual.
- Hoja de información iconográfica para el paciente y familiares con recomendaciones para el día de la intervención y cuidados postquirúrgicos.
- Estructura de Indicadores para la evaluación, con los estándares, fuente de información, responsable de evaluación y periodicidad de ésta. Se establecieron indicadores para evaluar la cumplimentación del consentimiento informado escrito, resultados clínicos, satisfacción del paciente, seguimiento de la vía clínica y efectos adversos.
- Encuesta de satisfacción: diseño de la misma y definición del circuito de entrega, recogida, registro, análisis y difusión de resultados.
Conclusiones: El diseño de una VC como herramienta de gestión del subproceso de cirugía de cataratas nos ha ayudado a coordinar a los profesionales implicados. Ha facilitado la incorporación de un sistema de evaluación. Ha mejorado la información al paciente y familiares al diseñarse trípticos de información pre y postquirúrgica y ha permitido la implantación de una encuesta de satisfacción, planificando su recogida y análisis.
Contacto: Verónica Pérez Blanco
vperez@sescam.jccm.es

P-110.- VÍA CLÍNICA DE QUEMADURAS SUPERFICIALES EN NIÑOS.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Gil-Luciano A, Cepeda M, Ros Z, Reoyo A.

Objetivos:
Organizar la atención hospitalaria a los niños con quemaduras superficiales, disminuyendo la variabilidad entre profesionales y sistematizando los procedimientos terapéuticos y de educación sanitaria para capacitar a los familiares en la prevención de nuevos episodios, mejorando la satisfacción del paciente y/o familiares.
Métodos:
Se realizó una búsqueda de la mejor evidencia disponible, que sirvió de base para el desarrollo de la vía clínica por el personal médico y de enfermería de los Servicios de Cirugía Pediátrica y la Unidad de Calidad.
Resultados:
La Vía Clínica consta de los siguientes documentos: matriz científico-técnica con fórmula de reposición hidroelectrolítica y de necesidades calóricas en el reverso; documento de medición del porcentaje de superficie corporal quemada; hoja de tratamientos y cuidados; hoja de información a familiares, recomendaciones al alta y de prevención de quemaduras; consentimiento informado "Cirugía en pacientes quemados"; encuesta de satisfacción con la atención recibida; indicadores y estándares para evaluar la vía. Se realizó un póster de prevención de quemaduras en niños con el fin de que estas recomendaciones lleguen a la gente que acude a las consultas.
Conclusiones/ propuestas de mejora:
Se establece un plan global de atención hospitalaria a niños con quemaduras superficiales, mediante el desarrollo de la vía clínica.
Con los estándares seleccionados podemos evaluar la atención y cuidados a estos pacientes fomentando la mejora continua.
Contacto: Elisa Villasevil Llanos
elivillasev@hotmail.com

P-111.- DISEÑO DE MEJORA DE UNA VÍA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS.
Giraldo P, Rubio-Martínez A, Esarte J, Lample C, Montañes MA, Recasens V.

Fundamento: Los síndromes linfoproliferativos (SLP) son procesos neoplásicos muy frecuentes. De elevada complejidad diagnóstica y terapéutica generan variabilidad en la práctica clínica. Durante el periodo que precede al diagnóstico definitivo y decisión terapéutica se produce gran angustia en pacientes y familiares. El diagnóstico complejo y multidisciplinar se sustenta en histología, marcadores inmunológicos, genéticos y moleculares. El circuito de derivación y culminación del diagnóstico normalmente consume 6-8 semanas.
Objetivos: Establecer una gestión unificada y dinámica para acortar el tiempo del proceso diagnóstico. Sistematizar las actuaciones en pocas y muy concretas, siguiendo guías preestablecidas. Tratamiento personalizado, en el contexto de protocolos acreditados, al menor tiempo y coste posible.
Métodos:1.-distribución de tríptico informativo en A Primaria y Especialidades conteniendo objetivos del programa, principales supuestos de derivación y circuito a seguir. 2.-formulario de recogida de datos unificado, como modelo de derivación. 3.-procedimientos normalizados de actuación en las sospechas de SLP para conseguir el diagnóstico en 15 días. 4.-aplicar protocolos terapéuticos adaptados al diagnóstico, en función de las comorbilidades particulares. Secuencia en los pacientes: 1.-información detallada de enfermedad, pronóstico y opciones terapéuticas 2.-recibida y comprendida la información, definir tratamiento y obtener el CI 3.-fijar fecha de 1er ciclo en régimen de Hospital de Día, entrega de: normas de funcionamiento, esquema de tratamiento con dosis, calendario y tratamiento domiciliario. 4.-información sobre las posibles complicaciones e instrucciones con lo que debe hacer si aparecen. Recursos humanos: un responsable de la vía clínica, dos hematólogos, un cirujano, un radiólogo y un anatomopatólogo, un médico de A Primaria y un especialista en salud mental. Recursos económicos: reducción de costes directos al normalizar el procedimiento diagnóstico, evitando duplicación de exploraciones y de costes indirectos al reducir demoras. Reuniones de coordinación: técnica quincenal con discusión de los casos nuevos, recaídas y refractariedades y asignación a los protocolos terapéuticos. Trimestral de coordinación con todo el equipo para detectar problemas, revisar normas, protocolos de actuación y funcionamiento del circuito. Indicadores: Número de consultas recibidas. Número de SLP diagnosticados. Tiempo: primera consulta-cirugía. Tiempo: primera consulta-primer ciclo de tratamiento.
Contacto: Pilar Giraldo Castellano
pgiraldo@salud.aragon.es

P-112.- PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO.
Portero MP, Bergua C, Ordóñez B, Latorre P, Lacambra I, Peleato A.

Objetivo: Elaboración de la Vía Clínica del cateterismo cardíaco programado (CCP) por el Equipo de Calidad del Servicio de Cardiología.
Metodología: Diferentes profesionales implicados en el cateterismo cardíaco (CC): personal de enfermería y personal médico, asesorados por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital, proceden a la elaboración de la Vía Clínica del CCP tomando como punto de partida un nuevo protocolo de cuidados para el mismo, adaptado para dicho fin. Este protocolo se puso en funcionamiento durante unos meses, se realizaron las correcciones oportunas y necesarias para su óptima realización y posteriormente se confeccionó la vía Clínica. Tras el visto bueno por la Comisión de Calidad se procede a su inclusión en la Historia Clínica de los pacientes que ingresan de forma programada para CC.
Resultados: La vía clínica se compone de 12 apartados que abarcan los procesos relacionados con el CC, desglosando las acciones concretas a realizar dentro de cada uno de ellos, para ello, se detalla el cronograma de eventos, desde la citación del paciente hasta el alta hospitalaria. Se describe la actividad administrativa necesaria para la citación, la actuación médica y los cuidados de enfermería previos, durante y posteriores al cateterismo, incluyendo también el papel del celador y del personal encargado del rasurado del paciente.
Se valora la información administrada al paciente y la firma del consentimiento informado.

Todos estos objetivos quedan registrados en un impreso ad hoc en el que se precisa además su cumplimiento por etapas.
Conclusiones: La elaboración de la vía clínica del CCP conlleva una serie de pasos previos hasta su puesta en marcha, estando implicados diferentes estamentos del servicio de cardiología. Nos describe el conjunto de procesos y personal implicados en el CCP y supone una manera detallada y objetiva de la evaluación de dicho procedimiento.
Contacto: M. Pilar Portero Pérez
pilipor@comz.org

P-113.- VÍA CLÍNICA DE CATARATA AMBULATORIA.
Gómez M, Menoyo R, Gallego M, Lillo P.

Introducción: Las vías clínicas ofrecen los mecanismos para revisar los procesos, prácticas, estándares y resultados de la asistencia sanitaria, resultando una mejora de la calidad de la asistencia y de los resultados para los pacientes. Su diseño y puesta en marcha es una oportunidad para revisar de forma crítica la práctica asistencial existente, introduciendo los cambios necesarios para adecuar dicha práctica a la evidencia científica actual.
Objetivo: Elaboración, implantación y evaluación de una vía clínica (VC) para la catarata ambulatoria, en el H. Virgen de la Luz de Cuenca.
Método: Diseño de los documentos de la VC mediante el consenso de todos los profesionales implicados en el proceso. Para ello se realizaron 4 reuniones en el segundo semestre del 2004. En las 2 primeras participaron los miembros de la Unidad de Calidad junto con la supervisora de planta y el responsable de calidad del Servicio de Oftalmología. En estas reuniones se realizó la revisión bibliográfica y el diseño del documento de la VC. En las 2 siguientes participó todo el Servicio y se definió definitivamente el documento. Los documentos que contiene la vía son los siguientes: matriz temporal, hoja de verificación de quirófano que contiene el protocolo de facoemulsificación, hoja de verificación de enfermería, hoja de verificación en consulta y encuesta de satisfacción a los pacientes e indicadores para la evaluación.
Resultados: Para llevar a cabo la evaluación se realizó un corte en la primera semana del mes de octubre. Población estudiada: 50 pacientes, muestra escogida: 20 pacientes.
Indicadores de cobertura: 20/20: 100%. Estándar >80%.
Indicador de satisfacción: 20/20:100%. estándar marcado >80%.
Cumplimentación hoja verificación quirófano: 13/20:65%. Estándar>80%.
Cumplimentación hoja verificación enfermería: 14/20:70%. Estándar>80%.
Indicador de efectos adversos: 0/20:0%. Estándar<5%.
Conclusiones: La VC constituye un excelente método en la mejora de calidad de los cuidados médicos, al asegurar una atención basada en la evidencia científica. Además es un instrumento que no sólo nos sirve para mejorar la calidad propiamente asistencial, sino también la calidad percibida por los enfermos.
En relación con nuestros resultados, debemos mejorar en el cumplimiento del registro de los datos en las hojas de verificación.
Contacto: Mar Gómez Santillana
marg@sescam.org

P-114.- SEGUIMIENTO DE LA VÍA CLÍNICA EN NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA INGRESADA. AÑOS 2001-2005.
Gómez M, Peirón MJ, Casado E, Peñas JM, Río M, Lillo P.

Objetivo: Desde el año 2001, la Unidad de Neumología del Hospital Virgen de la Luz, tiene implantada la vía clínica de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) o neumonía extrahospitalaria, que se aplica a los pacientes que ingresan en las camas de hospitalización de la Unidad con este diagnóstico y sin criterios de gravedad que modifiquen "a priori" la actitud terapéutica y el seguimiento del paciente.
El objetivo de este trabajo es evaluar la implantación de esta vía en estos 5 años.
Método: La evaluación de la vía se basa en los siguientes indicadores:
1.- Grado de cumplimiento de las estancias hospitalarias. Criterio: la duración de la estancia debe ajustarse a la planificada en la vía. Estándar >= 80%.
2.- Utilización de la medicación. Criterio: la medicación recibida debe ajustarse a la planificada en la vía. Estándar: 1.
3.- Satisfacción de los pacientes. Criterio: los pacientes deben estar satisfechos con la atención recibida. Estándar >=90%.
4.- Estudio de las variaciones: realización de pruebas complementarias según lo establecido en la vía. Estándar >=75%.
Resultados:
Periodo de estudio: 2001-2005.
Nº medio de pacientes incluidos: 9,8. Rango: 15-8.
Grado medio de cumplimiento de la estancia: 86%.
Grado medio de satisfacción de los pacientes: 91%.
Utilización de la medicación: 0,96.
Variaciones: 94%.
Conclusiones: El número de pacientes incluidos en la vía es escaso debido a que sólo se cumplimenta en pacientes asignados a la especialidad de Neumología.
En todos los indicadores se alcanzan los estándares marcados, lo que implica una correcta implantación de la vía.
La vía clínica en este proceso nos facilita disminuir su variabilidad y ayuda a la evaluación y monitorización sistemática de resultados clínicos, así como de satisfacción.
Contacto: Mar Gómez Santillana
marg@sescam.org

P-115.- VÍA CLÍNICA: PACIENTE CON ESPONDILOLISTESIS.
Gallegos J, Valencia J, Santaolaya M, Drake M, Sarmiento MA, Armengol B.

Introducción: La colaboración entre los diferentes Servicios y la Unidad de Calidad es fundamental para la mejora continua de la práctica clínica y una forma óptima de desarrollarla es diseñando e implantando una vía clínica.
Objetivos: Disminuir la variabilidad en la atención a los pacientes, minimizando retrasos y maximizando así la calidad asistencial. Mejorar la coordinación entre profesionales e incluir innovaciones según la práctica basada en la evidencia. Mejorar la calidad percibida e información a pacientes y familiares.
Metodología: El Servicio de Neurocirugía del Hospital "La Paz" elaboró un protocolo de actuación para cada día de estancia del paciente con espondilolistesis. En colaboración con la Unidad de Calidad de Medicina Preventiva, se diseñaron los documentos de la vía clínica. Se realizó un revisión a principios del 2006 de los documentos de la vía con vistas a su implantación.
Resultados: La vía clínica cuenta con el documento de la matriz, consentimientos informados (fijación dorsal posterior y fijación transarticular C1-C2), hoja de tratamiento y variaciones, encuesta de satisfacción del paciente y los indicadores-estándares de evaluación. Como documentos para familiares, incluye la matriz informativa y hoja de recomendaciones al alta.
Conclusiones: La implantación de la vía clínica del paciente con canal estrecho lumbar constituye una oportunidad de mejora. Con su elaboración, se han definido la secuencia, duración de las actividades y responsabilidad de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes. Además, incluye los documentos necesarios para que los pacientes conozcan en todo momento cómo se desarrollará el proceso asistencial.
Contacto: José Francisco Gallegos Braun
jose_fran79@hotmail.com

P-116.- VÍA CLÍNICA: PACIENTE CON CANAL ESTRECHO LUMBAR.
Gallegos J, Valencia J, Santaolaya M, Drake M, Sarmiento M, Armengol B.

Introducción: : La colaboración entre los diferentes Servicios y la Unidad de Calidad es fundamental para la mejora continua de la práctica clínica y una forma óptima de desarrollarla es diseñando e implantando una vía clínica.
Objetivos: Disminuir la variabilidad en la atención a los pacientes, minimizando retrasos y maximizando así la calidad asistencial. Mejorar la coordinación entre profesionales e incluir innovaciones según la práctica basada en la evidencia. Mejorar la calidad percibida e información a pacientes y familiares.
Metodología: El Servicio de Neurocirugía del Hospital "La Paz" elaboró un protocolo de actuación para cada día de estancia del paciente con

canal estrecho lumbar. En colaboración con la Unidad de Calidad de Medicina Preventiva, se diseñaron los documentos de la vía clínica. Se realizó un revisión a principios del 2006 de los documentos de la vía con vistas a su implantación.
Resultados: La vía clínica cuenta con el documento de la matriz, consentimiento informado, hoja de tratamiento y variaciones, encuesta de satisfacción del paciente y los indicadores-estándares de evaluación. Como documentos para familiares, incluye la matriz informativa y hoja de recomendaciones al alta.
Conclusiones: La implantación de la vía clínica del paciente con canal estrecho lumbar constituye una oportunidad de mejora. Con su elaboración, se han definido la secuencia, duración de las actividades y responsabilidad de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes. Además, incluye los documentos necesarios para que los pacientes conozcan en todo momento cómo se desarrollará el proceso asistencial.
Contacto: José Francisco Gallegos Braun
jose_fran79@hotmail.com

P-117.- EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE LA VÍA CLÍNICA DE PRÓTESIS DE CADERA TRAS 4 AÑOS DESDE SU IMPLANTACIÓN.
Martínez-Ochoa E, Fariñas-Álvarez C, García-Prieto L, Salazar-Muñoz M, Sáiz-Pérez C, Fernández-Díaz F.

Objetivo: analizar la evolución de los principales indicadores definidos en la vía clínica de prótesis de cadera tras cuatro años desde su implantación.
Métodos: La fecha de implantación de la vía de prótesis de cadera por el Servicio de Traumatología fue el 11 de Noviembre de 2001. El periodo de estudio comprende desde ese fecha hasta el 31 de diciembre de 2005. La evaluación de la vía es continua, ya que todos los pacientes incluidos en la vía se registran en una base de datos diseñada al efecto. Los datos globales de intervenciones se obtiene del sistema de información asistencial del hospital. La recogida de datos se realizó a través de una ficha "ad hoc" diseñada para seguimiento de la vía y de la encuesta de satisfacción que se administra a todos los pacientes. Para el análisis se han calculado indicadores específicos de efectividad (grado de adecuación de la estancia), seguridad (aparición de efectos adversos) y grado de satisfacción de los pacientes, así como a la valoración de las variaciones ocurridas.
Resultados: Desde su implantación, la vía se ha llevado a cabo en 564 pacientes, lo que supone una cobertura global de 69,4%, si bien ésta ha variado a lo largo del periodo: 85,2%, 61,8%, 52,6% y 83,1% desde 2002 hasta 2005. La estancia media ha disminuido de 9,6 (DE = 6,6) días en 2002 a 8,9 (DE = 3,6) en 2005, al mismo tiempo que disminuye la desviación estándar (las estancias extremas). La efectividad de la vía ha sido superior al 90% todos los años, variando entre el 92,9% en 2002 y el 90% en 2205. La seguridad ha ido descendiendo a lo largo del periodo: de 58,3% en 2002 a 27,9% en 2005. Respecto a la satisfacción de los pacientes, destaca el aumento de la tasa de respuesta (de 38,2% al inicio a 83,4% en 2005). Valorada de forma global mediante la pregunta de si recomendaría el hospital a algún familiar, la respuesta afirmativa fue del 84,6% el primer año, mientras que se sitúo por encima del 97% en el resto y ha sido del 100% en 2004.
Conclusiones: la implantación de la vía clínica ha permitido unificar los criterios de actuación en el proceso asistencial de la prótesis de cadera. Tras 4 años desde su implantación destaca la elevada satisfacción de los pacientes y la efectividad de la misma. Respecto a la seguridad, ha aumentado el número de incidencias registradas, sin embargo un análisis detallado de las mismas ha revelado que se deben en parte a un registro exhaustivo de las mismas, ya que en algunas ocasiones se repite la misma incidencia aparecida en días consecutivos.
Contacto: Mª Concepción Fariñas Álvarez
mfarinas@hsll.scsalud.es

P-118.- EVALUACIÓN CONTINUA DE LA VÍA CLÍNICA DE RTU VESICAL DESDE SU IMPLANTACIÓN: OPORTUNIDADES DE MEJORA.
Fariñas-Álvarez C, Martínez-Ochoa E, García-Lago A, de la Torre-Ovejero MT, Rojo-Pérez E, Alonso-Renero S.

Objetivo: analizar la evolución temporal de la vía clínica de RTU vesical evaluando su cobertura, efectividad, seguridad y satisfacción, para detectar oportunidades de mejora.
Métodos: La fecha de implantación de la vía de RTU vesical por el Servicio de Urología fue el 1 de enero de 2001. El periodo de estudio comprende desde ese fecha hasta el 31 de diciembre de 2005. La evaluación de la vía es continua, ya que todos los pacientes incluidos en la vía se registran en una base de datos diseñada al efecto. Los datos globales de intervenciones se obtienes del sistema de información asistencial del hospital. Para el análisis se han calculado indicadores específicos de efectividad (grado de adecuación de la estancia), seguridad (aparición de efectos adversos) y grado de satisfacción (a través de encuesta diseñada para ese fin), así como a la valoración de las variaciones ocurridas. Los documentos analizados han sido la hoja de variaciones y la encuesta de satisfacción.
Resultados: Desde su implantación, la vía se ha llevado a cabo en 362 pacientes, lo que supone una cobertura global de 71,2%. Los distintos indicadores han ido mejorando gracias a la evaluación continua y a distintas acciones de mejora implantadas. Así, tras una cobertura baja inicial, que descendió hasta el 50% en 2003, en los dos últimos años ésta ha aumentado hasta alcanzar el 85,4% en 2005. También ha aumentado a lo largo de estos cinco años la efectividad de la misma: del 70% en los primeros años al 84,1% en 2005. La estancia media ha disminuido de 5,8 (DE = 2,2) días en 2001 a 5,4 (DE = 1,5) en 2005. La aparición de efectos adversos se ha mantenido en torno al 25-30% durante el periodo analizado, siendo la seguridad del 32,9% en 2005. Finalmente la satisfacción de los pacientes se ha mantenido por encima del 90% los cinco años, siendo del 100% durante dos años consecutivos. En la encuesta de satisfacción la tasa de respuesta ha sido muy baja los 4 primeros años (inferior al 25%), sin embargo en 2005 ha sido del 68,2%. En cuanto a los resultados de la encuesta, en 2005 el 91,1% recomendaría el hospital a algún familiar y al 89,2% le ha parecido útil la información recibida.
Conclusiones: tanto los indicadores de cobertura y efectividad de la vía clínica, como la tasa de respuesta en la encuesta de satisfacción han aumentado a lo largo del periodo analizado. La evaluación de la vía se realiza de forma semestral y anual desde su implantación, lo que ha permitido detectar áreas de mejora en la vía sobre las que se han actuado.
Contacto: Mª Concepción Fariás Álvarez
mfarinas@hsll.scsalud.es

P-119.- VÍA CLÍNICA DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP).
Llorente-Parrado C, Froilán-Torres C, García-Caballero J.

Objetivos: incorporar la evidencia científica a la asistencia de los pacientes con GEP.
Adecuar la utilización de recursos y mejorar la información y capacitación de los enfermos y sus familiares en el cuidado de la sonda de gastrostomía.
Método: el diseño de la vía clínica fue realizado entre el Servicio de Digestivo y la Unidad de Calidad del H.U. la Paz. Mediante la revisión bibliográfica de la práctica basada en la evidencia y reuniones entre profesionales de ambos Servicios se realizaron los documentos que constituyen la vía.
Resultados: la vía clínica consta de algoritmo para solicitud de GEP; matriz científico-técnica donde se reflejan las actividades asistenciales, tratamientos, informaciones y criterios de actuación; hoja de tratamiento y cuidados; documento de consentimiento informado para la realización de GEP; encuesta de evaluación de la atención por el paciente y/o familiares; tríptico para el paciente con información sobre los cuidados de la sonda después del alta y documento de evaluación de la vía clínica con expresión de los estándares a alcanzar y de los indicadores para medir la atención realizada al enfermo con GEP.
Conclusiones: se presenta vía clínica del enfermo con GEP, que supone una mejora en los procesos asistenciales tanto instrumentales como informativos para promover la seguridad, satisfacción y eficiencia dentro de un programa de mejora del Servicio de Digestivo.
Contacto: César Llorente Parrado
fadinho2001@hotmail.com

P-120.- VÍA CLÍNICA DE HERNIA LUMBAR.
Santaolaya M, Gallegos JF, Valencia J, Sarmiento MA, Grande M, García-Caballero J.

Objetivos: Disminuir la variabilidad en el manejo de la hernia lumbar por parte de los profesionales.

Mejorar la calidad percibida y la información recibida por parte del paciente y familiares. Conseguir una disminución de la estancia media hospitalaria
Métodos:
1. Revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia científica
2. Reunión y coordinación del grupo por la Unidad de Calidad constituido por personal de los servicios de Neurocirugía y Medicina Preventiva, coordinadores de las reuniones.
3. Diseño de los documentos de la vía mediante consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso
4. Presentación de la VC en sesión clínica: información sobre su implantación y planificación de su evaluación.
5. Evaluación de la VC: análisis de cobertura, cumplimiento de la estancia hospitalaria, uso de analgesia y adecuación a lo prescrito en la vía, variaciones y adecuación de tolerancia, retirada de la vía y deambulación. Modificaciones si proceden.
Resultados: La VC consta de los siguientes documentos:
• Matriz temporal técnica, que desarrolla las actividades asistenciales previstas durante el ingreso y el personal sanitario encargado de ellas
• Hoja de tratamiento, que recoge de forma estructurada la secuencia de tratamientos administrados al paciente y las variaciones respecto a lo establecido en la VC.
• Indicadores y estándares de evaluación
• Matriz informativa para paciente/familia, adaptación de la matriz técnica
• Consentimiento Informado (CI) que informa sobre el procedimiento, sus riesgos, las alternativas existentes
• Recomendaciones al alta, que recoge los cuidados que el paciente debe seguir en casa y los síntomas y signos por los que debería acudir al médico
Conclusiones:
La implantación de una vía clínica para la gestión asistencial del 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
Contacto: María Santaolaya Cesterps
msantaolaya@hotmail.com

P-121.- VÍA CLÍNICA DE HERNIA DISCAL CERVICAL.
Santaolaya M, Gallegos JF, Valencia J, Sarmiento MA, Grande M, García-Caballero J.

Disminuir la variabilidad en el manejo de la hernia discal cervical por parte de los profesionales sanitarios.
Mejorar la calidad percibida y la información recibida por parte del paciente y su familia.
Conseguir una disminución de la estancia media hospitalaria
Métodos:
1. Revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia científica en la literatura
2. Reunión y coordinación del grupo por la Unidad de Calidad constituido por personal de los servicios de Neurocirugía y Medicina Preventiva, coordinadores de las reuniones.
3. Diseño de los documentos de la vía mediante consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso
4. Presentación de la VC en sesión clínica: información sobre su implantación y planificación de su evaluación.
5. Evaluación de la VC: análisis de cobertura, cumplimiento de la estancia hospitalaria, uso de analgesia y adecuación a lo prescrito en la vía, variaciones y adecuación de tolerancia, retirada de la vía y deambulación. Modificaciones si proceden.
Resultados: La VC consta de los siguientes documentos:
• Matriz temporal técnica, que desarrolla las actividades asistenciales previstas durante el ingreso hospitalario, relacionándolas con el personal sanitario encargado de ellas
• Hoja de tratamiento, que recoge de forma estructurada la secuencia de tratamientos administrados al paciente y las variaciones respecto a lo establecido en la VC.
• Indicadores y estándares de evaluación
• Matriz informativa para paciente/familia, adaptación de la matriz técnica
• Consentimiento Informado (CI) que informa al paciente sobre el procedimiento, sus riesgos y beneficios, las alternativas existentes y solicita su autorización para ser intervenido.
• Recomendaciones al alta, que recoge los cuidados que el paciente debe seguir en casa y los síntomas y signos por los que debería acudir al médico
Conclusiones:
La implantación de una vía clínica para la gestión asistencial del proceso es una oportunidad para la mejora en la coordinación del personal implicado, la estandarización de los cuidados, el control de los costes y la satisfacción del paciente
Contacto: María Santaolaya Cesterod
msantaolaya@hotmail.com

P-122.- VÍA CLÍNICA DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Sáez L, Riera L, Aranda B, García Caballero J.

Objetivos: organizar y homogeneizar la atención a todos los pacientes que se les va a intervenir para la colocación de una endoprótesis aórtica y a sus familiares, disminuyendo la variabilidad y sistematizando los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de educación sanitaria para capacitar a enfermos y/o familiares en los cuidados y atenciones de la vida diaria y mejorar la satisfacción de paciente y familiares.
Método: se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica seleccionando la mejor evidencia científica disponible sobre la atención a pacientes que se les va a colocar una endoprótesis aórtica. El equipo de trabajo estaba formado por profesionales de los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular y de Medicina Preventiva. Se diseñaron los documentos de la vía mediante consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso.
Resultados: la vía clínica consta de los siguientes documentos: matriz temporal científico-técnica órdenes de tratamientos médicos y cuidados de enfermería, información a pacientes y familiares con recomendaciones al alta, encuesta de satisfacción. Se establecen unos estándares a alcanzar en la atención al paciente intervenido de endoprótesis aórtica para promover la mejora continua asistencial.
Conclusiones: se establece un plan global de atención a los pacientes intervenidos de endoprótesis aórtica incorporando unas recomendaciones para paciente/familiares en los cuidados de la vida diaria tras el alta.
La vía clínica organiza la atención y cuidados que deben recibir los pacientes, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua.
Contacto: Elisa VIllasevil Llanos
elivillasev@hotmail.com

P-123.- VÍA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NEONATOS.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Cancela-Rivas G, Pérez J, García-Alix A, García-Caballero J.

Objetivos: organizar y homogeneizar la atención a los neonatos susceptibles de limitación del esfuerzo terapéutico y a sus familiares, disminuyendo la variabilidad y sistematizando los cuidados y atenciones, con el fin de mejorar la atención y el soporte del neonato y sus familiares.
Método: se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica seleccionando la mejor evidencia científica disponible sobre la atención a neonatos susceptibles de limitación del esfuerzo terapéutico. El equipo de trabajo estaba formado por profesionales de los Servicios de Neonatología y de Medicina Preventiva. Se diseñaron los documentos de la vía mediante consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso.
Resultados: la vía clínica consta de los siguientes documentos: hoja de información a los padres de limitación del esfuerzo terapéutico, matriz temporal científico-técnica con casillas de verificación, información a familiares y hoja de evaluación de la atención y cuidados recibidos. Se establecen unos estándares a alcanzar en la atención al neonato con limitación del esfuerzo terapéutico para promover la mejora continua asistencial.
Conclusiones: se establece un plan global de atención a los neonatos con limitación del esfuerzo terapéutico y a sus familiares, desde el

momento en que se deciden comenzar los cuidados paliativos hasta la fase final, en la que se ha producido el fallecimiento.
La vía clínica organiza la atención y cuidados que deben recibir los pacientes y familiares, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua.
Contacto: Elisa Villasevil Llanos
elivillasev@hotmail.com

P-124.- VÍA CLÍNICA "ATENCIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO".
Grande-Arnesto M, Valencia-Martín J, Ramírez-Prieto MT, Lores V, García-Río F, García-Caballero J.

Objetivo: establecer un plan global de atención para los pacientes con Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), coordinando las actividades asistenciales a realizar en los distintos niveles sanitarios: Atención Primaria y Especializada.
Método: se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica seleccionando la mejor evidencia científica disponible sobre la atención a pacientes con SAHS. El equipo de trabajo estaba formado por profesionales de los Servicios de Neumología y Medicina Preventiva. Se diseñaron los documentos de la vía mediante consenso entre los profesionales implicados en el proceso, incorporándose en esta fase profesionales de Neurofisiología y Atención Primaria.
Resultados: la vía clínica consta de un algoritmo diagnóstico; un algoritmo terapéutico; documentos de información al paciente: recomendaciones para higiene del sueño, información sobre pruebas diagnósticas y sobre tratamiento con CPAP; encuesta de satisfacción; consentimiento informado para el registro de datos y estándares de evaluación. Además se han realizado documentos protocolizados para la historia clínica tanto en el nivel de Atención Primaria como en el de Especializada y de derivación entre ambos niveles asistenciales.
Conclusiones: se ha organizado el continuum asistencial del paciente con SAHS optimizando los recursos y procesos asistenciales tanto en atención primaria como en especializada. Se han acordado los indicadores y estándares para el proceso de mejora continua.
Contacto: Marta Grande Arnesto
martabgrande@yahoo.es

P-125.- VÍA CLÍNICA "ATENCIÓN AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO".
Grande-Arnesto M, Valencia-Martín J, Martínez P, Parrilla P, Fuster A, García-Caballero J.

Objetivos: organizar y homogeneizar la atención de los pacientes con ictus, disminuyendo la variabilidad, sistematizando los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de educación sanitaria para capacitar a enfermos y/o familiares en los cuidados y atenciones de la vida diaria y mejorar la satisfacción de paciente y familiares.
Método: se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica seleccionando la mejor evidencia científica disponible sobre la atención a pacientes con ictus. El equipo de trabajo estaba formado por profesionales de los Servicios implicados, una trabajadora social, una enfermera de la Unidad de Calidad y por el S. de Medicina Preventiva. Se diseñaron los documentos de la vía mediante consenso entre todos los profesionales implicados en el proceso.
Resultados: la vía clínica consta de los siguientes documentos: matriz temporal científico-técnica, órdenes de tratamientos médicos y cuidados de enfermería, información a pacientes y familiares con recomendaciones al alta, encuesta de satisfacción. Se establecen unos estándares a alcanzar en la atención al paciente con ictus para promover la mejora continua asistencial.
Además se realizó un documento de pautas rehabilitadoras del ictus en fase aguda para personal de enfermería y auxiliares del Servicio de Neurología. Se adjuntan escalas de valoración clínica y protocolos de cuidados de enfermería. También consta de una unidad didáctica para capacitar a paciente/familiares en los cuidados de la vida diaria con un cuestionario de evaluación de conocimientos adquiridos.
Conclusiones: se establece un plan global de atención a los pacientes con ictus incorporando innovaciones como la unidad didáctica para la capacitación de paciente/familiares en los cuidados de la vida diaria y las pautas rehabilitadoras a seguir por los profesionales sanitarios.
La vía clínica organiza la atención y cuidados que deben recibir los pacientes, estableciendo los indicadores y estándares del proceso de mejora continua.
Contacto: Marta Grande Arnesto
martabgrande@yahoo.es

P-126.- VÍA CLÍNICA "ATENCIÓN AL PACIENTE CON NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO".
Grande-Arnesto M, Varela A, Gil-Luciano A, García-Sánchez-Girón J, Gil J, García-Caballero J.

Objetivos: organizar y sistematizar la atención y cuidados del paciente con neumotórax espontáneo primario y disminuir así la variabilidad asistencial entre profesionales;dar calidad (salud, bienestar y satisfacción) y promover la mejora continua en la atención a estos pacientes.
Método: revisión de la práctica basada en la evidencia sobre la atención a pacientes con neumotórax espontáneo primario y selección de la mejor evidencia disponible. Basándose en ella se han desarrollado los documentos de la vía clínica, entre profesionales del Servicio de Cirugía Torácica y la Unidad de Calidad.
Resultados: vía clínica que consta de los siguientes documentos: matriz científico-técnica donde se reflejan las actividades asistenciales, tratamiento y cuidados, pautas de información y objetivos de cada fase; información para el paciente y /o familiares, adaptación de la matriz científico-técnica para el paciente, junto con las recomendaciones al alta en el reverso; órdenes de tratamiento y cuidados durante la estancia hospitalaria; consentimiento informado para la intervención; encuesta de satisfacción para el paciente y los familiares; indicadores y estándares de evaluación de la vía clínica.
Conclusiones: mediante la vía clínica se organiza la atención a los pacientes con neumotórax espontáneo primario, estableciendo un plan global de atención y un proceso de mejora continua mediante la evaluación a través de indicadores y estándares.
Contacto: Marta Grande Arnesto
martabgrande@yahoo.es

P-127.- EVALUACIÓN CALIDAD INFORME DE ALTA: COMPARACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.
del Baño L, Rodríguez L, Amores A, Lopez R, Plaza J, Carrillo A.

Introducción: El informe de alta es un documento de gran importancia en el que debe constar la información más relevante sobre la estancia hospitalaria de un paciente. El objetivo de este trabajo es determinar si existen diferencias entre Servicios en cuanto a la cumplimentación del informe de alta
Métodos: Se evalúa una muestra aleatoria, con un nivel de precisión de 5 % , los informes de alta de los servicios hospitalarios, comprendidos en el periodo entre Enero y Abril del año 2004. La evaluación de la calidad del informe de alta se realiza analizando 22 criterios(C1: Informe escrito a maquina , C2: nombre y apellidos del paciente, C3: edad o fecha de nacimiento del paciente, C4: Nº de historia, C5: nombre y primer apellido del médico, C6: Nº colegiado, C7: firma, C8: Servicio o Unidad, C9: nombre del Hospital, C10: fecha de ingreso, C11: fecha de alta, C12: motivo de ingreso, C13: tipo de alta, C14: antecedentes personales, C15: enfermedad actual, C16: exploración física, C17: exploraciones complementarias, C18: evolución, C19: diagnóstico principal, C20: diagnósticos secundarios, C21: procedimientos, C22: recomendaciones terapéuticas).
Los datos se expresan en tanto por ciento y las comparaciones han sido realizadas mediante test exacto de Fisher o X_ de Pearson.
Resultados : Durante el periodo evaluado se dan 4.900 altas , según el tamaño muestral establecido se evalúan 1446 informes correspondientes a los siguientes Servicios : Cardiología (157), Cirugía General (179), Digestivo (81), Oncohematología (123), Infecciosas (150), Medicina Interna (205), UCI (23), Neumología (120), Neurología (110), Oftalmología (34), Otorrinolaringología (62), Traumatología (92), Urología (77) Otros (33).
Los criterios mas incumplidos son:
C1 con un máximo de incumplimiento en Oftalmología (94,1%) y un mínimo en UCI, Neumología e Infecciosas (0%) ($p<0.001$)
C5, máximo Oftalmología (55,9%), mínimo en UCI y MI (0%),($p<0.001$).

C8, máximo Oftalmología (52,9%), mínimo UCI y Neumología (0%), (p<0.001)
C13, máximo Oftalmología (50%) , mínimo UCI(0%), (p<0.001)
C14 máximo Oftalmología (82,4%), mínimo UCI, MI, Infecciosas (0%)(p<0.001)
C16 máximo Oftalmología (79,4%), mínimo UCI, infecciosas (0%), (p<0.001)
C17 máximo Oftalmología 88,2%), mínimo UCI (0%) (p<0.001)
C20 máximo Oftalmología (85,3%), mínimo UCI (0%)(p<0.001)
Conclusiones: Existe gran variabilidad en cuanto a la cumplimentación del informe de alta entre los diferentes Servicios.

Contacto: Mª Dolores del Baño Aledo
mariad.delbano@carm.es

P-128.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA: DIFERENCIAS ENTRE SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.

del Baño L, Rodríguez L, Martínez C, Barrio M, Paños E, Carrillo A.

Introducción: El informe de alta es un documento de gran importancia en el que debe constar la información más relevante sobre la estancia hospitalaria de un paciente. El objetivo de este trabajo es determinar si existen diferencias entre Servicios médicos y quirúrgicos en cuanto a la cumplimentación del informe de alta
Métodos: Se evalúa una muestra aleatoria, con un nivel de precisión de 5 % , de los informes de alta de los servicios hospitalarios, comprendidos en el periodo entre Enero y Abril del año 2004.
La evaluación de la calidad del informe de alta se realiza analizando 22 criterios(C1: Informe escrito a maquina , C2: nombre y apellidos del paciente, C3: edad o fecha de nacimiento del paciente, C4: Nº de historia, C5: nombre y primer apellido del médico, C6: Nº colegiado, C7: firma, C8: Servicio o Unidad, C9: nombre del Hospital, C10: fecha de ingreso, C11: fecha de alta, C12: motivo de ingreso, C13: tipo de alta, C14: antecedentes personales, C15: enfermedad actual, C16: exploración física, C17: exploraciones complementarias, C18: evolución, C19:diagnostico principal, C20: diagnósticos secundarios, C21: procedimientos, C22:recomendaciones terapéuticas).
Los datos se expresan en tanto por ciento y las comparaciones han sido realizadas mediante test exacto de Fisher o X_ de Pearson.
Resultados: Durante el periodo evaluado se dan 4.900 altas, según el tamaño muestral establecido se evalúan 1446 informes:
Servicios médicos (M) 991(cardiología 157, digestivo 81, oncohematología 123, infecciosas 150, MI 205, UCI 23, neumología 120, neurología 110, endocrino 15, reuma 7)
Servicios quirúrgicos (Q) 455(Oftalmología 34, ORL62, Trauma 92, Urología 77, Cirugía general 179, dermatología 1, ginecología 10)
Los incumplimientos de los Servicios quirúrgicos suman 975 (59,52%) y 663(40,47%) en los Servicios médicos (p<0.001).
Las mayores diferencias existen en los criterios:
C1 (Q 19,1%, M 1,4%; p<0.001)
C5 (Q 13,8%, M6, 6%; p<0.001)
C8 (Q 11,9%, M 2,7%; p<0.001)
C13 (Q 15,8%, M 8,7%; p<0.001)
C14 (Q 11,0%, M 4,1%, p<0.001)
C16 (Q 28,1%, M 6,0%; p<0.001)
C17 (Q 28,6%, M 3,8%; p<0.001)
C20 (Q 22,2%, M 2,9%; p < 0.001)
Conclusión: Respecto a la mayoría de los criterios existe mayor grado de incumplimiento en los Servicios quirúrgicos con respecto a los médicos.

Contacto: Mª Dolores del Baño Aledo
mariad.delbano@carm.es

P-129.- CALIDAD DEL REGISTRO DE Enfermería EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CHUA. ADECUACIÓN DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS.

Ortega-Domínguez E, Vizcaíno-Ibañez MJ, Lajara-Almendros JM.

1.- * Calcular el numero de accesos venosos periféricos canalizados de forma inadecuada.
* Determinar la cumplimentación de los registros de enfermería.
2.- Mediante un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. El estudio se realizo durante el mes de marzo de 2006. El tamaño de la muestra fue de 70.000 pacientes. Con una frecuencia esperada del 27% y un peor aceptable del 30%, cogiendo un nivel de confianza del 95% nos resulta un tamaño de la muestra de 831 pacientes, que estudiaremos en 10 días del mes de marzo escogidas aleatoriamente, para ello hemos confeccionado una hoja de registro con la variables imprescindibles que consideramos que deben quedar reflejadas.
3.- Del estudio realizado se pueden sacar las siguientes conclusiones, tomando como referencia un total de 890 pacientes: un 20,67% no contaban con datos, esto es, carecían de hoja de enfermería o el paciente no contesta a la llamada. Salvo un 2% el resto de las hojas estaban bien identificadas. Las constantes (tensión arterial y temperatura) se recogen siempre en más de un 92%. Con respecto a la medicación, se le administró al 63% de los pacientes, siendo lo más reseñable la incompleta escritura de la dosis, ya que más del 50% del total de la medicación no estaba bien prescrita. La vía más usada es la intravenosa, por la cual se la administró a más del 65% del total algún tipo de medicamento. A un total del 90.5% se le sacó una analítica, quedando reflejada la pegatina del laboratorio que se usa como resguardo en más del 95%. Un dato reseñable es que tan solo un 5.24% de los facultativos no firma la hoja, mientras que un 26.62% el personal de enfermería no firma la que es su hoja.
Se realizaron un total de 440 accesos venosos, lo que supone un 62.32% del total de datos que manejamos, de los cuales eran inadecuados 138, lo que supone un porcentaje del 31.36%.
4.- Sacamos varias conclusiones: los resultados son los que esperábamos, ya que se canalizan muchos accesos venosos innecesarios. Dentro de los registros de enfermería, destacar que quien menos firma su trabajo es el personal de enfermería, aun siendo la hoja de registro propia. También destacar que se pierden un importante número de registros, con lo que ese trabajo no queda reflejado. Y por último, reseñar la necesidad de realizar un nuevo formato de registro, ya que hemos observado que la ausencia de algunos datos puede ser debida a que existe poco espacio para reflejar esos datos.

Contacto: Enrique Ortega Domínguez
Kike_enfermero@hotmail.com

P-130.- ¿SIRVE PARA ALGO EL LIBRO DE REGISTRO DE URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD?.

Ballesteros JA, Martínez A, Pepiol R, Harkous A, Romera J, García MV.

Objetivos: Conocer el grado de cumplimentación de las variables recogidas en los libros de registro de Actividad de Urgencias en Atención Primaria.
Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo.
Se revisaron los libros de registro de actividad de urgencias de 9 zonas básicas, y se recogieron las características sociodemográficas y clínicas de todos los pacientes atendidos durante el año 2005, en total 21 variables.
Resultados: Se atendieron 65.621 pacientes; el 24,1% pertenece a la zona urbana; un 49,2% eran mujeres; la media de edad fue de 37,81±28,74 años; el 37,5% de la población fue vista entre los meses de diciembre y marzo; el 90% de las consultas fueron atendidas en el centro de salud; y el motivo más frecuente de consulta fue el relacionado con síntomas inespecíficos (33,17%), seguido de los relacionados con la patología respiratoria (15,6%), digestiva (11,9%) y osteoarticular (10,7%).
Las variables sexo, edad, fecha, tipo y motivo de consulta se recogen casi sistemáticamente con niveles de registro de 98%, 95%, 100%, 96,7% y 91,9% respectivamente.
El tiempo de resolución medio es de 9,21 minutos aunque esta variable no se registró en el 31% de los casos.
La hora de atención no está reflejada en un 28,4%. Respecto de quien realiza la atención si el médico, la enfermera o ambos, en el 32,2% no está registrado.
En el 30,6% y en el 30,8% de los casos no se registra si se hicieron para el diagnóstico analíticas u otras exploraciones complementarias.
En el 86,2% no se recoge a dónde se derivó el paciente, por lo que el alto porcentaje de derivación al hospital (29,4%) es de difícil interpretación.
No se registró si se habían utilizado fármacos en el 21,8% de los pacientes, y en los que sí se recogió este dato, en el 53,4% no se identificó el tipo de fármaco.
Conclusiones: Sólo se recogen aceptablemente las variables sociodemográficas y las relacionadas con el tipo y motivo de consulta.
Variables tan importantes en la atención a urgencias como la derivación, y las intervenciones y tratamientos realizados tienen un elevado nivel de infrarregistro.

Nos proponemos hacer un estudio pormenorizado de todos centros de salud para intervenir de forma específica sobre aquellos en los que el infrarregistro sea más importante, y trasmitir estos resultados a todos profesionales como paso inicial para iniciar un ciclo de mejora de la calidad.
La informatización de los Centros de Salud nos permitirá monitorizar el nivel de registro de la atención en urgencias en el futuro.
Contacto: José Antonio Ballesteros Cavero
jaballesteros@sescam.jccm.es

P-131.- CONSTANCIA DOCUMENTAL DEL PROTOCOLO DE AISLAMIENTO PARA GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN CONTROLES DE ENFERMERÍA.
Martínez-Terol F, Gallego-Contreras C, Ferrer-Romero A, Díaz-Villaescusa MJ.

Objetivo: Verificación de la presencia del protocolo de aislamiento en la carpeta de protocolos de los controles de enfermería en los dos hospitales del Complejo Hospitalario.
Métodos: Desde el año 1994 existe en nuestro Complejo Hospitalario un programa de aislamiento de gérmenes multirresistentes y una guia de aislamientos aprobada por la Comisión de Infecciones. El primer hospital tiene 550 camas y se realiza vigilancia activa de la infección nosocomial. El segundo hospital tiene 157 camas y la vigilancia activa se suple por cuatro visitas mensuales y la comunicación telefónica de nuevos casos. Considerando la presencia del protocolo como indicador indirecto del conocimiento del programa se evalúan los dos hospitales que forman parte del complejo Hospitalario por medio de una visita de campo a todos los controles de enfermería y búsqueda directa del protocolo en la carpeta de protocolos de enfermería o entre la documentación existente. Se aprovechó la intervención para entregar el protocolo en aquellos controles en los que éste no se encontró. Se expresan los resultados como distribuciones de frecuencias y se utiliza el test de comparación de porcentajes.
Resultados: En el primer hospital, de 157 camas, se realizaron 8 visitas encontrándose en un 14% la documentación. En el segundo hospital, de 550 camas, se realizaron 16 visitas encontrándose en un 50% la documentación. Se aprecian diferencias en el número de años en activo como supervisora y la presencia de la documentación.
Conclusiones: Revisar de forma periódica la disponibilidad de los protocolos en los controles de enfermería constituye en su misma una actividad de difusión del protocolo sencilla y de bajo coste..La diferencia de resultados entre los dos hospitales puede ser explicable por la diferencias en cuanto al procedimiento de vigilancia. La formación continua es una estrategia obligada por la gran rotación del personal sanitario.
Contacto: Francisca Martínez Terol
mlizan@sescam.org

P-132.- REEVALUACIÓN DIARIA DE ENFERMERÍA: ASPECTOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS.
Gallardo-González M, Casas-Gudel MJ, Batsums M, Leiva M, Mas I, Barcia-Vieites D.

Introducción: cuando Centro Médico Teknon entró en un proceso de acreditación externa de la calidad (JCIA), se creó la necesidad de reestructurar los registros de enfermería para dar cabida a los aspectos no sólo cuantitativos, sino también cualitativos de la atención.. En una primera fase se modificó la evaluación del paciente al ingreso creando un registro específico. En una segunda fase se ha diseñado el registro diario de enfermería.
Objetivos:
- Elaboración de un único instrumento de valoración diaria de enfermería que incorpore, además de los parámetros cuantitativos habituales, los aspectos cualitativos de la asistencia.
- Mejorar la calidad de la evaluación diaria de enfermería.
- Facilitar la reevaluación diaria de los riesgos del paciente.
Método: A partir de un grupo de mejora formado por enfermeras gestoras se elaboró el nuevo documento llamado Hoja de Trabajo Diaria. Los aspectos más novedosos que incluye son:
- Registro diario de los pacientes no candidatos a RCP.
- Existencia de documento de Voluntades Anticipadas
- Reevaluación cada 24 horas de los riesgos: UPP, funcional, nutricional y riesgo de caídas.
- Espacio específico para el registro del dolor: escala de valoración, localización y tipo de dolor.
- Apartado reservado a la venoclisis en el que consta: inserción, planificación del próximo cambio, retirada y motivo de la misma.
- Registro de la oxigenoterapia, así como valoración del paciente con traqueostomía.
- Registro del estado de la herida quirúrgica.
- Valoración exhaustiva de los pacientes sometidos a sujeciones mecánicas: estado de la piel, satisfacción de necesidades, reevaluación diaria de la continuidad de la inmovilización y estado de las sujeciones.
- Cuidados relacionados con la atención a los valores y creencias
- Apartado específico que permite el registro de la educación dada al paciente.
- Espacio reservado a la atención adaptada en caso de anciano frágil y presencia de síndrome confusional agudo.
Conclusiones:
- El registro creado para la reevaluación diaria del paciente constituye una herramienta facilitadora de la valoración de las manifestaciones de salud tanto cuantitativas como cualitativas.
- Ayuda a planificar mejor los cuidados de enfermería.
- Permite actuar de forma precoz ante la detección de riesgos y fomentar la seguridad de los pacientes.
- Debemos mejorar el acceso de otros profesionales a la información que aporta el nuevo registro.
Contacto: Mónica Gallardo González
agallart@cmteknon.com

P-133.- ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NIVEL DE CUIDADOS DESCRITO EN LOS REGISTROS ENFERMEROS.
Fernández-Iniesto AB, Villodre-López E, Guijarro Y, Barbas-Medina J, Villena-Ugarte E.

Justificación: El incremento de las cargas de trabajo enfermero en las unidades de Hospitalización, así como la disminución de los tiempos de estancia de los pacientes, genera en ocasiones unos registros enfermeros que no corresponden a la realidad de los cuidados que precisan los pacientes.
Objetivos:
• Conocer el grado de concordancia de los registros enfermeros con las necesidades reales del nivel de cuidados que el paciente precisa.
• Adecuación del nivel de cuidados que se está prestando a los pacientes de una unidad de Medicina Interna.
•Evaluar el nivel de autocuidados que se asume en la unidad.
Material y método: Se ha realizado el estudio en una unidad de hospitalización de medicina Interna. La unidad consta de 29 camas. El año 2005 tuvo 413 ingresos, estancia media 7,95 días, índice de ocupación 94, 34%.
Se han revisado 100 pacientes.
Realizando una evaluación de los cuidados de enfermería que precisa cada paciente, se recogen datos de los cuidados que se esta aplicando, se recogen de los registros enfermeros los cuidados descritos que precisa el paciente. Se ha realizado un análisis comparativo.
Se hizo la valoración del paciente en base al Modelo de Virginia Henderson . Se valoran las 14 necesidades y los factores que modifican las necesidades. Se completa la valoración utilizando escalas de Valoración de Riesgo
Posteriormente se establece un grupo de mejora que planifique las intervenciones oportunas.
Resultados: En la actualidad el trabajo está en el proceso de análisis de los datos obtenidos. No obstante se observan discrepancias significativas y áreas de mejora claramente definidas.
Conclusiones: La calidad de los registros enfermeros es una importante herramienta de trabajo para poder detectar áreas de mejora y evaluar cargas de trabajo.
La valoración correcta del nivel de dependencia de un paciente y una aplicación adecuada de los cuidados necesarios fomenta la autonomía del paciente y familia, reduce la estancia hospitalaria, aumenta la satisfacción de los profesionales así como la calidad percibida por el paciente.
Contacto: Ana Belén Fernández Iniesto
tabana27@yahoo.es

P-134.- CMBD COMO FUENTE DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO).

Fernández de Larrea N, Hernández S, Bravo MP, Bravo P, del Amo R, Martín JF.

Introducción: El sistema de EDO forma parte de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CAM). Entre los objetivos de la Red está detectar cambios en los patrones epidemiológicos y estudiar tendencias a largo plazo. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) como fuente de información de morbilidad hospitalaria puede complementar la notificación de EDO.
Objetivos:
1.- Describir las características de episodios de pacientes ingresados con EDO en el año 2004 en el Hospital.
2.- Comparar el número de casos detectados a través del CMBD y los notificados a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de área de la CAM.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: un área sanitaria de la CAM. Unidad de estudio: episodios de ingreso hospitalario con diagnóstico principal o secundario de EDO en el CMBD del año 2004. Selección de los códigos CIE-9-MC correspondientes a las EDO de la CAM, excepto tuberculosis. Identificación de casos en la base de datos del CMBD, análisis descriptivo y comparación con datos del Boletín Epidemiológico de la CAM. Análisis estadístico: SPSS v.11 y analizador de case-mix 3M EC.
Resultados: Los episodios de pacientes con EDO fueron 282 (0,52% de las altas). Las más frecuentes: varicela (28%), enf. invasiva por H. influenzae (10,3%), hepatitis (9,6%), meningitis víricas (8,2%) y legionelosis (7,4%). El 56% fueron hombres y el 44% mujeres. La mediana de edad fue 14 años (P25: 1; P75:49). El 50,7% de pacientes estuvieron ingresados en Hospital Infantil, 45% en el General y 4,3% en Traumatología. La mediana de estancia fue 8 días (P25:4; P75:14). El ingreso fue urgente en 90,8% y el tipo de alta, a domicilio en 99,1%, éxitus 6% y traslados 2,5%.
En las EDO que presumiblemente requieren atención hospitalaria las diferencias fueron: 9 episodios de enf. meningocócica, 29 de H. influenzae, 20 de meningitis bacteriana, 23 de meningitis vírica, 21 de legionelosis y 6 de paludismo en CMBD, frente a 7, 0, 8, 18, 3 y 1 casos en EDO.
Conclusiones: Las diferencias entre la información del sistema EDO y los datos de este estudio sugieren infranotificación, si bien la comparación de ambas fuentes está sujeta a limitaciones, principalmente debidas a la diferente metodología que utilizan.
El CMBD, aunque no sustituye la notificación personal por el médico en el momento del diagnóstico, imprescindible para la implantación de medidas de control, puede ser útil para mejorar la calidad de la información disponible sobre estas enfermedades.
Contacto: Nerea Fernández de Larrea Baz
nereaflb@yahoo.es

P-135.- EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS IMPRESOS DE SOLICITUD EN EL LABORATORIO DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

Mendoza C, Tejada A, Sanz L, Varela B, Martínez I, Eguileor M.

Objetivos: La identificación inadecuada de volante y/o muestra es el motivo más frecuente de rechazo en el laboratorio de 24 horas. Este problema incide directamente en los requisitos de calidad del Sistema de Gestión del laboratorio. Mejorar la cumplimentación de los volantes exige un esfuerzo para localizar el problema y diseñar estrategias de concienciación entre los facultativos que solicitan las determinaciones. En el presente trabajo se pretende identificar y cuantificar el grado de cumplimentación de los volantes, clasificados por origen y turno de trabajo.
Métodos: Se crea un grupo de trabajo formado por cinco TEL y dos facultativos del laboratorio. Se recogen todos los volantes recibidos en una semana registrándose "Fecha de solicitud", "Número de colegiado" y "Diagnóstico". Los datos se agruparon por Servicio solicitante y Turno de trabajo. Se calcularon los porcentajes de falta de cumplimentación.
Resultados: Se recibieron un total de 1386 volantes (media de 277 diarios). De ellos 355 (25,6%) volantes estaban incompletos.: Faltaba un campo en 171 (48,2%) ; dos campos en 71 (20%) ; y los tres campos en 113 (31,8%). El diagnóstico faltaba en 288 (81,1%), la fecha de solicitud en 257 (72,4%) y el colegiado en 179 (50,4%). Por orígenes, 832 (60%) procedían del Servicio de Urgencias y 525 (38%) de Hospitalización. El Servicio de Ginecología y Obstetricia era el que más volantes incompletos remitió (51,4%). El mayor grado de cumplimentación lo alcanzó el Servicio de Urgencias de Pediatría (100%). En el turno de mañana se recibieron 631 volantes, de los que 153 (24,3%) estaban incompletos ; en el turno de tarde se recogieron 438 volantes, de los que 117 (26,7%) no estaban completos; y 317 lo fueron en el turno de noche, con 85 (26,8%) incompletos.
Conclusiones:
1. El grado de cumplimentación de los volantes no es satisfactorio: en uno de cada cuatro volantes falta el diagnóstico, el número de colegiado o la fecha de solicitud, y en uno de cada tres faltan todos los campos analizados.
2. Hay una gran variabilidad en la cumplimentación de los volantes entre los Servicios solicitantes. Las herramientas informáticas, con campos de cumplimentación obligatorios, minimizarían este problema.
3. No se evidencia variabilidad de cumplimentación por turno de trabajo.
4. La focalización del problema en unos pocos Servicios permitirá diseñar estrategias eficaces para disminuirlo.
Contacto: Francisco Javier Aguayo Gredilla
pxaguayo@hbas.osakidetza.net

P-136.- EL VOLANTE DE PETICIÓN EN LOS TIEMPOS DE LA INFORMÁTICA.

Omeñaca M, Egido P, Revillo MJ, Grupo de Mejora de la Calidad

Introducción: El volante de petición y el informe de resultados son los dos documentos de relación directa con nuestro cliente.
Hace unos años en algunos servicios de microbiología se aunaban ambos, poniendo en una misma planilla los datos demográficos, la solicitud realizada, la identificación de los gérmenes y su antibiotipo. Las copias autocalcables resolvían el almacenamiento de los registros de resultados.La informática y los sistemas automatizados llevan a modificar en profundidad estos documentos.
Objetivos: Diseño de un volante de petición que:
Sea un volante multimuestra
Facilite a los clínicos su cumplimentación
Evite errores de interpretación de solicitudes
Contenga los datos demográficos y clínicos mas relevantes
Material y métodos
- Se revisaron los volantes de petición de otros servicios de laboratorio del hospital
- Sobre el formato general se valoraron los datos demográficos que había que mantener
- Se estudiaron en nuestro sistema informático las muestras mas frecuentes en los últimos años
- Se consultó la cartera de servicios para adecuar el petitorio
Resultados:
Se diseñaron dos volantes según el modelo de otros laboratorios:
1- Cultivos; 2-Serología
En los volantes se mantuvieron los datos demográficos, la identificación del facultativo (nombre y código de nº de colegiado), las indicaciones para cumplimentar el volante y las cuadriculas para pactar perfiles específicos. Se añadió texto libre para indicar características clínicas relevantes del paciente. En el dorso se especificaron las instrucciones para toma de las muestras y criterios de rechazo.
En el volante de cultivos se estructuraron 6 columnas: En la primera las muestras mas frecuentes ordenadas por aparatos y sistemas, en las 5 siguientes se reflejaba la petición de bacterias, hongos, micobacterias, parásitos y virus.
En el volante de serología se dispusieron dos partes:
Solicitud por perfil: Comprende los 26 conjuntos de determinaciones mas frecuentes
Solicitud por prueba comprende las determinaciones contenidas en nuestra cartera de servicio indicando en el caso de los virus si se pretende comprobar el estado inmunitario o diagnosticar un síndrome.
En la actualidad se está presentando el volante en los servicios y recogiendo las sugerencias
Conclusiones: La ausencia de datos esenciales manuscritos minimiza los errores.
Facilita la interpretación por parte del personal administrativo
Publicita nuestra cartera de servicios
Los clínicos han recibido el cambio de petitorio con satisfacción
Contacto: Pilar Egido Lizán
pegido@salud.aragon.es

P-137.- ¿ES ÚTIL LA AUDITORÍA TRADICIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS? ¿HAY OTROS MÉTODOS?.

Calvente MJ, Jiménez AB, Sanchidrian C, Granado S, Bellón JM, Chacón A.

Objetivos: 1) Evaluar la adecuación de la documentación de la HC en un hospital conforme a la legislación vigente y a las normas hospitalarias 2) Comparación con una serie histórica, 3) Detección de oportunidades de mejora y estrategias de intervención.
Material y Métodos:
Diseño: Estudio descriptivo de la calidad de la documentación clínica correspondiente a pacientes hospitalizados en un hospital terciario.
Población de estudio: Pacientes ingresados en el hospital durante 2005.
Recogida de datos: Se realizó en el último trimestre de 2005 mediante una muestra de historias pertenecientes a enfermos dados de alta durante el mes de Abril, revisándose 494 historias clínicas de los 9 Departamentos. Se han comparado los resultados obtenidos con el histórico.
Resultados: Los resultados obtenidos son similares a años anteriores. El informe de alta está presente en el 99.4%, y las órdenes de tratamiento en un 83.5%. Se rescribió el tratamiento 2.15 veces (DS = 4.31) y se revisó el tratamiento 4.78 veces (DS = 8.72), las recomendaciones de enfermería al alta se precisa en un 12.8% de las historias y sólo lo presentan el 77.8% de ellas y el consentimiento informado, necesario en el 62.35% de los episodios revisados, sólo se halló en el 79.5 % de los casos. En el informe de alta, destaca la escasa presencia de la fecha de alta (81.9%), resumen de anamnesis/exploración (82,0%), resumen de actividades asistenciales/pruebas (83,8%), posología si tratamiento farmacológico (86.3%) y duración del tratamiento (29.0%). Respecto a las evaluación de las recomendaciones de enfermería al alta, las alergias sólo están recogidas en el 61.2% y la identificación de la enfermera en el 34.7% de los casos. En la valoración del CI destaca la baja presencia de los riesgos personalizados por escrito (36.8%) y la posibilidad de revocación (36.3%).
Conclusiones: Con el método tradicional de auditoría y la difusión de informes, en 10 años no se han modificado los resultados significativamente, por lo que, identificadas oportunidades de mejora, creemos necesaria la intervención en diferentes aspectos: 1) concienciación de la importancia de una correcta cumplimentación de la HC por parte de los profesionales sanitarios incidiendo en la formación de los residentes sobre el adecuado uso y cumplimentación de la misma ; 2) se debe estudiar la percepción de la calidad del informe de alta de los profesionales de AP; 3) se deben conocer las actitudes de los facultativos responsables de rellenar el CI para mejorar la cumplimentación.
Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

P-138.- CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE PACIENTES INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Pérez-Martínez MJ, Fernández-Pello C, Berlanga-Cañada R, Requena-Ferrer RM, López-Arias E, Muñoz-Ureña AM.

Objetivos: Mejorar la calidad en los registros de cartera de servicios de atención primaria,REVISIONES PERIÓDICAS DEL NIÑO SANO, tras la puesta en marcha de un programa informático: EXPLOTACIÓN DE DATOS EN OMI-AP.
Métodos:
CICLO DE MEJORA: El trabajo realizado en consulta diaria debe quedar reflejado en el programa informático.UNIDADES DE ESTUDIO:Receptores del Servicio: Pacientes adscritos al Centro de Salud la Manga, incluidos en cartera de Servicios de Pediatría Proveedores: Personal Sanitario y no Sanitario del E.A.P. Periodo Proceso Evaluativo: 01/10/2004-30/09/2005 DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-Técnica. FUENTES DE DATOS: Sistema de información para Explotación de Datos en OM-AP.TIPOS DE EVALUACIÓN: Iniciativa: INTERNA-EXTERNA Acción temporal: RETROSPECTIVA
CRITERIOS: 1: Porcentaje de la población que cumple 2 años en el periodo en que se evalúa con al menos, una determinación de peso y talla. 2: Porcentaje de la población que cumple 5 años con una determinación de peso y talla en el intervalo comprendido entre los 2 y 5 años de edad. 3: Porcentaje de la población que cumple 14 años con una determinación de peso y talla en el intervalo comprendido entre los 6 y los 14 años de edad. 4: Porcentaje de la población que cumple 1 año en la que consta determinación del test de metabolopatías entre 5º y 8º día de vida. 5: Porcentaje de niños que cumple 1 año con una somatometría completa en los últimos 3 meses. 6: Porcentaje de la población que cumple 2 años con realización del test de Denver durante los últimos 6 meses. 7: Porcentaje de la población que cumple 3 años con realización del test de Hirschberg o Cover/UNcover en los últimos 12 meses. 8: Porcentaje de la población que cumple 5 años con registro de la identificación de anomalías del desarrollo psicomotor mediante test de DENVER o similar.
Resultados:
Grado de Cumplimiento por Criterios: 1:88,4±5,3% 2:83,1±8,7% 3:68,6±12,7% 4:2,9±4% 5:0%. 6:39,4±11,4% 7:46,9±12,2% 8:2,2±2,4%. Tras medidas correctoras obtenemos las siguientes mejoras: ABSOLUTAS: 1:4,3% 2:1,3% 3:3,8% 4:91,7% 5:35,15% 6:21,5% 7:-10,2% 8:-0,3%. RELATIVAS (POSIBILIDADES DE MEJORA): 1:37,1%. 2:7,7% 3:12,1% 4:94,4% 5:35,1% 6:35,5% 7:-19,2% 8:-0,3% (1:p=0.131 2:p=0.4205 3:p=0.3325. 4:p<0,001 5:p<0,001 6:p<0,01 7:p=0,125 8:p=0,622)
Conclusiones: La evaluación interna/externa es útil para abordar la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. Conocer en tiempo real cómo realizas el trabajo diario, es una herramienta importante para mejorar la calidad asistencial.
Contacto: Mª José Pérez Martínez
elena.lopez@carm.es

P-139.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

Martín-Martínez MA, Maeso-Martínez S, Llorente-Parrado C, Gallegos-Braun J, Martín-Vega A, Servicio de Cirugía General A.

Objetivos: Verificar la calidad de los informes de alta hospitalarios (IAH) del Servicio de Cirugía General A del Hospital Universitario La Paz, evaluando el cumplimiento de los requisitos mínimos legales y su legibilidad.
Métodos: Estudio transversal. Evaluación de 152 IAH de Mayo y Junio de 2005. Se revisó la legislación vigente en relación a los contenidos mínimos del IAH. Se recogieron variables de identificación del centro y facultativos, del paciente, del proceso asistencial,y lingüísticas de valoración formal. Se aplicaron los test de C2 y test exacto de Fisher para la variables cualitativas, y test de Student para las cuantitativas.
Resultados: En todos los IAH se registraron el nombre y domicilio social del hospital, la unidad asistencial, las variables relacionadas con la identificación del paciente,la fecha de ingreso, de alta y el procedimiento quirúrgico, si procedía. El apellido del facultativo se recogió en el 99,4% y la firma en un 96%. El motivo de alta, de consulta,la exploración física al ingreso y las comorbilidades se reflejaron en el 91,3%, 69,1%, 63,1% y 61,8% respectivamente. Los antecedentes personales se registraron en menos de la mitad de los informes. El diagnóstico principal se reflejó en el 90,1% de los casos. Respecto a los fármacos prescritos al alta, la pauta a seguir se recogió en un 97,6%, mientras que la duración y la dosis se hizo en un 83,5% y 15,9%,respectivamente. El estadio TNM se recogió en un 12,5% de los informes, y los signos y síntomas por lo que acudir al médico, la actividad física a realizar y la dieta a seguir se especificó en menos del 20% de las ocasiones. Los diagnósticos concomitantes, el lugar y la fecha de la próxima cita se detallaron en más de la mitad de los informes. Por último, en el 83,6% de IAH se observó alguna abreviatura, y errores ortográficos en la mitad de ellos.
Conclusiones: La calidad de los IAH fue satisfactoria en su mayoría. Las principales oportunidades de mejora se concretan en: 1. Optimizar el motivo de consulta, reflejando la causa por la que el paciente requirió ingreso hospitalario, en lugar del diagnóstico principal. 2.Registrar un único diagnóstico principal, en lugar de los diagnósticos secundarios. 3. Recoger las complicaciones acaecidas durante la estancia hospitalaria como diagnósticos concomitantes, en lugar de como secundarios. 4. Aumentar el registro de antecedentes personales. 5. Mejorar las recomendaciones al alta. 6. Reducir el número de abreviaturas y tecnicismos a fin de mejorar la legibilidad del mismo.
Contacto: Mª Auxiliadora Martín Martínez
xily_mm@yahoo.com

P-140.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS MEDIATOS DEL PACIENTE TRAUMATOLÓGICO.

López-Villa I, Ballester-Carrillo J, Sánchez-Pascual M, Soriano-Molina P, Turpín-Ramos M, Iniesta-Martínez D.

Tras una detección de oportunidad de mejora mediante grupo nominal se decide aplicar un ciclo de mejora de la calidad asistencial en la evaluación y mejora del registro de los cuidados postquirúrgicos mediatos del paciente traumatológico en la unidad quirúrgica.
Objetivos: 1. Evaluar la cumplimentación de los registros de enfermería en el postoperatorio mediato del paciente quirúrgico de traumatología. 2. Mejorar la calidad de los cuidados postoperatorios mediatos.
Metodología: 1. Problema detectado: se observa una baja cumplimentación del registro de enfermería en el postoperatorio mediato de los pacientes quirúrgicos de traumatología. 2. Análisis efectuado mediante diagrama de Ishikawa: se observa una falta de unificación de criterios para registrar los cuidados. 3. Elaboración de criterios. A todo paciente intervenido quirúrgicamente de traumatología a su llegada a planta se valorarán y registrarán: C1-Constantes vitales; C2-Estado de conciencia; C3-Número de drenajes y cantidad drenada; C4-Nº, tipo y localización de canalizaciones venosas; C5-Estado de los apósitos; C6-Presencia o no de sondaje vesical y la cantidad de diuresis. 4. Dimensión a evaluar: calidad científico-técnica. 5. Tipos de datos: criterios de proceso. 6. Unidad de estudio: todos los pacientes intervenidos de traumatología con ingreso desde el 14/02/05 al 15/02/06 que han sido receptores de cuidados de enfermería. 7. Fuentes de datos: Servicio de Admisión (listados de ingresos) y de Archivo (historias clínicas) del hospital. 8. Muestreo aleatorio de casos. 1ª evaluación: periodo comprendido desde el 1/01/05 al 30/06/05,60 casos. Reevaluación: 1/10/05 al 15/02/06, 60 casos. En ambos casos el método de sustitución de casos consiste en elegir al siguiente paciente del listado. 9. Tipo de evaluación: interna, retrospectiva, autoevaluación. 10. Medidas correctoras: consistió en dar información verbal a los miembros del equipo de enfermería explicándoles en qué consiste el trabajo llevado a cabo y pasándoles por escrito los criterios a evaluar.
Resultados.1ª Evaluación: C1:73.33%, C2:48.33%, C3:38.33%, C4:21.66%, C5:26.66%, C6: 68.33%. Reevaluación: C1:76.66%. C2:81.66%, C3:65%, C4: 66.66%, C5:65%, C6: 88.33%.Conclusiones: 1- La cumplimentación de los registros de enfermería en la unidad quirúrgica presenta una oportunidad de mejora. 2- Tras la aplicación de las medidas correctoras se observa un aumento en el grado de cumplimiento de todos los criterios evaluados mejorando con ello la calidad asistencial.
Contacto: Dolores Iniesta Martínez
dolores.iniesta@carm.es

P-141.- CICLO DE MEJORA REGISTROS DE CARTERA DE SERVICIOS DE ADULTOS EN UN CENTRO DE SALUD.

Fernández-Pello C, Requena-Ferrer R, Lopez-Arias E, Siljeström-Laredo C, Muñoz-Ureña AM, Pérez-Aguilar F.

Objetivos:Mejorar la calidad de los registros de pacientes incluidos en cartera de servicios: ATENCIÓN AL ADULTO:PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, de nuestra Zona Básica de Salud, tras implantación de programa informático llamado:EXPLOTACIÓN DE DATOS EN OMI-AP.
Métodos:
PROGRAMA CICLO DE MEJORA:El trabajo realizado en consulta diaria debe quedar reflejado en dicho programa informático. UNIDADES DE ESTUDIO:Receptores del Servicio: Pacientes adscritos al C.S. La Manga, incluidos en Cartera de Servicios de A.P. de ADULTOS. Proveedores: Personal Sanitario y no Sanitario del E.A.P. Periodo Evaluativo: 01/10/2004-30/09/2005 (evaluación retrospectiva) DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-Técnica FUENTES DE DATOS: Explotación de Datos en OM-AP TIPOS DE EVALUACIÓN: INTERNA-EXTERNA, RETROSPECTIVA
CRITERIOS 1: Porcentaje de las personas mayores de 14 años en cuya historia figura el diagnóstico de HTA. 2:Porcentaje de la población con diagnóstico HTA con al menos 3 tomas de TA. 3: Porcentaje de población HTA con última determinación de T.A. <140/90. 4: Porcentaje de las personas mayores de 14 años en cuya HªCª consta el diagnóstico de diabetes mellitus. 5: Porcentaje de diabéticos que tienen realizada una determinación anual de Hemoglobina glicosilada. 6: Porcentaje de diabéticos que tienen en el último año la hemoglobina glicosilada <7. 7: Porcentaje de las personas mayores de 14 años en cuya HªCª consta el diagnóstico de dislipemia. 8: dislipémicos a los que se le ha realizado al menos una determinación del colesterol total en el último año.9: Pacientes dislipémicos que tienen realizada una determinación del colesterol total <250 mg/dl en el último año.10: Porcentaje de las personas mayores de 14 años en cuya HªCª conste el diagnostico de Obesidad
Resultados:
Grado de Cumplimiento por Criterios:1:15,3±1,2%. 2:21,7±3,6%. 3:34,9±7,2%. 4:5,5±0,7%. 5:25,1±6,3%. 6:4,9±3,1. 7:14,4±1,1%. 8:48,6±4,4%. 9:37,6±4,3%. 10:4,9±0,7 Tras medidas correctoras aplicadas obtenemos las siguientes mejoras:ABSOLUTAS:1:1,4%. 2:-11,6%, 3:-10,7%. 4:0,5%. 5:15,3%. 6:2,2%. 7:0,9%. 8:8,8%. 9:5,8%. 10:-1,2% POSIBILIDADES DE MEJORA: 1:1,6%. 2:-17,4%, 3:-19,7%. 4:0,5%. 5:17,0%. 6:2,3%. 7:1,0%. 8:14,6%. 9:8,5%. 10:-1,3%(1: p=0.055. 2:p<0.001. 3:p<0.05. 4:p<0,186. 5:p<0,001. 6:p<0,137. 7:p=0,118. 8:p<0,01. 9:p< 0,05. 10:p<0,05)
Conclusiones:La evaluación interna –externa es útil para el abordaje de la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. Es necesaria la evaluación de las mejoras y realizar nuevas propuestas.
Contacto: Carmen Fernández Pello Martín
elena.lopez@carm.es

P-142.- ESTUDIO DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA.

Santaolaya M, LLorente C, Maeso S, Gallegos JF, Villasevil E, Grande M.

Objetivo: Evaluar la calidad los informes de alta hospitalaria (IAH), analizando redacción sencilla y oportuna, exhaustividad en los aspectos asistenciales y cumplimiento de los requisitos establecidos legalmente.
Material y métodos: El estudio se llevó a cabo en 37 servicios médicos y quirúrgicos, de cada uno de los cuales se seleccionaron 30 IAH del total de altas registradas (1 Enero-30 Septiembre 2005). En la hoja de recogida de datos se incluyeron las variables de interés para conocer la calidad del informe de alta según la legislación vigente.
Resultados: Se revisaron 1.100 informes de alta.
El 99,5% de los informes evaluados están escritos en formato mecanográfico.
La fecha de realización del informe no consta en el 30,3% de los informes. Los datos referidos a identificación del centro y personal fueron correctamente recogidos, excepto en el caso del nombre del facultativo, registrado solo en un 15,1% de los casos y la firma del facultativo presente en un 29.8% de los informes en los que pudo valorarse (66,2%).
En cuanto a los datos de identificación del paciente, el sexo se refleja únicamente en el 52,7% de los informes, y el domicilio postal del lugar habitual de residencia en un 64,4% de los mismos.
Los antecedentes personales del paciente fueron recogidos con una frecuencia variable, desde un 77,8% las comorbilidades, hasta 18,5 y 10,8% los hábitos tabáquico y enólico respectivamente.
El diagnóstico principal se refleja de forma completa en el 93,8% de los informes pero no se hace referencia a la presencia de otros diagnósticos en un 39,4% de los mismos.
Entre las recomendaciones terapéuticas evaluadas, la dosis, pauta y duración están correctamente expresadas en un 63,6%, 68,2% y 37,2% de ellas respectivamente.
Aparece algún tipo de referencia a recomendaciones dietéticas y actividad física en el 31,2% y 16,6% de los informes de pacientes en los que dicha información es procedente, y en el 13,5% a los signos o síntomas por los que el paciente debería acudir nuevamente al médico.
En el 17,6% de los informes aparecen abreviaturas en el encabezamiento y en el 92,7% a lo largo del texto. El 59,8% de los informes no tienen errores ortográficos y el 74% no tienen errores mecanográficos.
Conclusiones: La evaluación de la calidad de los informes de alta hospitalaria constituye de forma creciente un elemento básico a la hora de desarrollar estrategias de mejora de la calidad en el proceso asistencial a través de la evaluación, planificación y gestión.
Contacto: María Santaolaya Cesteros
msantaolaya@hotmail.com

P-143.- ANÁLISIS DEL REGISTRO DE PARADAS CARDIORESPIRATORIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

Zavala-Aizpúrua E, Orube Bona A, von Wichmmann-de Miguel MA, Artetxe-Osakar J, Busca-Ostolaza P, Marco-Garde P.

En 2005 se puso en marcha en nuestro hospital (1100 camas) , un sistema de Resucitación Cardiopulmonar (RCP), basado en equipos de respuesta rápida.
Con el fin de monitorizar los resultados, se organizó un registro hospitalario de PCR.
Objetivo: Monitorizar las paradas cardiorespiratorias atendidas mediante el código parada.
Analizar las características de las mismas
Método: Los equipos de parada, al atender un código parada cumplimentan un registro con las siguientes variables: datos de identificación ,edad, ubicación, fecha, monitorización, intervenciones de soporte vital avanzado utilizadas, causa inmediata de la parada, RCP básica iniciada, condición inicial del paciente, tiempos (comienzo, llamada, llegada de equipo, confirmación, comienzo de resucitación, 1º descarga de desfibrilador, intubación conseguida,1º dosis de adrenalina, vuelta a circulación espontánea, fallecimiento), problemas detectados.
No se recogen las paradas producidas en CMI, Quirófano, Urgencias ni Pediatría.
Se analizan los código parada producidos durante 1 año (Mayo2005-Mayo 2006).
Resultados: Códigos parada activados 64 , de los cuales paradas reales solamente fueron 31 (49,5%) el resto fueron otras patologías (síncopes, reacciones vagales, atragantamientos, crisis convulsivas,...) o simplemente códigos falsos.
La edad media fue de 68 años. El 67% fueron hombres.
Los tiempos medios desde el comienzo de la parada a la resucitación son de 4 minutos. La RCP básica estaba iniciada al llegar el equipo de parada en un 70% de ocasiones.
Las intervenciones de soporte fueron: 99% monitorización, 80% intubación, 78% vía endovenosa, 65% medicación, 40% ventilación y desfibrilación.
La causa de la parada: 30% desconocida, 30% depresión respiratoria, 24% otros, 16% arritmias.
Los principales problemas han sido: identificación de parada, y activación del código.
De las 31 paradas registradas , el 80% (n=25) fallece inmediatamente y el 20% sobreviven. De ellos, el 66% fallecen antes del alta hospitalaria y solamente 2 (34%) salen vivos del hospital. El % total de supervivencia al alta es del 6,4%.
Conclusiones: Tras un año de funcionamiento del registro nos encontramos ante una baja supervivencia quizá debida al bajo número de casos recogidos.
Los problemas se encuentran en la identificación y activación del código, falta de órdenes de no reanimación, y en el inicio de la RCP básica lo que probablemente requerirá una mayor formación y facilidad en los mecanismos de aviso de parada.
Contacto: Elena Zavala Aizpúrua
ezavala@chdo.osakidetza.net

P-144.- DESPUÉS DE 2 AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL REGISTRO DE LAS ORDENES MÉDICAS. ¿HEMOS MEJORADO?.

Doblado-López O, Olmedo-Pujol E, Vasco-Rodríguez Y.

Objetivos: Evaluar el procedimiento de la orden médica (OM) en la historia clínica informatizada (HCI) para administración de medicación en el centro después de 2 años de implantación.
Identificar errores más comunes en la utilización de la herramienta.
Metodología: Estudio descriptivo transversal retrospectivo.
Se seleccionan aleatoriamente n=148 inyectables administrados en el 2004 y n=200 en el 2005.
Las variables estudiadas son: Cumplimentación de la OM, Qué parámetros le falta a la OM para ser completa, Medico ordenante, Tipo de OM y Utilización del procedimiento informatizado para formular la OM.
Datos extraídos de las historias clínicas informatizadas OMI AP y se explotan mediante Access 2003 y SPSS 12.0
Resultados: En el primer año de implantación la OM fue completa en un 39% de los casos, incompleta en un 47% y no existía en un 14%. Y en el 2005 fueron un 51%, un 24% y un 25% respectivamente.
De las OM Incompletas encontradas el parámetro no registrado con mayor frecuencia fue la duración de tratamiento en ambos años.
En el 2004, el 39% de las OM fueron realizadas por médicos titulares del centro, 27% por otros médicos del centro y 34% por médicos externos. Y en el 2005 fueron un 42%, 24% y un 34% respectivamente.
Los médicos titulares realizaron en el 2004 un 15% de OM orales, un 65% escrita en HCI y un 20% eran informe en papel. Los otros médicos del centro realizaron un 18%, un 80% y un 2% respectivamente.
En el 2005 los médicos titulares ordenaron un 26% de OM orales y un 74% escrita en HCI. Los otros médicos del centro realizaron un 37% y un 63% respectivamente.
Obviamente en los años las órdenes médicas realizadas por médicos externos fueron informe en papel y la mayoría de OM inexistentes están relacionadas con los médicos externos.
En el 2004, se utilizó el procedimiento informatizado para formular la OM sólo en un 9% de los casos y en un 27% en el 2005.
Conclusiones: Se ha mejorado el registro de la OM completa en 10% desde el año de la implantación.
Posiblemente debido al gran número de órdenes de médicos externos hemos aumentado el porcentaje de las órdenes médicas inexistentes. Se hace necesario consensuar el registro informatizado de éstas.
Se ha aumentado la utilización de la herramienta sólo en un 16%. Se hace evidente con este resultado, que no ha sido suficiente la formación específica impartida. Para alcanzar resultados realmente satisfactorios se necesita fomentar la utilización de la herramienta.
Contacto: Olga Doblado López
odoblado@grupsagessa.com

P-145.- ACCESOS A LA HISTORIA CLÍNICA. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO EN LA COMARCA EZKERRALDEA-ENKARTERRI (BIZKAIA) DE OSAKIDETZA-SVS.

de Gauna PL, Hernando R Gonzalez A, Caballero S, Arteta A, Gonzalez C.

Objetivo: Implantar en 20 Unidades de Atención Primaria de Osakidetza-SVS en la C. E-E (Bizkaia). Un procedimiento de trabajo para los distintos accesos a la Historia clínica excluido el del uso habitual en consulta con el doble objetivo de dotar de homogeneidad a las prácticas de trabajo y cumplir con las Leyes y Normas.
Métodos: 1. Creación de un grupo de trabajo con los siguientes objetivos:
- recopilación de los distintos tipos de acceso a la historia clínica:
- solicitudes de HªCª para usos no asistenciales
- peticiones de Hª Cª entre organizaciones sanitarias del SNS.
- A partir de lo contenido en las leyes y normas, establecimiento de los requisitos de solicitud y tramitación para los distintos casos.
- Determinación de los ámbitos de gestión para los distintos casos de peticiones de HªCª. El Centro de Salud y la Dirección Médica de Comarca.
- Elaboración de un registro de accesos.

2. Elaborado el PROCEDIMIENTO, se decide adoptar para el mismo la forma de una INSTRUCCIÓN DE TRABAJO para sistematizar las revisiones y controles de cara a disponer de versiones más adecuadas. Se pilota tres meses en dos Centros de Salud.
3. Se organizan sesiones sobre confidencialidad de la documentación clínica con la presencia de un experto. Se explica y difunde la instrucción de trabajo en las Unidades así como el uso del registro on-line para todas las Unidades.
4. Se implanta la instrucción de trabajo en todas las Unidades de la Comarca.
Resultados:
1. Existencia y utilización de la instrucción de trabajo en todas las Unidades de la Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.
2. Mejora de la trazabilidad en los casos de peticiones de HªCª.
3. Posibilidad de control, a partir de los datos obtenidos del registro, de algunas etapas del proceso.
4. Mayor aseguramiento en aspectos de confidencialidad y custodia de la documentación clínica en los centros de la Comarca E-E.
Conclusiones:
1. Es posible contar con una instrucción eficaz para los distintos casos de acceso a la HªCª que no dificulte las actividades habituales que, al respecto, realizan los Centros de Salud.

2. Parece conveniente contar con una instrucción de trabajo de ámbito superior a la Comarca.
3. Resulta necesario aumentar el conocimiento y la sensibilidad de la plantilla de la comarca E-E sobre confidencialidad de la documentación clínica y conceptos afines
4. Mayor aseguramiento en aspectos de confidencialidad y custodia de la documentación clínica en los centros de la Comarca E-E.
Contacto: Sinesia Caballero Pérez
scaballero@apee.osakidetza.net

P-146.- ATENCIÓN SANITARIA URGENTE EN UN CENTRO DE ESPECIALIDADES PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
García S, Martínez A, Teijeira ML, Rubio I.

Objetivo: Establecer y coordinar las acciones dirigidas a los usuarios de un Centro de Especialidades que presenten un proceso agudo durante su permanencia en el mismo.
Método: 1.- Se constituyó un grupo focal con profesionales que habían participado con anterioridad en la atención a usuarios, que habían requerido una actuación rápida por algún problema agudo. 2.- Se identificaron y analizaron los problemas acaecidos y sus causas. 3.- Se elaboró un protocolo y se diseñó un algoritmo de actuación reflejando: a.- Las funciones de todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios) de acuerdo a su categoría, desde el momento de la detección de la urgencia hasta el total restablecimiento del usuario o, en caso necesario, los pasos a seguir hasta su traslado al Servicio de Urgencias del hospital. b.- La atención e información a los familiares o personas acompañantes. 4.- Se pactaron los recursos materiales y equipamiento. 5.- Se desarrolló un programa formativo de soporte vital básico dirigido a todos los profesionales.
Resultado: El protocolo se presentó en una sesión general y se informó por consultas y grupos en el C.E.D.T. El póster, con el algoritmo de actuación, está instalado en todas las áreas. Se adquirieron 5 maletines que contienen el material y medicación de urgencia necesarios. Un total de 40 (42%) profesionales se han formado, hasta la actualidad, en soporte vital básico. Desde su implantación, hace 2 años, se han llevado a cabo 12 actuaciones con traslado a la Unidad de Urgencias del hospital.
Conclusiones: El establecimiento de este Protocolo y de los recursos materiales permite atender con eficacia cualquier proceso agudo que se presente a los usuarios durante su estancia. El póster es un elemento informativo de gran utilidad para los profesionales de nueva incorporación.
Contacto: Soledad García Gimeno
soledadg@sescam.jccm.es

P-147.- GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
Hernández-Corral IM, Lirola-Acien R,. Pérez-Polaino EM Carralcazar-García F, Gómez-Amate MJ; Díaz-Castellano MA.

- Introducción: En este siglo, la gestión de residuos sanitarios, se ha convertido en uno de los principales temas de interés, debido al intento de dar una calidad asistencial cada vez mayor. El impacto medio ambiental y para la salud que los residuos causan, lleva a que los profesionales sanitarios y los gestores, intenten realizar una correcta gestión de estos. Por todo esto nos propusimos conocer la situación actual en nuestro servicio de urgencias, analizando posibles deficiencias y analizando las causas.
- Objetivo: el objetivo de nuestro estudio, es conocer, si los profesionales sanitarios realizan un uso correcto de los distintos contenedores localizados en nuestra área de urgencias.
- Metodología: estamos realizando un estudio observacional, hasta el momento se ha realizado una exhaustiva revisión de 124 contenedores destinados para deshechar distintos residuos sanitarios. Se estan recogiendo las siguientes variables: correcto etiquetado del contenedor, correcto llenado del contenedor, tipo de material deshechado en cada contenedor, área de urgencias en la que se encuentra el contenedor y época del año. Al mismo tiempo estamos realizando un cuestionario tipo tets para analizar las causas de las deficiencias encontradas y posibles soluciones para la correcta eliminación de residuos sanitarios, tal y como se propone en el plan de gestión de residuos sanitarios. Nos encontramos en la fase de recogida de datos.
- Conclusiones: es vital que los profesionales sanitarios estén formados, en este tema, debido a la gran cantidad de residuos que se generan en el servicio de urgencias. Una correcta gestión, minimiza los costes sanitarios y aumenta la calidad asistencial.
Contacto: Isabel Mª Hernández Corral
isabelota81@hotmail.com

P-148.- CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE ESTANCIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.
Lizán-García M, Medrano F, Núñez A, García-Guerrero J, Villanueva P, Grupo AEP CHUA, TAISS

Objetivo: Conocer el grado de concordancia interobservador en dos grupos evaluadores de la adecuación de estancias.
Métodos: Como trabajo preliminar previo a la aplicación del protocolo de adecuación de estancias se revisaron de forma conjunta 12 Historias Clínicas, una por cada procedimiento incluido en el trabajo de evaluación, aplicando el protocolo de adecuación de estancias validado por la fundación Avedis Donabedian (AEP). Las observaciones y dudas se comentan en voz alta y los acuerdos se consensuan incorporandose por escrito al manual de procedimiento. Posteriormente se seleccionan ocho HC representativas de los diferentes procesos a evaluar que fueron revisadas de forma independiente por los dos grupos. Los resultados se analizaron calculando el índice de concordancia kappa interobservador.
Resultados: Un total de 18 estancias fueron evaluadas. El acuerdo observado fue de un 94% con un índice kappa de 0,86.
Conclusiones: El nivel de concordancia entre ambos grupos es bueno. El adiestramiento y unificación de criterios previo a la aplicación del protocolo AEP se han revelado efectivos y permiten controlar posibles sesgos interobservador.
Contacto: Máxima Lizán García
mlizan@sescam.org

P-149.- ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE ESTANCIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.
García-Guerrero J, Núñez A, Medrano F, Lizan-García M, Villanueva P, Grupo AEP CHUA, TAISS

Objetivos: Estudiar la adecuación de estancias hospitalarias en un Hospital Universitario.
Métodos: Realizamos un estudio descriptivo en el que seleccionamos 11 patologías y 4 procedimientos realizados en nuestro hospital, siendo valorados de forma retrospectiva mediante el protocolo de adecuación de estancias (AEP) validado por la Fundación Avedis Donabedian.
La evaluación la realizaron 2 parejas de evaluadores sobre una muestra retrospectiva de 90 historias clínicas, en las que se estudio el primer día, el día medio, el penúltimo y el último día de estancia. Para el análisis estadístico utilizamos el paquete estadístico informático SPSS, utilizando en el análisis univariante la prueba de Chi cuadrado. Las variables que presentaron una p menor de 0,10 se introdujeron como variables independientes en el análisis multivariante de regresión logística.
Resultados: hemos encontrado un 21,5% de inadecuación de estancias. La causa más frecuente de inadecuación de estancias fue que no se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente tras conseguido el objetivo de la hospitalización (40%). Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de adecuación de estancias por servicios oscilando de un 64,3% a un 0%. El penúltimo día, con una odds ratio de 6,32, y el último día, odds ratio de 6,92, son los que más estancias inadecuadas generan.
Conclusiones: El conocimiento de las diferencias observadas permite el diseño de estrategias especificas para cada servicio que impliquen activamente a sus miembros, a traves del análisis AEP y de las causas que condicionan la estancias inadecuadas. De forma global "prestar la atención necesaria al alta", se revela como un área de mejora a trabajar en todos los servicios.
Contacto: Jesús García Guerrero
jgarciag@sescam.jccm.es

P-150.- GRUPO DE EXPERTOS DE ENFERMERÍA EN UPP Y SU CONTRIBUCIÓN A LA GESTIÓN ECONÓMICA. ESTUDIO COMPARATIVO EN UCI DE HRTQ.
Noya MC, Jiménez L.

Objetivos: Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas de primer orden dentro de las organizaciones de salud. La apari-

ción de este efecto adverso, produce un impacto negativo en la salud del individuo y un incremento de consumos sanitarios.
La constitución de un grupo de expertos que se encargue de fomentar, coordinar y normalizar los cuidados de pacientes con UPP o con riesgo de desarrollarlas, nos puede permitir garantizar la mejora de calidad y la eficiencia de los cuidados prestados.
Un comparativo en dos periodos, previo a su constitución y posterior a la misma, nos permitirá cuantificar su repercusión económica.
Método: Con fecha enero de 2006 se constituye el grupo de expertos en UPP.
Durante el primer trimestre se realiza una revisión de la normalización de la práctica enfermera en prevención de UPP, basada en la mejor evidencia científica y en el consenso con los profesionales de enfermería.
Hemos realizado un estudio retrospectivo de la incidencia de UPP y de los costes vinculados a la actividad, en un producto intermedio, el gasto farmacéutico del material dedicado a la prevención y cura de úlceras (apósitos, cremas y aceites) en los meses de febrero/marzo donde todavía no se había aplicado el plan respecto a abril/mayo, donde ya se está trabajando según el método.
Resultados: Se incluyen en el estudio todos los pacientes ingresados en UCI de HRTQ (n 184). De los cuales 90 permanecieron ingresados en el primer periodo. El 61% valoramos Norton<14 con una incidencia de UPP del 27,7%.
En el segundo periodo, de los 94 pacientes ingresados el 74,46% fueron valorados con Norton<14 y la incidencia de UPP ha sido del 10,6%.
La repercusión económica en el gasto farmacéutico de prevención y cura de UPP ha significado un 23,26% menos en el periodo abril/mayo.
Conclusiones La normalización de los cuidados y su aplicación de la manera más eficiente, basada siempre en la mejor evidencia científica, nos ha permitido ofrecer a los pacientes cuidados excelentes.
Produciéndose en el periodo comparativo una disminución de la incidencia en UPP del 62% y un 23, 26% menos de imputación en gasto farmacéutico de materiales de prevención y cura de UPP.
Contacto: Liria Jiménez Bea
ljimenezb@salud.aragon.es

P-151.- ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO.
Almeida A, Rogeiro AM.

Objetivos: Para tener efectividad la gerencia los hospitales tendrán que medir el uso inapropiado de recursos, de identificar las causas respectivas, para después intervenir en estas causas, reduciendo sistemáticamente la dimensión del inapropiado. El método utilizado es el protocolo de evolución del uso de la hospitalización (AEP - Appropriateness Evaluation Protocol).
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, utilizando un análisis de la distribución de las estancias según el sexo, la edad, el GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), el servicio por lo cual la persona ingresó en el hospital y el en que estaba ingresada (y sus relaciones), mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en Hospital durante el primero trimestre de 2004.
Resultados: En un total de 975 observaciones, 610 fueran consideradas estancias apropiadas y 365 inapropiadas. Se verificó que no existe una relación significativa estadísticamente entre los niveles de inapropriação de las estancias y el sexo y la edad, pero sí existe entre aquella y el GRD, el servicio de entrada y el servicio permanencia. Se verificó que no existe relación estadísticamente significativa entre las causas de la no prestación de los cuidados de salud y el sexo, la edad, el servicio de entrada y el servicio permanencia. La relación existe entre aquella variable y el GRD. Hemos concluido que no existe una relación significativa estadísticamente entre la causa de las estancias inapropiadas y el sexo, la edad, el servicio de entrada, pero existe cuando comparada con el GRD y el servicio permanencia. Fue verificado que no existe una relación significativa estadísticamente entre el nivel de cuidados que la persona ingresada necesitaba y el sexo y la edad. Existe relación entre aquella variable y el GRD's, el servicio de entrada y el servicio permanencia.
Conclusiones: La utilización del AEP permitió obtener de forma cómoda y rápida información del sobreuso de los recursos de hospitalización. Los resultados obtenidos son similares a los de otros estudios realizados de forma retrospectiva en todo el mundo. La aplicación del AEP permitió a los directivos recapacitar sobre las posibilidades de mejora y poner en marcha medidas de mejora para facilitar el trabajo de los profesionales y cuantificar las inadecuaciones producidas por deficiencias del sistema.
Contacto: Anabela Almeida
aalmeida@ubi.pt

P-152.- ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS A UNA UNIDAD ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.
Tejidor R, Rodríguez-Cundín P, Acha O, Novo F, Iglesias L, Pajarón-Guerrero M.

Objetivos:
1.- Evaluar la frecuencia de reingresos en los 30 días post-alta en una unidad de alta resolución hospitalaria (UARH) como indicador de eficiencia y resolutividad de la asistencia.
2.- Comparar el indicador de reingresos en la alta resolución con el obtenido en unidades de hospitalización convencional.
Métodos: Estudio de retrospectivo de la cohortes de altas hospitalarias producidas en un hospital de tercer nivel durante el año 2005. Variable dependiente a estudio: reingresos producidos en los 30 días post-alta hospitalaria. Factor de estudio: ingreso en la UARH. Análisis estadístico: descripción de la proporción de reingresos en los 30 días post-alta globales y por la misma categoría diagnóstica mayor con su intervalo de confianza al 95%. Comparación de proporciones mediante prueba C2.
Resultados: Durante 2005 se atendieron en la UARH 1935 ingresos (excluidos los traslados a planta) con una estancia media de 2,95 días, de los que reingresaron en un plazo igual o menor a 30 días 199 lo que supone una tasa de reingresos del 10,28%. El tiempo medio transcurrido hasta el reingreso fue de 12,4 (8,2) días. En 53 casos (26,6% de los reingresos atendidos previamente en UARH) se produjo reingreso por la misma categoría diagnóstica mayor (CDM), esto supone que sólo el 2,7% de los pacientes atendidos en UARH reingresan en el hospital en los siguientes 30 días por la misma CDM. La CDM que reingresó con más frecuencia fue la de trastornos del aparato circulatorio (37,7%), seguida de trastornos del aparato respiratorio (17%) y de el aparato digestivo (13,2%). En el total del Hospital se produjeron 3560 reingresos precoces sobre las 36657 altas producidas lo que supone una incidencia de reingreso del 9,7%. En M.I. se produjeron 512 reingresos, la incidencia global de reingreso precoz fue de 11,38 %(512/4498). De ellos 347 de nuevo en M.I., luego la tasa de reingreso a ese servicio fue del 7,7%. Al analizar por CDM, 126 pacientes reingresaron por la misma CDM lo que supone el 24,6% de sus reingresos precoces y una incidencia de reingresos por la misma CDM de un 2,8%.
Conclusiones: La UARH se revela como una unidad de hospitalización eficiente que pese a la rápida resolución de los procesos que ingresa presenta una incidencia de reingreso precoz (global y por la misma CDM) similar a la obtenida tras hospitalización convencional.
Contacto: Paz Rodríguez Cundin
prodriguez@dg.scsalud.es

P-153.- REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR: PUESTA EN MARCHA DE UN EQUIPO DE PARADA CENTRALIZADO EN NUESTRO HOSPITAL.
Moreno M, Sánchez MJ, Rodríguez M, Fariñas C, Herrera P, Moreno N.

Introducción y Objetivo: El equipo de RCP centralizado lleva funcionando desde el año 2000. Está formado por dos profesionales de la unidad de cuidados intensivos (1 anestesista y 1 enfermera) un facultativo internista y un celador con busca de paradas. Ante una situación de parada cardiorrespiratoria se avisa mediante código establecido a la central telefónica que contacta con el equipo de forma simultánea. Con el fin de formar al personal se han realizado talleres de capacitación en los dos primeros años tras la implantación, que cesaron en 2003 y 2004 y que se han retomado en el 2005. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de la atención del equipo de RCP tras 5 años de experiencia para valorar la efectividad del mismo y detectar posibles acciones de mejora.
Metodología: El periodo de estudio comprende desde abril del 2001 hasta abril de 2006. La monitorización de los resultados se ha realizado de forma prospectiva mediante un registro específico diseñado a tal

fin. Se han recogido todas las llamadas realizadas al equipo de RCP, anotándose cuando cumplían los criterios de parada cardiorrespiratoria según los estándares establecidos. También se ha recogido el resultado final de la parada (éxitos y exitus).
Resultados: Durante el periodo de estudio se han producido 298 llamadas totales al equipo de RCP, de ellas el 92,9% cumplían los criterios de parada cardiorrespiratoria. La evolución de este indicador ha variado durante el periodo de estudio, observándose una curva en U, siendo más alta en los dos primeros años y los dos últimos mientras que descendió en los años 2003-2004 (desde 2001 a 2005: 94,4%, 95,5%, 92,1%, 89,5%, 92,7% y 95,5%). El descenso del indicador coincide con los años en los que no se realizó formación. Respecto al resultado de las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, el porcentaje de éxitos global ha sido de 55,7%, habiendo aumentado en los últimos años con respecto a los dos primeros años: de 36,1% en 2001 y 47% en 2002 hasta 56,1% en 2005 y 54,6% en 2006.
Conclusiones: La implantación de un equipo centralizado de RCP junto con la formación específica de los profesionales ha mejorado el porcentaje de éxitos de la parada cardiorrespiratoria desde su implantación. Además de los datos objetivos, durante estos 5 años de experiencia, la interacción del equipo con el personal de planta ha dado lugar a una mejor coordinación y al trabajo en equipo de todos los profesionales para alcanzar una mejora en la calidad de los cuidados.
Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

P-154.- RELACIÓN ENTRE FUNCIÓN VISUAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN GLAUCOMA.
Carrasco C, Lorenzo S, Noria M, Andrés Y, Ortigueira JA, Arias A.

El glaucoma es una enfermedad heterogénea con un grado de afectación y progresión variable, de compleja estandarización. Con objeto de monitorizar el proceso asistencial de los pacientes con esta patología, tras la definición del proceso hemos comenzado su monitorización. Entre los indicadores se han incluido medidas objetivas de función visual y de calidad de vida relacionada con la salud.
Objetivo: Determinar la relación entre las medidas objetivas de la función visual y la calidad de vida relacionada con la salud.
Métodos: Estudio transversal de medición de la calidad de vida en pacientes con glaucoma y con un nivel intelectual que les permitiera comprender el cuestionario de calidad de vida. Se entregó el cuestionario a todos los pacientes que acudieron a la consulta de glaucoma durante el periodo de estudio.
Ámbito: hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid con población de referencia en esta especialidad de 250.000 habitantes.
Periodo de estudio: abril-mayo de 2006.
Instrumentos: Se utilizó el Índice de Función Visual VF-14 (impacto de la enfermedad en actividades relacionadas con la visión). Registramos la agudeza visual, perimetría computerizada, y exploración oftalmológica completa.
Resultados: Se entregaron 40 cuestionarios, contestó el 100% (50% hombres y mujeres). Para el análisis de fiabilidad y validez de los datos se uso Alpha de Cronbach = 0,8713. La valoración media de su estado de salud fue de 84,75 (desviación típica 21,7; rango: 0-100). Las variables que resultaron con las medias mas bajas fueron: dificultad para leer letras pequeñas, dificultad para leer periódico, conducir de noche, y dificultad para hacer crucigramas, las cuales se encuentran en la categoría de visión central y cercana. (excluyendo conducir de noche que se adjunta a la luz y oscuridad). No se han encontrado diferencias del estado de salud en relación con el sexo o al nivel de estudios. Observamos peor estado de salud en los grupos de mayor edad, aunque precisamos de un mayor tamaño muestral. A pesar de haber obtenido una adecuada alfa de Cronbach, parece necesario seguir recogiendo casos para realizar el estudio con una potencia estadística adecuada.
Conclusiones: los resultados de la asistencia sanitaria incluyen otros no valorados hasta la fecha como la calidad de vida, los pacientes han participado en su valoración de forma voluntaria, aunque precisamos mayor tamaño muestral para valorar si existe relación entre las medidas objetivas y subjetivas de la función visual.
Contacto: Susana Lorenzo Martínez
slorenzo@fhalcorcon.es

P-155.- SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.
Luque-Vera A, de la Vega-de la Coba S, la Torre-Blanco A, Marcos-Aragón P, Martínez-Santaella MA.

La asistencia quirúrgica ambulatoria ha implicado un gran avance en la atención especializada. Las nuevas incorporaciones tanto en el campo de la tecnología como en el de la anestesia, han favorecido este cambio. Establecer circuitos formalizados que conlleven:
1. Una adecuada selección de los pacientes subsidiarios de Cirugía Mayor Ambulatoria
2. Desarrollar toda la información en relación a su proceso quirúrgico
3. Disminuir el temor, la ansiedad
4. Afianzar el seguimiento del régimen terapéutico
constituyen un soporte básico sobre el que se ha de sustentar esta modalidad asistencial.
Objetivos
1.- Identificar los problemas más frecuentes aparecidos en las primeras 24h de la intervención.
2.- Conocer el grado de satisfacción del paciente, así como la tendencia del mismo a reincorporarse a su entorno habitual.
Métodos: Estudio descriptivo, en el período comprendido desde el 1 de Febrero al 6 de Abril del 2006.
El total de los pacientes intervenidos han sido 430 pacientes.
Se ha realizado una encuesta personal telefónica a las 24h de la intervención
Resultados: Manifestaron ausencia de dolor 58 pacientes (16,5%), dolor leve 136 (38,8%), dolor moderado 111 (31,1%) y dolor severo 45 (12,8%).
Presentaron nauseas/vómitos 25 pacientes (7,1%).
El grado de satisfacción fue muy bueno para 269 pacientes (76,57%), bueno para 78 (22,28%), regular para 3 (1,1%) y no fue malo para ninguno de ellos.
A la pregunta sobre si desearían haber permanecido en el centro hospitalario las primeras 24h, 291 pacientes (83,2%) contestaron NO y 59 pacientes (16,8%) contestaron SI.
Si relacionamos los resultados obtenidos en cuanto a dolor y satisfacción, encontramos que 58 pacientes sin dolor (78%) han manifestado estar muy satisfechos y 45 pacientes con dolor severo (76%) han manifestado estar muy satisfechos.
Cuando relacionamos el deseo de permanecer hospitalizados con el dolor encontramos que de los 59 pacientes que desearían haber quedado ingresados, 25 han tenido dolor, es decir, un 42 %.
Conclusiones:
1.- Los datos analizados han permitido que un equipo multidisciplinar se replantee las pautas de analgesia, modificando las existentes por otras que den respuesta a las necesidades de los pacientes.
2.- Existe un alto porcentaje de satisfacción, no encontrando relación significativa con la salud percibida por el propio paciente
3.- Hay un cambio cultural hacia el uso de las alternativas a la hospitalización tradicional.
Contacto: Antonia Luque Vera
manuel.rich.sspa@juntadeandalucia.es

P-156.- CRIBAJE NUTRICIONAL AL INGRESO EN EL HOSPITAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
Sagalés M, Martín E, Ibáñez JM, Mas MP, Comisión de nutrición.

Introducción: Existe evidencia de que la desnutrición aumenta la morbi-mortalidad hospitalaria. Por este motivo la atención nutricional debería integrarse en el cuidado íntegro del paciente cuando ingresa en el hospital a fin de prevenir complicaciones y disminuir la estancia hospitalaria.
Objetivos: Implementar un programa de mejora que contemple sistemáticamente la atención nutricional cuando el paciente ingresa en el hospital con la finalidad de implicar al equipo asistencial en la detección y tratamiento de la desnutrición.
Métodos: A través de la Comisión de Nutrición del hospital, se diseñó un protocolo de actuación que contemplara la utilización de métodos de cribaje de malnutrición al ingreso en el hospital con la finalidad de incluir la atención nutricional en el abordaje terapéutico del paciente.

El proceso de implementación se está desarrollando en varias fases en las que se incluyen sesiones clínicas específicas con los distintos profesionales que intervienen en el proceso asistencial, asignando a cada uno responsabilidades determinadas. Así mismo, a fin de asegurar el correcto cumplimiento, se ha realizado una primera verificación del proceso en la primera fase implantada.
Resultados: La guía clínica se está implantando de manera progresiva en las distintas unidades clínicas.
Se han incluido como Indicadores de Calidad del proceso:
- Nº pacientes con registro de peso y talla al ingreso / total pacientes ingresados en la unidad.
- Nº pacientes con test de cribaje nutricional al ingreso / total pacientes ingresados en la unidad.
Para el primer indicador se ha realizado la evaluación preliminar en dos unidades clínicas con los resultados:
Unidad A:
Nº pacientes con registro peso y talla / total de pacientes: 22/59
Nº pacientes con test de cribaje / total de pacientes: 7/59
Unidad B:
Nº pacientes con registro peso y talla/ total de pacientes: 8/24
Conclusiones:
1.- Los indicadores de calidad incluidos en el proceso permiten obtener resultados sobre el cumplimiento del protocolo e incidir en aquellas unidades en las que se observen unos resultados inferiores a los recomendados.
2.- Los resultados preliminares obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en la implantación del proceso a fin de conseguir los objetivos propuestos.
3.- El conocimiento de las implicaciones asistenciales derivadas de la actuación de cada profesional puede favorecer el cumplimiento del protocolo.
Contacto: Eva Martín Sánchez
emartin@fhag.es

P-157.- ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA INADECUACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO.
Sanz X, Fatjó F, Puig C, Palés A, Clemente M.

Objetivos: El AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) es un protocolo estandarizado que identifica tanto los ingresos como las estancias hospitalarias inadecuadas . Se basa en la aplicación de una serie de criterios objetivos y que por tanto no dependen de la variabilidad entre distintos evaluadores.
El objetivo es valorar los cambios en la tasa de inadecuación de los ingresos desde Urgencias en un hospital no universitario de III nivel durante los últimos años con las distintas estrategias utilizadas para reducir su número (información por carta a los médicos el año 2000 para concienciarlos de los criterios de ingreso, creación de un servicio propio de Urgencias al inicio del año 2002 y creación de una unidad de observación de pacientes en Urgencias en el año 2004).
Métodos: Durante el periodo comprendido entre 1999 y 2005 se evaluaron todos los pacientes que ingresaron durante 2 meses no correlativos cada año (14 determinaciones en total), y se les aplicó el AEP para identificar todos los ingresos inapropiados. De manera secundaria se evaluaron los motivos de inadecuación.
Resultados: Se recogieron un total de 7341 ingresos (media de 524, SD 49 en cada una de las determinaciones); 6990 adecuados (media 499, SD 53) y 350 no adecuados (media 25, SD 11). Se observó un descenso progresivo de las tasas de inadecuación tras las 3 intervenciones (basal 7,8%, post-información por carta 6,6 %, después de la jerarquización del servicio 4,9% y con la creación de la nueva unidad 3,3%, global 4,8 % SD 0,02) alcanzando significación estadística al comparar los resultados iniciales con los posteriores a la plena instauración del proceso (7,8 % vs 3,3%, p=0,01).
Los motivos principales de inadecuación fueron la posibilidad de haber realizado el ingreso por vía ambulatoria para estudio (35%), la presión por parte del familiar/paciente (23%) o del facultativo habitual (17%) que constituyen el 75% del total.
Conclusiones:
- Los ingresos inapropiados desde Urgencias han disminuido de forma progresiva y paralela a la implantación de las distintas medidas específicas.
- Se ha conseguido mantener la tasa de inadecuación inferior al estándar prefijado en distintos centros hospitalarios del 8%.
Contacto: Xavier Sanz Salvador
30913xss@comb.es

P-158.- EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA: DIETÉTICA EN EL PACIENTE OBESO.
González-González I, Gómez-Peral P, González-Setién P.

Palabras clave: Educación dietética Obesidad
Objetivos: La prevalencia de la obesidad y complicaciones asociadas, hace que sea conocida como la epidemia del siglo XXI, reconociéndola como enfermedad crónica, necesitando el desarrollo de estrategias para resolver el problema socio-económico-sanitario que supone. Para ello es básica la sensibilización del paciente obeso con un programa de educación dietética.
Métodos: Estudio de pacientes remitidos a la consulta de Dietética desde Servicios del Hospital en 2005. Se realiza una pre-consulta para registran una serie de parámetros: peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y bioimperancia; se dan recomendaciones dietéticas (oral-escrita). En la 1ª consulta se hace la historia dietética, se registran de nuevo los parámetros anteriores y se pauta una dieta adecuada. Se educa dietéticamente explicando los grupos de alimentos y sus funciones. En sucesivas visitas, además de valorar los parámetros indicados, se refuerzan los hábitos saludables (dietéticos y de ejercicio físico).
Resultados: En 2005 hubieron 3245 citas: 1ª visita 482 (15%), c. sucesivas 1783 (54%); No acuden 573 (18%). Altas de consulta 407 (13%). Los pacientes de 1ª visita fueron: 135 hombres (28%) y 347 mujeres (72%). La prevalencia de la obesidad es mayor en mujeres (27,8%) que en hombres (19,5%). La tasa de obesidad es inferior en personas menores de 50 años (15,6%) que en mayores de esa edad (38,3%). El IMC se usa para fijar el grado de obesidad. Así tenemos: a)Normalidad: 8 pacientes. b) Obesidad de grado I: 50. c) De grado II:114. d) De grado III:110 y e) De grado IV:200. El % de grasa corporal en pacientes es:<30%:7;de 30% a 35%:22;de 35% a 40%:41; >40%:128; >50%:48. Las patologías asociadas más frecuentes fueron: HTA, DM1, hiperlipemia. El 71% de los casos redujeron peso, mejorando cifras analíticas (hemoglobina glicosilada, lípidos sanguíneos) o la HTA. Los pacientes de Traumatología bajaron peso para I Quirúrgica. Un 29% no bajó peso por comorbilidades asociadas o por abandono del programa.
Conclusiones: La obesidad es una enfermedad crónica en la que intervienen múltiples factores. Los resultados prueban que además de la existencia de patologías asociadas, un programa educativo dietético sumado a cambios de hábitos de vida, producen una disminución de la obesidad y una mejor calidad de vida. Su mejor tratamiento es prevenir.
Contacto: Isabel González
pgomez@humv.es

P-159.- MEDICIÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CONJUNTO DE INDICADORES CORPORATIVOS PARA SU EVALUACIÓN EN SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
Ramón-Esparza T, Castillo-Gómez C, Navarro-Moya FJ, Leal-Llopis J, Sáez-Soto A, Rodríguez-Molina MA.

Objetivo: Diseñar un conjunto de indicadores comunes y un Plan de medición para la evaluación de los protocolos de cuidados de enfermería.
Métodos: En el marco de la evaluación del Contrato de Gestión 2005-2007 del Servicio Murciano de Salud (SMS) se crea un Grupo de Trabajo Regional de Enfermería formado por 10 enfermeros de atención especializada (1 por hospital) y 2 de atención primaria, asesorados y coordinados por la Subdirección General de Calidad Asistencial.
Se realiza un análisis de situación de cada centro valorándose la calidad formal de los protocolos utilizados en los Centros del SMS, la variabilidad en las recomendaciones de actuación que recogen y en la forma de medir el cumplimiento de los objetivos del Contrato de Gestión.
Se elaboran y seleccionan indicadores utilizando 4 criterios: validez, fiabilidad, utilidad y factibilidad y se diseña un plan de medición para su evaluación. Se asegura la fiabilidad mediante pilotaje en dos Unidades medico-quirúrgicas de un hospital de nivel II.
Resultados: Diseño de 20 indicadores de proceso y resultado, en relación a las siguientes líneas de actuación:
- Excelencia en la atención al paciente: plan de acogida al ingreso (2).

- Desarrollo de los procesos asistenciales: valoración del paciente al ingreso (3), prevención de úlceras por presión (3), cuidados del paciente con sonda vesical (2), prevención de caídas (3), cuidado del paciente portador de catéter venoso (4).
- Logro de la continuidad asistencial: informe de continuidad de cuidados (3).

Se elabora el plan de medición de los mismos que incluye: fuente de información (observación directa, entrevista al paciente y/o revisión de historias clínicas), forma y periodicidad de las mediciones, etc.
Conclusiones: Obtención de indicadores corporativos para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en todos los Centros del SMS, basados en la evidencia disponible, consensuados y aprobados por los profesionales responsables de su implantación, que permitirá la comparación intercentros, constituyéndose en referencia técnica para todo el SMS.
Contacto: Teresa Ramón Esparza
teresa.Ramón@carm.es

P-160.- EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA EN LOS TRASTORNOS MENTALES.
Blanco M, Gómez E, Pérez T, Pereira V, Molina T, García-Camps E.

Objetivo: Estudiar la evolución en la distribución de la incidencia de los diferentes diagnósticos que conforman los trastornos mentales de los procesos de baja laboral por enfermedad común
Material y métodos: Se han seleccionado 28.204 bajas durante el periodo 2002 al 2005 cuyo diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se corresponde a un trastorno mental (códigos del 290 al 319).
Se realiza un estudio descriptivo sobre la evolución anual en la distribución porcentual de la incidencia por patología.
Resultados: Los diagnósticos más frecuentes en el periodo estudiado corresponden a estados de ansiedad (40%), trastornos depresivos (35%) reacción de adaptación (9%), adaptación al estrés (5%) y psicosis afectivas (3%).
La evolución anual observada en los estados de ansiedad, reacción de adaptación y psicosis indica una tendencia al incremento en los últimos años. Sin embargo, se mantiene estable el grupo correspondiente a la reacción al estrés y se constata un descenso de los trastornos depresivos.
Conclusiones: el gran grupo de trastornos neuróticos mantiene el alto porcentaje de casos a lo largo de los 4 años estudiados (89%) sobre el total de la patología por trastorno mental.
El aumento de procesos observados, especialmente en el último año, en los trastornos de ansiedad nos orientan a concentrar esfuerzos en la diferenciación de los distintos diagnósticos incluidos así como la detección y prevención de los factores precursores de dichas patologías.
Contacto: Marta Blanco Rad
ajoveriera@mutuauniversal.net

P-161.- REPARTO DE ACTIVIDADES Y TAREAS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA MEDIANTE UN SISTEMA DE TARJETAS DE COLORES.
Abin-Uzabal F, Alonso-García R, Barquilla-Gonzalez RM, Barrón-Gordo ME, Carreño-Corral E, García-Larrechi ML.

Objetivos: 1º: Repartir las actividades y tareas de las/os Auxiliares de Enfermería de una forma equitativa entre todos. 2º: Conseguir que se realicen el 100% de las actividades programadas para cada paciente en todos los turnos. 3º: Adaptar el sistema para que sea modificable cuando haya sobrecarga de trabajo por deterioro cognitivo de alguno de los pacientes. 4º: Lograr la satisfacción de todas/os las profesionales.
Metodología: El ámbito de actuación es una Unidad de Psicogeriatría de 37 camas cuya misión es rehabilitar a pacientes con trastorno mental severo de larga evolución. Además de tareas básicas residenciales, se realizan 10 actividades de un programa asistencial y 9 de un programa de ocio y tiempo libre, es decir, 19 actividades complementarias a las realizadas en el tradicional sistema residencial de las Unidades de Psicogeriatría.
Se ha creado un sistema de reparto de las actividades y tareas diarias que consiste en la disponibilidad de tarjetas plastificadas de colores, de 11 x 7 cm, que se pueden llevar en los bolsillos del uniforme rosa de trabajo. En ellas constan por un lado los pacientes asignados a cada auxiliar de enfermería con su nombre y apellidos y nº de habitación, y por el otro las actividades que debe realizar cada profesional a cada paciente.
En función de las/os auxiliares disponibles por cada turno (5,4,3 ó 2), se utilizan distintos colores, y en función de las letras que aparecen en las tarjetas, cada trabajador sabe según la letra lo que tiene que hacer y así: A y B: Habitaciones con ropa y camas. C: Salonero: Timbres, llamadas y salón. D: Baja a las pagas y acompaña a los pacientes a Terapia Ocupacional. E: Liberado actuando como comodín para contingencias o bajas cortas, ya que no se sustituye cuando falta 1 auxiliar de enfermería por cualquier contingencia.
Resultados: 1º: es beneficioso para el paciente porque hay garantías de que acuden a todas las actividades programas en su plan individual de cuidados. 2º: es bueno para los trabajadores porque hay un reparto equitativo de las cargas de trabajo. 3º: es una iniciativa dinámica y no estática que puede revisarse 1 ó 2 veces por semana ó cada mes, en función de la evolución individualizada de cada paciente. 4º: el 100% de las/os 12 Auxiliares está muy contento con este sistema.
Conclusiones: La iniciativa está siendo muy positiva, al ser equitativa para los trabajadores, beneficiosa para el paciente, dinámica para la Unidad y eficiente para la Organización, siendo aplicale a otras Unidades.
Contacto: Fernando Abín
rsanchez@sma.osakidetza.net

P-162.- EVOLUCIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS (ACSC) EN UN HOSPITAL COMARCAL.
Romero de Castilla R, García C.

Objetivos: Describir la evolución de las hospitalizaciones debidas a ACSC en los cuatro últimos años en nuestro hospital (comienzo de la implantación de los Procesos asistenciales Integrados). Estimar indirectamente la capacidad de resolución de A. Primaria en relación a dicha implantación, y facilitar la priorización de intervenciones conjuntas.
Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo analizando las 19688 altas (totalidad del periodo), identificando los códigos diagnósticos (CIE-9 MC) que se reconocen por consenso de grupos de expertos (Caminal et al, 2001) como marcadores de la efectividad de la Atención Primaria de Salud. Como fuente de información se emplea el CMBD y la explotación directa tras codificación clínica de las altas de la estación clínica 3M-HIS, obteniendo:
- Proporción global de altas por ACSC en el universo muestral.
- Evolución anual de la proporción de altas por ACSC.
- Evolución anual de ACSC desagregadas por categoría diagnostica (13 categorías consensuadas por expertos que agrupan uno o varios códigos CIE)

Resultados: Desde Enero del año 2002 hasta Abril de 2006, encontramos 1964 altas por ACSC (9,97%), sin variación significativa en la evolución anual de las mismas salvo en 2006 (poco valorable al tratarse sólo del primer cuatrimestre): (2002: 9,88%; 2003:10,3%; 2004:10,09%; 2005:10,91%; 2006:6,38%). Los bloques de enfermedades cardiovasculares (42,2%, promedio edad 68,6 a.), neumonía (24,39%, promedio edad 59,8 a.) y gastroenteritis (17,62%, promedio edad 16,47 a.) son las causas más frecuentes de ingreso por ACSC globalmente, sin que tampoco se encuentren variaciones significativas en este orden cuando se analizan los resultados desagregados por años. El resto de patologías presenta unas frecuencias muy dispares.
Conclusiones: Nuestros resultados son coherentes con las altas globales por ACSC que muestran otros estudios. El grupo de gastroenteritis destaca por su frecuencia, circunstancia no encontrada en los mismos. Esto podría traducir variabilidad no deseada en su enfoque clínico o falta de intervenciones propias del nivel primario de atención.
Esta clasificación identifica situaciones abordables en Atención Primaria de cualquier edad de presentación.
No hemos encontrado disminución en la proporción de hospitalizaciones por ACSC en nuestra zona tras la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados. Probablemente, sobre todo en el caso de patologías con periodo de latencia elevado (cardiovascular) el tiempo transcurrido no es suficiente.
Contacto: Rafael Javier Romero de Castilla Gil
rjromero@telefónica.net

P-163.- ANÁLISIS Y ACCIONES DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE DEMORA PARA ATENCIÓN EN CONSULTA Y TRATAMIENTO EN HDOH.
Jiménez I, González J, Rojo F, Lillo J, Sánchez P, Monzon A.

Objetivo: Reducción del tiempo de demora del paciente que acude al Hospital de Día Oncohematológico (HDOH) desde que acude a consulta hasta que se inica y finaliza el tratamiento en el HDOH.

Método: Comprobada la existencia de una demora significativa en el tiempo que tenían que esperar los pacientes desde que se acude a consulta hasta que se comenzaba el tratamiento en el HDOH. Se propone disminuir esos tiempos, para ello se realiza una análisis previo de la situación y se realiza una recogida de datos entre los que encontramos:
Hora de extracción de la analítica.
Hora de recepción de los resultados.
Hora de comienzo con el tratamiento dentro del HDOH
Una vez analizado el proceso se aplican las siguientes intervenciones:
Priorizar en el laboratorio de forma preferente las analíticas correspondientes al HDOH.
Citar a los pacientes 1 hora antesde la consulta extrayendo la analítica previamente.
Diferenciar a los pacientes con quimioterapia de ciclo largo con la de ciclo corto, citando a los pacientes de ciclo largo para recibir el tratamiento el día siguiente.
Se crea delante del HDOH un puesto de citación en el cual una auxiliar de enfermería gestiona la propia agenda del HDOH.
Resultado: Reducción considerable en el tiempo de espera del paciente para recibir su tratamiento en el HDOH.
Conclusiones: La adecuación de la extracción de la analítica y la coordinación entre servicios (admisión, laboratorios y HDOH) hace que se disminuya el tiempo de espera de los pacientes mejorando la calidad asistencial.
Contacto: Lulián González Albalate
jgonzaleza@sescam.jccm.es

P-164.- GRUPOS PSICOEDUCATIVOS: ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y NECESIDAD DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.
Ugas L, Ribas J, Palao DJ, Arrufat F.

Introducción:Hay una amplia evidencia científica respecto a la mayor eficacia de los programas que combinan tratamiento farmacológico y psicológico para prevenir el riesgo de recaídas en la esquizofrenia (comparado con el uso exclusivo de psicofármacos).
Los grupos psicoeducativos han demostrado ser eficaces para entender y aceptar la enfermedad, mejorar la vinculación y adhesión al tratamiento, y disminuir el consumo de drogas, el número de recaídas y el de reingresos.
Objetivos: El objetivo del presente estudio es realizar un análisis descriptivo de los pacientes que han participado en los grupos y evaluar la adherencia a nuestro servicio, así como si han precisado hospitalización posterior a la participación en la psicoterapia grupal.
Método: indicaciones de inclusión en los grupos: criterios DSM-IV de esquizofrenia,existencia de motivación por parte del paciente,nivel de estabilidad psicopatológica, nivel intelectual normal.
La psicoeducación tiene como objetivo informar a los pacientes sobre su enfermedad, el modelo de vulnerabilidad, diagnóstico, síntomas, tratamiento y prevención de recaídas. Se realizan 12 sesiones de 60 min, con frecuencia semanal. Se facilita la expresión de vivencias propias de la enfermedad. Las sesiones se estructuran en unas fichas prediseñadas (Clave de Re©) con contenidos teóricos y ejercicios prácticos.
Resultados: De una muestra inicial de 87 pacientes, 62 han participado en los grupos psicoeducativos. La muestra inicial la componían 64 hombres y 23 mujeres, con una edad media de 32 años (mín 17 y máx de 61). 73% estado civil soltero.
De los 62 pacientes que han terminado la terapia psicoeducativa, únicamente 1 paciente (1,6%) se ha desvinculado del servicio. En cambio, de los 25 pacientes que no participaron en los grupos psicoeducativos, 5 pacientes (20%) se han desvinculado. (Chi-square = 0,002).
Una vez descartados los 14 pacientes que actualmente están realizando el grupo psicoeducativo, quedan un total de 73 pacientes, 50 de los cuales hace más de 1 año que participaron en el grupo psicoeducativo. De estos 50, únicamente 4 (8%) han ingresado en el último año, frente a los 10 (55,6%) que han requerido ingreso del total de 18 pacientes, no desvinculados, que no realizaron el grupo psicoeducativo (chi-square= 0,000).
Conclusiones: La participación en grupos psicoeducativos:
1. Mejora de forma altamente significativa la vinculación a los servicios de salud mental.
2. Disminuye de forma altamente significativa la necesidad de ingreso hospitalario.
Contacto: Lidia Ugas Ballester
lugas@hgv.es

P-165.- PROYECTO DE MEJORA DEL CONTROL DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
Díaz E, Galindo M, Santillan A, Rodríguez-Caballero A, Ruiz de Azua M, Torres MJ.

Objetivos: Determinar prevalencia e intensidad del dolor postquirúrgico. Evaluar el grado de conocimiento de los profesionales acerca del dolor postoperatorio.
Establecer un sistema homogéneo de evaluación del mismo.
Métodos: Estudio transversal con encuesta a pacientes sometidos a cirugía mayor con ingreso. Instrumento de evaluación: cuestionario con una escala analógico visual (EVA) aplicado en la unidad de reanimación y a las 24 horas de la intervención. Para la determinación del nivel de conocimiento se ha utilizado un cuestionario autocumplimentado adaptado de la APS. Periodo de estudio: febrero-marzo 2006. Análisis estadístico: análisis descriptivo de resultados. Para la comparación entre centros y grupos profesionales se ha utilizado el ANOVA para variables cuantitativas y la prueba C2 para la comparación de proporciones. El grupo de trabajo de enfermería desarrollará el procedimiento de evaluación y registro del dolor y de los eventos adversos relacionados con la medicación.
Resultados: Se observan los mejores resultados en las unidades de reanimación donde el 50% no presentan dolor y en torno al 40% presentan dolor leve. En las unidades de hospitalización sólo un tercio de los encuestados permanecen sin dolor, observándose diferencias importantes en la presencia de dolor moderado-fuerte en función del centro. La presencia de dolor fuerte/insoportable en las últimas 24 horas y el dolor en movimiento presenta importantes diferencias entre centros (14% vs 40% y 13% vs 42% respectivamente). Al evaluar la opinión de los profesionales más del 90% de los encuestados consideran muy importante el tratamiento del dolor postoperatorio, sin embargo sólo la mitad de los casos (55%) afirman que evalúan la presencia de dolor utilizando un instrumento objetivo, un 35% que registran la presencia de dolor y un 30% que informan al paciente antes de la intervención quirúrgica. Se han registrado diferencias en la percepción del control de dolor y en la valoración de la formación recibida en función del centro sanitario. Ante los resultados obtenidos se ha realizado un protocolo de evaluación y registro del dolor y eventos adversos relacionados con la medicación y se ha establecido el registro del dolor como 5ª constante en cada turno de enfermería utilizando EVA.
Conclusiones: Se ha registrado una importante variabilidad en el manejo y control de dolor postquirúrgico entre centros. Es necesario incorporar pautas homogéneas de evaluación y manejo de dolor.
Contacto: Ester Díaz San Emeterio
tdierssen@dg.scsalud.es

P-166.- ¿TRASFUNDIMOS CORRECTAMENTE AL PACIENTE CRÍTICO?.
Gracia MP, Solsona JF, DÍAZ Y, Martin JC, Pérez AI, Rodríguez JA.

Introducción: En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es muy frecuente la progresiva anemización de los pacientes. Diversos estudios han demostrado que una política transfusional restrictiva con un umbral de transfusión de hemoglobina menor de 7g/dL, disminuye la morbimortalidad de los pacientes.
Objetivo: Valorar en una UCI de un Hospital Universitario, si cuando indicamos una transfusión sanguínea en pacientes críticos obtenemos beneficio clínico y/o fisiológico.
Método: Estudio descriptivo y prospectivo. Desde enero 2006 se está haciendo seguimiento de los pacientes transfundidos, comparando datos pre y postransfusionales. Se han recogido de forma confidencial datos clínicos (trabajo respiratorio, disnea, adinamia, mala perfusión periférica, conciencia), datos fisiológicos (oxigenación, cifra de hemoglobina, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) y motivo de transfusión.
Resultados: Se han obtenido los datos correspondientes a 50 pacientes (edad media 62 +/- 15, 57 % hombres). El umbral a partir del cual transfudimos es 7,4 +/- 1,7 gr/dL. Un 20% la causa de transfusión ha sido sangrado activo. El 80% restantes la transfusión se ha indicado estando el paciente asintomático, es decir únicamente por la cifra de hemoglobina, no encontrándose diferencias significativas en los valores recogidos de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, trabajo respiratorio, pO2 y clínica, antes y después de la transfusión.

A excepción de los sangrantes el resto de pacientes fue transfundido a partir de la tercera semana de ingreso.
Conclusiones: Con el uso de terapias restrictivas en pacientes críticos se puede disminuir el uso de sangre y los riesgos de la transfusión, pudiendo mejorar así la morbimortalidad y calidad asistencial de los pacientes ingresados. Descartando los pacientes con sangrado activo, en nuestra unidad seguimos una política transfusional restrictiva, y a pesar de ello, hemos observado que la transfusión no aporta al paciente ni cambios clínicos ni fisiológicos. Nuestra duda es si aporta beneficios o prejuicios.
Contacto: M. Pilar Gracia Arnillas
94450@imas.imim.es

P-167.- IMPACTO DE UN PROTOCOLO EN LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA CON ESTIMULANTES ERITROPOYÉTICOS EN PACIENTES HEMODIALIZADOS.
Chorro-Marí V, Navarro-Fontestad MC, Climente-Martí M, Albert-Balaguer EV, Pérez-Peiró C, Jiménez-Torres NV.

Objetivo: Evaluar el impacto de un protocolo en la calidad de la farmacoterapia con factores estimulantes eritropoyéticos (FEE) en los pacientes con anemia secundaria a insuficiencia renal crónica (IRC) en hemodiálisis. Métodos: Estudio transversal analítico con medidas pre y postintervención. Pacientes: se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con FEE y con IRC sometidos a hemodiálisis. Periodos del estudio: periodo A (enero 2006) previo a la implantación del protocolo y periodo B (mayo 2006), posterior a su implantación. El protocolo para el manejo de pacientes con FEE se consensuó e implantó entre los Servicios de Farmacia y Nefrología en febrero de 2006 y recoge los siguientes parámetros: tipo de FEE (eritropoyetina-b o darbepoetina-a), dosis e intervalo posológico. Variables analizadas: valores de hemoglobina (Hb) y número de pacientes con Hb (g/dL) fuera del ámbito de valores objetivo recomendado por la Sociedad Española de Nefrología (entre 11 y 13 g/dL). Para cada periodo se calculó la prevalencia de pacientes con Hb fuera del ámbito de valores objetivo. Análisis estadístico: diferencia de prevalencias de pacientes con Hb fuera del ámbito de valores objetivo e intervalo de confianza del 95% (IC95%) y razón de odds de prevalencia (OR) del periodo A frente al periodo B con su IC95%.
Resultados: se incluyeron y analizaron 58 pacientes. En el periodo A, la prevalencia de pacientes con Hb fuera del ámbito objetivo recomendado fue de 62% (36/58). El 45% de los pacientes presentaron valores por encima del intervalo y 17% no alcanzaron los valores mínimos. En el periodo B, la prevalencia de pacientes con Hb fuera del ámbito objetivo recomendado fue de 43% (25/58), con un 17% de pacientes con valores por encima y un 26% por debajo. La reducción de la prevalencia de pacientes con valores de Hb fuera del ámbito objetivo recomendado fue de 19% (IC95% 1,2%-36,8%) tras la implantación del protocolo y el OR obtenido fue de 0,46 (IC95% 0,08-0,97).
Conclusiones: la implantación de un protocolo de normalización del tratamiento con factores estimulantes eritropoyéticos en pacientes con anemia secundaria a IRC sometidos a hemodiálisis reduce significativamente la prevalencia de pacientes con valores de hemoglobina fuera del ámbito objetivo recomendado para garantizar la efectividad y seguridad del tratamiento.
Contacto: Verónica Chorro Marí
veroxabia@yahoo.com

P-168.- ESTÁNDARES EN LA ATENCIÓN AL ENFERMO DE PARKINSON.
Llorente-Parrado C, Grande-Arnesto M, García-Caballero J.

Objetivo: establecer un plan global de atención del paciente con enfermedad de Parkinson.
Método: búsqueda de la práctica basada en la evidencia mediante buscadores: sumsearch, tripdatabase y google (búsqueda avanzada). Los documentos se han seleccionado en función de su actualidad, su nivel de evidencia y su adecuación a los distintos escenarios de la asistencia a estos enfermos. Se realiza una presentación en Power Point que se expone en sesión clínica del Servicio de Neurología donde se plantean y discuten los estándares para cada escenario clave de la enfermedad.
Resultados: inicialmente, se incide en las discrepancias que distintos estudios presentan en la valoración de la frecuencia de esta enfermedad y en la variabilidad en el pronóstico de la misma, que justifican la necesidad de establecer estándares en la atención de los pacientes con Parkinson en los escenarios clave: diagnóstico (8 estándares), respecto a la sospecha clínica, la realización de tests diagnósticos y pruebas de imagen y la valoración psiquiátrica para descartar la posibilidad de demencia, depresión o psicosis asociadas; evolución (3 estándares) en relación con la planificación de revisiones y los criterios de derivación de Atención Primaria a Neurología; tratamiento, que incluye el tratamiento farmacológico de la enfermedad (5 estándares) y de sus complicaciones o comorbilidades (10 estándares), el tratamiento no farmacológico (3 estándares), la indicación de cirugía (1 estándar), las vacunaciones (1 estándar) y los cuidados paliativos (1 estándar); información/formación al paciente y cuidador (3 estándares) y asistencia sociosanitaria (1 estándar). Además, se valora la repercusión y validez de estos estándares en los enfermos de Parkinson y sus cuidadores.
Conclusiones: la asistencia al enfermo de Parkinson se puede planificar en función de la consecución de estándares, logrando el compromiso de los profesionales en la mejora continua a través del desarrollo de una vía clínica que integre los niveles de Atención Primaria y Especializada.
Contacto: César Llorente Parrado
fadinho2001@hotmail.com

P-169.- ESTÁNDARES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA.
Grande-Arnesto M, García-Caballero J.

Objetivo: organizar la asistencia de los enfermos con demencia a través de estándares para promover la mejora continua asistencial.
Método: búsqueda de la práctica basada en la evidencia mediante buscadores: sumsearch, tripdatabase y google (búsqueda avanzada), selección de los documentos en función de actualidad, evidencia científica y pertinencia a los distintos escenarios del continuum asistencial propio de estos enfermos. Esta documentación se presenta en power point y se discute en sesión clínica del Servicio de Neurología.
Resultados: para promover el compromiso de los profesionales del Servicio de Neurología , en primer lugar se detalla la diversidad tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y evolución de los pacientes, lo que hace lógico establecer estándares en los distintos escenarios. Éstos son:
Diagnóstico, desde la sospecha diagnóstica (1 estándar) y adecuación de pruebas diagnósticas (3 estándares) hasta clasificación (2 estándares); Atención, desde tratamiento farmacológico (7 estándares), no farmacológico (3 estándares) hasta información/formación específica del enfermo/cuidador (1 estándares); asistencia socio-sanitaria, detallando asociaciones de pacientes y ayudas sociosanitarias (2 estándares). Reflejando en cada punto la validez o impacto de cada recurso tanto para el enfermo como para el cuidador.
Conclusiones: La asistencia al enfermo con demencia se organiza mediante el cumplimiento de los estándares en los distintos escenarios, consiguiendo el compromiso de los profesionales en la mejora continua a través del desarrollo de una vía clínica basada en los estándares aceptados.
Contacto: Marta Grande Arnesto
martabgrande@yahoo.es

P-170.- ESTRATEGIA PARA CONOCER LAS PATOLOGÍAS PRIORITARIAS PARA SU PROTOCOLIZACIÓN.
Jiménez-Muñoz AB, Granado-de la Orden S, Bellón JM, Chacón A, Rodríguez C, Rodríguez- Pérez P.

Objetivos:
1. Caracterizar las patologías más prevalentes al alta hospitalaria.
2. Conocer el porcentaje de pacientes que se beneficiarían de las Vías Clínicas (VC) implantadas.
Métodos.
Diseño: Estudio observacional descriptivo
Población de estudio: Pacientes dados de alta entre el 1/ julio/ 2004 y 30/junio/ 2005
Recogida y Análisis de datos: Utilizando la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), se seleccionaron por diagnostico principal, según la CIE-9 las enfermedades más frecuentes hasta completar el 70% de la morbilidad hospitalaria. Se realizó una descripción de su distribución por servicios, de la estancia media y de la tasa de mortalidad. Con respecto a los procesos protocolizados mediante Vías Clínicas, se realizó una selección según criterios de inclusión en vía, calculándose el porcentaje de pacientes que deberían estar incluidos y

comparando con las coberturas reales. La Comisión de protocolos, analizó esta información.
Resultados:
En el periodo de estudio se atendieron a un total de 63084 pacientes. Los 10 diagnósticos principales más frecuentes fueron por orden: parto, neumonía, EPOC, catarata, insuficiencia cardíaca, colelitiasis, osteoartrosis, IAM, trastornos de uretra y tracto urinario, fractura cuello fémur. Estas patologías representan un 29.3% de todos los pacientes atendidos. Los diagnósticos que presentaban más dispersión en el servicio de ingreso fueron: la septicemia, las metástasis y la diabetes mellitus, siendo la septicemia y las neoplasias las que tenían mayor número de exitus.
En el hospital se han elaborado 13 VC con una cobertura desigual, considerando el sumatorio de todos los pacientes susceptibles de entrar en vía clínica, se obtuvo que un 23,95% del total de pacientes dados de alta en el hospital podrían beneficiarse de las vías clínicas elaboradas.
En función de estos resultados, en un futuro la Comisión de protocolos ha decidido elaborar un listado de las patologías que serán necesario protocolizar y de aquellas que necesitan de un impulso para aumentar el número de pacientes que se benefician de la medida
Conclusiones:
1. Una buena gestión de tan sólo 10 procesos llevaría a una excelente atención del 30% de nuestros pacientes.
2. En nuestro hospital existen, de éstos, muchos protocolos-VC, pero algunos necesitan un impulso para aumentar su la adherencia
3. Otros procesos por motivos de gravedad y magnitud requieren también de su protocolización
Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

P-171.- UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.
Portero E, Sánchez E, de la Torre, MI,. García C.

Introducción: La Unidad de CMA de Hospital sur de Alcorcón nace al mismo tiempo que el propio hospital, con el fin de atender al paciente quirúrgico con las mismas garantías y calidades que la hospitalización de más de 24 horas y con la gran ventaja que supone poder reincorporarse en su domicilio el mismo día de la intervención así como la que supone a un hospital con un índice de actividad quirúrgica elevado poder llevar a cabo un gran número de intervenciones quirúrgicas de pacientes que requieren cuidados postoperatorios de desarrollo corto en el tiempo y a los que se les puede dar el alta hospitalaria el mismo día de la intervención.
Objetivos: Demostrar que la atención al paciente quirúrgico en CMA es óptima en todo su proceso.
Analizar las ventajas que supone la existencia de este servicio tanto para el paciente como para el centro hospitalario.
Método: Para desarrollarlo se llevará a cabo la exposición del plan funcional de la unidad de CMA constituido por los protocolos, el circuito y la dotación de esta así como a través del análisis de los indicadores de calidad y del impacto de la utilización de este servicio tanto en el propio bloque quirúrgico como en el hospital en su globalidad.
Conclusiones: De esta forma se podrá observar como la unidad de CMA es un pilar fundamental en el funcionamiento óptimo del hospital, así como una forma de asistencia segura, fiable y con un alto grado de aceptación tanto por parte de la población como de los profesionales.
Palabras clave: CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), Protocolos, Fiabilidad.
Contacto: Luis Rubio Latorre
lrubio@idcsa.net

P-172.- LA MADUREZ DEL PLAN ESTRATÉGICO. EL CUADRO DE MANDO ESTRATÉGICO.
Herrero R, Darpón J, Colina A, Onandia M, Arizabaleta J, Mezkorta K.

Objetivos: El hospital de Basurto en el año 2003, Elabora su II Plan estratégico 2003-2007. De la combinación de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se definieron nacieron líneas estratégicas que, identificadas en base a las líneas de Negocio, Clientes, Personas y Sociedad permitirán alcanzar la Visión.
El mapa de procesos del Hospital de Basurto define como un proceso estratégico el proceso de planificación estratégica. Para conocer el estado o la evolución de los diferentes indicadores y metas anuales de cada uno de los objetivos de las líneas estratégicas era imprescindible el disponer de una herramienta que nos permitiera conocer tal evolución y que permita la toma de decisiones de manera ágil. La herramienta creada fue EL CUADRO DE MANDO ESTRATÉGICO.
Método: Se han utilizado los métodos de discusión dirigida y el brainstorming que han permitido el intercambio de ideas entre los miembros del Consejo de dirección compuesto por 10 personas grupo reducido de personas, entre 5 y 8, que se han discutido de manera informal con un mínimo de normas, constituyendo un grupo de discusión. En este grupo se han visto y discutido entre las personas los intereses comunes la resolución de los problemas que aparecían, se han tomado decisiones y adquirido información par aporte recíproco.
Todo ello con el máximo de espontaneidad y libertad de acción, limitando solamente por el cumplimiento mas o menos flexible de algunas normas generales que favorecen el proceso. Se han levantado actas de todas las reuniones indicándose en cada una de ellas las acciones a llevar a cabo para la siguiente reunión.
Resultados: Como resultado el hospital dispone de un cuadro de mando estratégico que en primera instancia se había desarrollado con herramientas de tipo office en concreto en Excel y que en la actualidad ha mejorado al migrarlo a bases de datos que son accesibles vía web por los componentes del Consejo de Dirección. Dicha herramienta se ha desarrollado también para que los responsables de los servicios puedan evaluar sus propios objetivos pactados con la Dirección correspondiente. Las ventajas son: la evaluación objetiva de la visión y la estrategia, comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos, planificar y establecer los objetivos y obtener información y feedback estratégico.
Contacto: Rafael Herrero Heredero
rherrero@hbas.osakidetza.net

P-173.- ACTIVIDAD ORDINARIA Y AUTOCONCIERTO: METODOLOGÍA DE DIFERENCIACIÓN DE COSTES.
Ballester N, Medina J, Rodrigo J, Casas R, Sánchez-Mora C.

Objetivo: La Contabilidad Analítica nos aporta información sobre los costes de la actividad hospitalaria en general, sin tener en cuenta la diferenciación de la actividad que se realiza en jornada ordinaria y la que se realiza en autoconcierto. Sería de gran interés conocer cuánto le cuesta al hospital un mismo acto hospitalario realizado de una y otra manera.
Método y Resultado: Se trata de establecer una metodología de trabajo para discriminar los costes de la actividad realizada en jornada ordinaria y de la realizada en autoconcierto.
Para alcanzar el coste de un producto siempre tendremos que vincular ese producto al GFH responsable de su producción.
La línea a seguir sería:
1. Partimos de los costes de personal, funcionamiento y repercutidos obtenidos de la Contabilidad Analítica, separando qué corresponde a autoconcierto y qué a jornada ordinaria.
2. Conocemos el coste del autoconcierto correspondiente al gasto de personal, sacamos, por diferencia, lo correspondiente en jornada ordinaria.
3. Para desdoblar los costes de funcionamiento y repercutidos tenemos en cuenta la actividad, ésta se traduce a producción mediante la aplicación de su peso. Con ello obtenemos un porcentaje de producción de autoconcierto y de jornada ordinaria respecto a la producción total que aplicamos sobre los costes de funcionamiento y repercutidos.
4. Sumamos las tres grandes cuentas (personal, funcionamiento y repercutidos), resultando el total de autoconcierto y de jornada ordinaria. El coste unitario se obtiene dividiendo el coste total entre la producción total y multiplicándolo por el peso.
Conclusiones: Dada la creciente demanda asistencial que todos los hospitales vamos teniendo, es obligado programar cada vez más actividad, lo que implica un mayor volumen de actividad en jornada no ordinaria. Con las herramientas de que actualmente disponemos no podemos conocer el coste de la actividad, diferenciándola según se haya realizado en jornada ordinaria ó en autoconcierto.
Sin duda que el conocimiento de estos costes diferenciados nos hará ser más eficientes en la asignación de los recursos.
Contacto: Nieves Ballester Fernández-Bravo
nballester@sescam.org

P-174.- LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE SANITARIO URGENTE A EXAMEN. ¿NECESIDAD O COMODIDAD?.

García-Ribes M, Sámano JM, Sáez U, Núñez JM, González M, Cancio V.

Objetivos: Los servicios de transporte sanitario urgente (STSU) deben de actuar de forma optimizada de forma que sea la gravedad del proceso que presente el paciente la que los demande y no aspectos personales, geográficos, o ergonómicos que puedan hacer al paciente mas o menos cómodo acudir a los servicios de urgencias, sobremanera cuando son recursos limitados para áreas de salud muy extensas a las que un transporte "de complacencia" puede dejar desatendida innecesariamente. El objetivo de este estudio es analizar las características de la demanda de STSU de un área de salud para analizar su grado de optimización.
Metodología: El equipo de técnicos del STSU ha recogido los datos y elaborado un registro de las todas las salidas que los vehículos de transporte sanitario urgente adscritos a nuestra área de salud realizaron durante 2 meses. El registro incluye las características del paciente y su entorno, el motivo del aviso y el procedimiento de evacuación empleado. Se ha evaluado la incidencia de todos estos factores en las salidas realizadas y se han establecido correlaciones entre ellos para valorar al grado de optimización del servicio.
Resultados: Un 62% de los pacientes que solicitaron el traslado eran varones, con 53 años de media de edad. El 67% residían a menos de 500 metros del centro de salud. Solo un 25% de los pacientes trasladados residían en edificios de más de 1 altura sin ascensor y el 55% fueron evacuados a pie hasta la ambulancia. El 80% de los avisos procedían de la central de coordinación del servicio de STSU. Un 30% de los avisos requirieron la presencia del medico en el domicilio pero sólo en un 20% de estos estuvo justificado por la gravedad de la patología. Sólo un 5% de los avisos fueron trasladados posteriormente al hospital de referencia en UVI móvil.
Conclusiones:
1.- Existe una inadecuada utilización de los STSU por parte de los usuarios de nuestra área de salud.
2.- Probablemente podamos corregir esta situación mediante el uso de campañas de sensibilización hacia los usuarios así como obteniendo previamente a la salida mas información del motivo del aviso a través del medico de guardia.
Contacto: Miguel García Ribes
gribesm@gmail.com

P-175.- GUÍA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASITIDA EN LOS HOSPITALES DE UN SERVICIO DE SALUD. RESUMEN PARA GESTORÍAS DE USUARIOS.

Carriazo-Pérez A, Aldana-Espinal JM, García-Rotllán J, Carmona-Velarde J, Grupo de Referencia de Reproducción Humana Asistida

Introducción. El Servicio de Salud (SS) está ampliando su red de unidades de Reproducción Humana Asistida (RHA) y la oferta asistencial de inseminación artificial y fertilización in vitro/inyección intracitoplasmática de espermatozoides, con técnicas como donación de ovocitos, laboratorio de alta seguridad biológica, y diagnóstico genético preimplantatorio (DGPI). La Guía de Reproducción Humana Asistida, se elaboró con la recomendación y consenso del Grupo de Referencia de RHA convocado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS), y era inicialmente de referencia para las unidades de reproducción. Define la asistencia a usuarios con problemas de esterilidad, siguiendo un recorrido por los diferentes puntos asistenciales y técnicas disponibles. Durante el tiempo de vigencia de la Guía, se puso de manifiesto la importancia de las Gestorías de Usuarios (GU) en el proceso de información al usuario, y en la orientación del flujo de pacientes intra e interhospitales, así como las dudas existentes sobre conceptos novedosos y gestión de casos, que llegaban a la DGAS.
Objetivos. Adaptación para Gestorías de Usuarios de la Guía de Reproducción Asistida del SS.
Metodología. Grupo de expertos. Se realizó un análisis sobre las dudas recibidas en la DGAS y los puntos de la Guía que ocasionaban conflicto o eran poco operativos para GU. Resultados. La propuesta final adoptó la forma de resumen orientado a la actividad específica de las GU con las siguientes características: 1) como punto de partida se describieron los criterios generales para la aplicación de las técnicas de RHA, requisitos básicos para todos los usuarios que demandan estos procedimientos; 2) sobre las técnicas se realizó una anotación breve y clara de su definición, desde el estudio básico de esterilidad al DGPI; 3) de cada una de las técnicas se incluyeron los requisitos generales para el acceso (edad, requisitos clínicos...) y los criterios de aplicación (número de ciclos y circunstancias de realización); 4) se concretan los hospitales que realizan técnicas específicas para las que son referencia, información que puede actualizarse en función de la implantación del programa de RHA.
Conclusiones. Además de garantizar la calidad clínica y asistencial, la Guía de RHA está permitiendo unificar los requisitos de acceso y los criterios de aplicación de estos procedimientos. Las GU se implican activamente en este proceso puesto que ofrecen información sensible para los usuarios y son gestores de la orientación de los casos concretos.
Contacto: Ana Mª Carriazo Pérez de Guzmán
anam.carriazo@juntadeandalucia.es

P-176.- ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA PETICIONES DE TAC CRANEALES URGENTES SOLICITADOS DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Aginaga JR, Gurrutxaga I, Etxegia A, Iglesias R, Palenzuela R, Ventura I.

Introducción: El avance en la accesibilidad a las pruebas radiológicas puede llevar en ocasiones a un mal uso de las mismas. A pesar de haberse publicado en el año 2000 los "Criterios de remisión de pacientes (pct) a los servicios de diagnóstico por la imagen" adaptados por la Comisión Europea y expertos europeos en radiología y medicina nuclear, no están claramente explicitados los criterios de remisión urgente a las diferentes pruebas desde un Servicio de Urgencias.
Objetivo: Analizar la adecuación de las peticiones de Tomografía Axial Computerizadas (TAC) craneales urgente, solicitados desde el Servicio de Urgencias Generales, al Servicio de Radiología, en un Hospital terciario.
Metodología:
- Establecimiento por consenso entre los Servicios de Urgencias Generales, Neurología y Radiología de los posibles criterios de remisión urgente.
- Cálculo de la muestra con un nivel de confianza de un 95% y la precisión en un 5%. n=193. Análisis aleatorio estratificada simple.
- Análisis retrospectivo de la adecuación de las peticiones realizadas de TAC craneal.
- Período de estudio: 01/07/05-31/12/05.
Resultados: De las 48.305 urgencias atendidas, se solicitaron 1.347 TAC craneales urgentes, con una media de 7 TAC/día con un rango de 0 a 18 TAC/día. Se solicitaron 202 TAC en Julio, a diferencia de los 260 solicitados en Diciembre ($p<0.05$).
Se consensuaron 11 criterios de remisión urgente: accidente cerebrovascular agudo (ACVA), accidente isquémico transitorio (AIT); amnesia global transitoria (AGT); cefalea con sospecha de Hemorragia subaracnoidea; cefalea con sospecha de organicidad; alteración del comportamiento (organicidad); TCE leve según reglas de predicción clínica; TCE moderado-severo; convulsiones; meningitis-encefalitis; disminución conciencia-coma.
Se eliminaron 12 registros por errores de codificación.
Los motivos más frecuentes de remisión fueron: ACVA: 43 pct, TCE leve: 36 pct, TCE moderado: 24 pct, cefalea con sospecha de HSA: 14 pct. No cumplían con los criterios consensuados: 12 pct; de éstos 6 ingresaron y 6 fueron dados de alta, ninguno presentó patología grave: 8 vértigos periféricos y 4 mareo-síncope.
Conclusiones:
- Los criterios consensuados son válidos para establecer los motivos de derivación urgente.
- En los 12 pct que no los cumplían, se podría realizar el TAC de forma no urgente.
- En las peticiones urgentes, se ve necesario establecer prioridades en la realización de la prueba, tanto para facilitar el trabajo de los médicos de urgencias como los radiólogos.
Contacto: José Ramón Aginaga Badiola
jaginaga@chdo.osakidetza.net

P-177.- ANÁLISIS DE CONTINGENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROGRAMADA DE UNA CONSULTA EN UN HOSPITAL DE ÁREA.

Pérez-Maiquez M, Abellán-Nogueira MT, Sánchez-Nieto JM, Carrillo-Alcaraz A, Alemany-Francés L, Menchón-Martínez P.

Al área de consultas externas acuden a diario los pacientes a recibir atención médica y realizarse pruebas de forma programada. A menudo,

los pacientes plantean situaciones cuya asistencia, no prevista, distorsiona la actividad programada. La respuesta a estos problemas suele improvisarse y puede recaer en personas que nada o poco pueden hacer para solucionarlo. Además, los pacientes pueden sentir lesionados sus intereses, cuando las soluciones dadas no coinciden con sus expectativas de atención.
Objetivos.
1. Analizar la incidencia de contingencias durante el desarrollo de la actividad programada en la consulta de Neumología
2. Conocer y sistematizar los tipos de contingencias planteadas.
Métodos: Estudio observacional prospectivo de serie de casos.
Población: pacientes que acuden de forma consecutiva a consultas programadas de Neumología. Herramientas: hoja de recogida de contingencias ad hoc. Periodo de estudio: enero a mayo de 2006.
Análisis estadístico: Los datos se expresan como porcentajes. La comparación entre variables se ha realizado mediante el test Chi cuadrado o el test exacto de Fisher.
Resultados: Se registraron durante el período evaluado 115 contingencias. El nº total de días evaluados fue de 80 (1,43 contingencias por día). En 35 casos (30,4%) la contingencia era la atención a personas no citadas debido a pertenecer al hospital o ser "recomendados". Treinta y uno (26,9%) el paciente acudía para preguntar a su neumólogo alguna duda. En 16 casos (13,9%) había existido algún fallo en la citación. Trece (11,3%) se demandaba asistencia urgente por encontrarse mal. Otras causas (error en la especialidad, preguntas sobre demoras, etc.) sumaron 20 casos (17,3%). No existieron diferencias significativas en la incidencia de contingencias según el día de la semana.
Conclusiones:
1º. El mayor número de contingencias, casi la mitad, es debido a la demanda de asistencia no programada ("personal de la casa", "recomendados" y pacientes que solicitan contactar con "su neumólogo")
2º. Es necesario tener en cuenta la existencia de contingencias en el área de consultas y adecuar la programación de la actividad a esta realidad, debido al impacto que supone en el consumo de tiempo asistencial de los profesionales.
Contacto: Manuela Pérez Maiquez
juanm.Sánchez3@carm.es

P-178.- AGENDAS DE CITACIÓN: ELABORACIÓN,DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN LENGUAJE COMÚN EN LA COMARCA EZKERRALDEA ENKARTERRI.BIZKAIA.
Hernando R, Gonzalez A, de Gauna PL, Caballero S, Benito I, Arara I.

Objetivos: Unificación del lenguaje presente en las agendas de citación relativo a los servicios que se prestan en las consultas, con la intención de mejorar:
• el registro de la actividad
• el dimensionamiento de los recursos.
• La adaptación a la demanda.
• La incorporación de nuevos Profesionales.
Métodos: Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar con la finalidad siguiente:
• Establecimiento de la estructura de la agenda de calidad.
• Denominación y descripción de los distintos servicios contenidos en las agendas.
• Elaboración de directrices de citación: punto de citación, responsable, etc según el criterio de añadir el máximo valor a la tarea.
Posterior presentación a los Consejos Técnico y de Dirección de la Comarca para su debate y aprobación.
Pilotaje del proyecto en cuatro Unidades de la Comarca. Edición de la versión definitiva tras incorporación de sugerencias de Profesionales y otros ajustes.
Finalmente, presentación del proyecto en cada una de las Unidades de Atención Primaria de la Comarca. Implantación posterior.
Resultados:
• Implantación efectiva del nuevo nomenclator en el 100% de las agendas de la Comarca.
• Reducción efectiva del número de términos utilizados en las agendas.
• Mejora del proceso de registro y cuantificación de la actividad en las Unidades.
• Se evidencian déficits de comprensión del proyecto.
Conclusiones:
• Con el proyecto se responde a una doble demanda: mejora de las agendas de cita, simplificación y mejora del proceso de registro y de explotación de los datos, lo que permite disponer de información adecuada para la toma de decisiones.
• Mejora del procedimiento de citación al asignar tareas a los distintos profesionales participantes en el proceso.
Contacto: Sinesia Caballero Pérez
scaballero@apee.osakidetza.net

P-179.- COMISIÓN QUIRÚRGICA HOSPITALARIA. INSTRUMENTO DE CONTROL Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
Díaz-Mengíbar MF, García-Gonzalez L, Rodríguez-Bello J, Gonzalez-Maestre J, Raposo Triano MF, Pirla-Carvajal J.

Titulo: Comisión quirúrgica hospitalaria.Instrumento de control y mejora de la calidad ASISTENCIAL .
Objetivos: Analizar el funcionamiento de la comisión quirúrgica del Hospital de Jerez del periodo comprendido 2002-2005, através de objetivos estratégicos y específicos.
Metodología: la comisión quirúrgica está formada por los jefes de servicio del área quirúrgica, supervisor de Enfermería, esterilización, médico de admisión, subdirección médica y dirección de Enfermería; consta de presidente y secretario con una periodicidad dmensual en las reuniones. Es una de las comisiones asesoras de las que dispone el equipo directivo del Hospital, con un grado importante de descentralización en la toma de decisiones .
La metodología utilizada para la evaluación consiste en el análisis los siguientes aspectos: objetivos, organización y funcionamiento, problemas detectados y actividades desarrolladas para que en un segundo tiempo nos permita evaluar, cuantificar y medir rutinas de gestión, participación y evaluación final.
Resultados: La comisión quirúrgica en estos cuatro años nos ha servido de instrumento para el conocimiento , control y organización de los flujos de entrada y salida de pacientes inscritos en el registro de demanda quirúrgica relacionado con el cumplimiento del decreto de garantía; control del proceso bloque quirúrgico; foro de participación multidisciplinar y multiprofesional.
Conclusiones: con el desarrollo de esta metodología de trabajo y con la puesta en marcha de la comisión quirúrgica, podremos abordar de una forma sistematizada junto con el esfuerzo participativo de los profesionales y el equipo directivo los problemas identificados,las mejoras propuestas con una mayor implicación y participación en la toma de decisiones; haciendo de la comisión quirúrgicas un sistema dinámico de evaluación.
Contacto: Mª Francisca Díaz Mengíbar
mariaf.diaz.sspa@juntadeandalucia.es

P-180.- CALIDAD ASISTENCIAL Y FIBRILACIÓN AURICULAR. ANÁLISIS PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL.
Montijano-Cabrera AM, Aguilera-Peña M, Galán-Doval C, Fernández-Romero E, Pablo-Vázquez MD, Recio-Ramírez JM.

Introducción: La Gestión por Procesos constituye una herramienta esencial para ofertar calidad asistencial. Antes de implantar cualquier proceso asistencial es necesario conocer la situación de cada hospital e identificar los aspectos susceptibles de mejora.
Objetivo: Estudiamos retrospectivamente y describimos el manejo de la fibrilación auricular en el área de Urgencias y en las consultas de Cardiología de nuestro hospital, en un momento anterior a la implantación de este Proceso Asistencial.
Métodos: Se estudian 210 informes clínicos con diagnóstico principal de fibrilación auricular (111 pacientes atendidos en Urgencias, y 99 en Cardiología). Se analizaron 3 criterios de calidad extraídos de los propuestos en dicho proceso: realización de tratamiento antitrombótico y antiarrítmico según las recomendaciones establecidas y, en su caso, cardioversión eléctrica antes de 60 días.
Resultados: Todos los pacientes tratados en Cardiología realizaron tratamiento con dicumarínicos salvo contraindicación o negativa. Se optó por cardioversión en 93% (tras anticoagulación) y por control de la respuesta ventricular en 7%; los antiarrítmicos empleados fueron adecuados a las condiciones de cada paciente. El 3% de las cardioversiones eléctricas se demoraron por retraso en la anticoagulación. Por su parte, el

análisis de los informes de Urgencias mostró tratamiento antitrombótico insuficiente en el 30%, y un 26% de actuaciones incorrectas en la terapia antiarrítmica, destacando la tendencia a revertir incluso en ausencia de repercusiones de la arritmia y/o antes de constatar un reducido riesgo embólico, el empleo sistemático de fármacos antiarrítmicos ante cualquier fibrilación auricular, y la utilización mayoritaria de amiodarona como primer fármaco. En este grupo todas las cardioversiones indicadas se llevaron a cabo el día de la consulta. Conclusión: Existen diferencias notables en el manejo de la fibrilación auricular a favor de los cardiólogos, traduciendo una escasa difusión del Proceso Asistencial correspondiente. En Urgencias se observaron carencias significativas tanto en el tratamiento antitrombótico como en el antiarrítmico. Tales errores podrían corregirse mediante la implantación de dicho Proceso Asistencial.

Contacto: Ángela M. Montijano Cabrera
amontijano@terra.es

P-181.- EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PIEL POR DERMATÓLOGOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Hernández-Martin A, Núñez A, Arias-Palomo D, Barahona E, Higalgo C, García-Higuera I.

Introducción: En el Sistema Nacional de Salud, cada Especialidad tiene una manera diferente de abordar el mismo proceso asistencial, por lo que no es posible analizar y comparar su eficiencia.
Objetivos: Evaluar el proceso del tratamiento quirúrgico del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) cuando es realizado por un Servicio de Dermatología en los Centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.
Metodología: Estudio prospectivo observacional a lo largo de 3 años, en el que se analizaron los pacientes operados de cáncer cutáneo en el Servicio de Dermatología del Hospital General Yagüe de Burgos con el diagnóstico preoperatorio de CCNM de tipo carcinoma basocelular (CBC) o carcinoma epidermoide (CEC). Para asegurar una recogida homogénea de datos, se definió el proceso asistencial que conduce al tratamiento quirúrgico del CCNM por parte de un especialista en Dermatología. Se analizó la concordancia clínico-patológica (CCP) (concordancia entre el diagnóstico clínico prequirúrgico y el resultado histológico postquirúrgico), la relación entre la complejidad de la reparación quirúrgica y el consumo de recursos sanitarios, y el tiempo de espera en lista quirúrgica desde el momento del diagnóstico.
Resultados: En el análisis se incluyeron 348 pacientes, a los que se extirparon 521 lesiones cutáneas correspondientes a un CCNM de tipo CBC o CEC. El diagnóstico fue exclusivamente clínico en 487 tumores, confirmándose una correlación clínico-patológica en el 85,41% de todos los casos intervenidos. 96.42 % de los pacientes requirieron anestesia local, aunque 111 de ellos (21.29%) precisaron una reparación quirúrgica compleja; 349 pacientes (77.90%) fueron operados ambulatoriamente, 73 (16.29%) precisaron una breve permanencia en el hospital de día quirúrgico y otros 26 (5.80%) fueron ingresados en hospital. En cuanto a los tiempos de espera quirúrgica, el 80% de los pacientes fueron operados en un plazo máximo de 3 meses después de ser diagnosticados.
Conclusiones: Las ventajas del tratamiento quirúrgico del CCNM por parte de los dermatólogos en el Sistema Nacional de Salud son, al menos, las siguientes: 1) el procedimiento quirúrgico es realizado en los pacientes apropiados; 2) el consumo de recursos sanitarios es mínimo; 3) el diagnóstico clínico de las lesiones cutáneas previo a la intervención permite priorizar las patologías malignas en las listas de espera quirúrgicas.

Contacto: Ángela Hernández Martín
ahernandez_hnj@yahoo.es

P-182.- CRITERIOS DE ADECUACIÓN DE LA FASE POST-OPERATORIA.

Góngora-Hervás JM, Robles-Vicente M, Maiquez-Mojica V, Ródenas Martínez E, López-Guerrero FA, Sanches-Vigara E.

Objetivos: 1. Mejora de la Atención al paciente quirúrgico del Hospital de Molina. 2. Establecer los criterios de Adecuación del seguimiento postoperatorio para los pacientes intervenidos en el Hospital de Molina. 3. Establecer indicador de grado de dicha adecuación. 4. Medir el grado de cumplimiento de adecuación del postoperatorio en el Hospital de Molina. Métodos: Durante el primer trimestre del año 2006, se conforma el Grupo de Mejora de la Atención al Paciente Quirúrgico, multidisciplinar, que se encarga mediante consenso y basados en evidencia científica de definir los procedimientos necesarios para considerar el postoperatorio adecuado para cada una de las intervenciones que se realizan en nuestro hospital y establecer el criterio de medida.
Desarrollo: Se definen los procedimientos generales del postoperatorio. Y se establecen para cada especialidad, y en cada una de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en nuestro hospital los procedimientos del postoperatorio específicos. Posteriormente se ha realizado una revisión sistemática de historias quirúrgicas, por personal externo a la unidad, para valorar el grado del cumplimiento de adecuación del postoperatorio.
Resultados: En mayo del 2006, el índice de adecuación del postoperatorio en nuestro hospital es del 78% .
Conclusiones: Consideramos aceptable el índice de adecuación de postoperatorio en el Hospital de Molina, en relación con el tiempo de implantación de este proceso, nos proponemos para el año 2007 un índice del 90 %

Contacto: Juana María Góngora
amarin@idcsa.net

P-183.- CRITERIOS DE ADECUACIÓN DE LA FASE PRE-OPERATORIA.

Maiquez-Mojica V, Góngora-Hervás JM, Robles-Vicente M, Ródenas Martínez E, López-Guerrero FA, Menchón-Serna D.

Objetivos: 1. Mejora de la Atención al paciente quirúrgico del Hospital de Molina. 2. Establecer los criterios de Adecuación del preoperatorio para los pacientes intervenidos en el Hospital de Molina. 3. Establecer indicador de grado de dicha adecuación. 4. Medir el grado de cumplimiento de adecuación preoperatoria.
Métodos: Durante el primer trimestre del año 2006, se conforma el Grupo de Mejora de la Atención al Paciente Quirúrgico, multidisciplinar, que se encarga mediante consenso y basados en evidencia científica de definir los procedimientos necesarios para considerar el preoperatorio adecuado para cada una de las intervenciones que se realizan en nuestro hospital y establecer el criterio de medida.
Desarrollo: Se definen los procedimientos generales del preoperatorio y se establecen para cada especialidad, y en cada una de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en nuestro hospital los procedimientos del preoperatorio específicos. Posteriormente se ha realizado una revisión sistemática de historias quirúrgicas, por personal externo a la unidad, para valorar el grado del cumplimiento de adecuación del preoperatorio.
Resultados: En mayo del 2006,el índice de adecuación del preoperatorio en nuestro hospital es del 61%.
Conclusiones: El grado de adecuación del preoperatorio en el Hospital de Molina lo consideramos bajo. El factor limitante para alcanzar un nivel aceptable es la firma de los consentimientos informados por parte de los cirujanos. Es necesario establecer una estrategia para implicar a estos profesionales

Contacto: Verónica Maiquez
amarin@idcsa.net

P-184.- CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL PARA PERSONAS DISCAPACITADAS (USBD-D).

Carracedo-Cabaleiro E, Martín-Sanjuán C.

Objetivos: General: Valorar el proceso de atención de la USBD-D, detectando áreas de mejora y medidas correctoras.
Específicos:
1. Conseguir una práctica clínica adecuada.
2. Evaluar el grado de cumplimiento del circuito de todo cliente derivado y tratado en la USBD-D establecido en la Vía Clínica del Programa.
3. Centrar las actuaciones en el usuario.
4. Implicar y motivar a los clientes principales en la prevención y promoción de su salud bucodental.
5. Implicar a todos los profesionales en la gestión del proceso.
Métodos: Para llevar a cabo el proyecto, se realizó un cronograma de actividades:
Julio-Octubre'05: creación del grupo de trabajo, análisis de situación, detección de problemas y revisión bibliográfica.
Noviembre'05-Marzo'06: propuestas de mejora y puesta en marcha.
Abril-Mayo'06: evaluación de las medidas correctoras.

Resultados: Tras la puesta en marcha de la propuesta de mejora, los resultado han sido muy satisfactorios:
Clientes principales: mejora en la consecución de los indicadores, aumentando su satisfacción y cubriendo sus necesidades, y posibilitando la participación de los mismos en el programa de salud bucodental.
Clientes secundarios: aumentando la implicación y satisfacción en nuestra función asistencial, al ser agentes promotores de la innovación y mejora de la calidad (gestión por procesos).
Conclusiones: La USBD-D está dando una atención a los niños que no podían ser tratados en una consulta tradicional trabajando con la filosofía de la Calidad Total, incrementando tanto el tratamiento conservador, como las actividades de prevención y promoción para la salud bucodental, disminuyendo de esta manera, el único tratamiento que se realizaba a este colectivo hasta la actualidad en el sistema sanitario público (exodoncias).
El papel de los profesionales de la USBD-D comienza con la prevención y no acaba cuando se da el alta al paciente después de la intervención para el tratamiento dental.
La intervención en las revisiones es fundamental para evitar complicaciones, nuevas cirugías y mejorar la calidad de vida del paciente.
Con la gestión por procesos y la mejora continua de la calidad queremos mantener el alto nivel de satisfacción del cliente principal, asegurando de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el cliente, y la implicación de las personas para mejorar los resultados de la USBD-D.
Contacto: Esther Carracedo Cabaleiro
ecarracedo@yahoo.es

P-185.- CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA: 1998-2005.
Lamiquiz E, Saiz C, Garitano B, Fernández MC, Bustamante R, Martínez-Muerza F.

Introducción: El objetivo final de un sistema de salud es prolongar en cantidad y calidad la vida del individuo. Por tanto, analizar la muerte y aprender de ella mediante la autopsia debe ser una actividad sistemática, ya que contribuye a la evaluación de la calidad, de la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos, tiene un gran valor desde el punto de vista docente, es de gran utilidad para la realización de trabajos científicos.
A pesar de ello la autopsia atraviesa una crisis en el mundo actual. Los avances diagnósticos mediante las técnicas de imagen no han reducido su valor, pues las discordancias clínico-patológicas siguen existiendo en nuestros días, en que tenemos a nuestro alcance una importante tecnología diagnóstica.
Objetivos: Conocer la tasa de discordancias mayores en los diagnósticos de los éxitus.
Identificar los diagnósticos más frecuentes no sospechados clínicamente
Valorar la adecuación de las autopsias solicitadas
Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo.
La Comisión de Historias desde 1998 realiza anualmente una revisión de historias de pacientes fallecidos en el hospital durante el año anterior a los que se realizó necropsia (excepto fetos y autopsias judiciales).
Se diseñó una hoja de recogida de datos.
Para el establecimiento de la correlación clínico patológica, se utilizaron los Criterios de Clasificación de las discrepancias premortem / postmortem establecidos por Anderson en 1984.
La recogida y explotación estadística de los datos la realizó un facultativo de la Unidad de Calidad, utilizando SPSS.
VARIABLES DEL ESTUDIO
Edad, sexo, servicio, paciente conocido, diagnósticos clínicos, (primarios y secundarios), diagnósticos autopsia (primarios y secundarios), indicación de realización de autopsia, Discrepancia Mayor (Categorías I y II). Discrepancia Menor (Categorías III y IV), No Discrepancia (Categoría V).
Resultados: Se evaluaron un total de 161 casos. La tasa de Discrepancias Mayores (categoría I y II) varía entre el 31-36%. La tasa de no discrepancia oscila entre un 32%-83% (se presenta tabla de resultados desde 1998 hasta 2005). Los hallazgos autópsicos más frecuentes en los casos discordantes fueron: TEP (4 casos); Neumonía (4 casos); Tumores de páncreas (3 casos). 9 autopsias se consideraron no indicadas.
Conclusiones: La tasa de discrepancias coincide con la descrita en la bibliografía durante los últimos años. El valor de la autopsia es indiscutible, a pesar de la amplia tecnología diagnóstica existente en nuestros días.
Contacto: Eva Lamiquiz Linares
elamiquiz@htxa.osakidetza.net

P-186.- AVANZANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS. ANÁLISIS DEL PROCESO TIROIDECTOMÍA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER.
Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Miquel-Perelló J, Campillo-Soto A, del Pozo-Gil de Pareja P, Aguayo-Albasini JL.

Introducción y Objetivos: El Proceso Tiroidectomía se define como el conjunto de actuaciones secuenciales dirigidas a establecer el diagnóstico de enfermedad tiroidea susceptible de tratamiento quirúrgico así como la aplicación del mismo con los estándares mayores posibles de calidad asistencial, entendida ésta en sus aspectos de calidad científico-técnica, eficiencia y calidad percibida por pacientes y familiares.
El objetivo de nuestro trabajo es describir y analizar este Proceso, recientemente diseñado en nuestro servicio.
Material y Método: Se constituyó un grupo de trabajo formado por dos cirujanos miembros de unidad funcional de cirugía endocrina, el coordinador de calidad y el jefe del servicio de cirugía. Una vez definido el proceso, se establecieron los límites de entrada (paciente diagnosticado en atención primaria o en cualquier consulta de especializada, programada o de urgencias, de nódulo tiroideo, bocio y/o alteración de la función tiroidea, subsidiarios de cirugía) y de salida (paciente tiroidectomizado que no necesita más tratamiento y se reintegra a sus actividades habituales, así como el paciente que, tras evaluación diagnóstica, no precisa tratamiento quirúrgico, o bien, éste queda contraindicado por cualquier causa.
Se definieron los destinatarios del proceso así como sus componentes y sus tareas. Las secuencias de etapas intermedias o subprocesos quedan representadas en el mapa del proceso.
Resultados: Se establecieron y midieron una serie de indicadores del proceso: demora quirúrgica, porcentaje de empleo de vía clínica, tiempo de estancia preoperatoria y global, indicador de consentimiento informado, tasa de hipoparatiroidismos y lesiones recurrenciales y mortalidad.
Conclusión: El diseño y medida de un proceso mediante el análisis de indicadores nos permite conocer el estado de dicho proceso para poder mejorarlo.
Contacto: Benito Flores Pastor
be240762@terra.es

P-187.- ESTRUCTURA DE LA CADENA DE VALOR DE PORTER EN EL ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES QUIRÚRGICAS.
Emparan C, Mazo S, Soriano P, Cabezali R.

Objetivos: el seguimiento de la morbilidad de la infección quirúrgica siguiendo el esquema de la cadena de valor de Porter permite establecer modelos de mejora sistematizados y estructurados en el tratamiento de los pacientes quirúrgicos complicados.
Material y Métodos: durante el 2004 se hizo una revisión sistemática de los elementos integradores de la cadena de valor de 150 pacientes del área quirúrgica con infecciones quirúrgicas. Tras evaluar la infraestructura hospitalaria empleada en ellos, los recursos humanos empleados, la tecnología aplicada y la logística y consumos necesarios se estableció un plan de mejora basado en la integración de una nueva cadena de valor integrando las Unidades Quirúrgicas y el Servicio de atención Domiciliaria. Los 5 GRDs con mayor impacto de las infecciones quirúrgicas (osteomielitis, sepsis, neumonía, infección de herida y pie diabético) fueron evaluadas siguiendo un modelo de seguridad del paciente (reingresos, morbilidad, mortalidad....) y de coste-beneficio.
Resultados: la integración y reestructuración de la cadena de valor de pacientes con infecciones quirúrgicas permitió: 1 - Reducir la estancia media de las Unidades quirúrgicas al eliminar sus outliers (desde 4,32 a 3,93 días). 2 - El nivel de reingresos, morbilidad o mortalidad de los pacientes se encontró dentro de los estándar del Hospital y no hubo ninguna muerte no anticipada por el grupo diagnóstico. 3- El coste-beneficio de la implantación de la nueva cadena valor supuso un retorno de la inversión en 9 meses de funcionamiento de la Unidad.

Conclusiones: el análisis de problemas de integración multidisciplinar como las infecciones quirúrgicas aplicando la cadena de valor de Porter permite sistematizar la asistencia sanitaria, integrar nuevos elementos y optimizar el proceso, tanto en su vertiente sanitaria (seguridad del paciente) como económica.

Contacto: Carlos Emparan García de Salazar
cemparan@fhcalahorra.com

P-188.- ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA DEL PACIENTE CON ICTUS.

Valencia-Martín JL, Grande-Arnesto M, García-Caballero J.

Objetivo: Implementar indicadores clave y estándares para una asistencia sanitaria integral y eficiente del paciente con ictus.
Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica de vías clínicas y guías de práctica clínica en la atención del paciente con ictus, y se consultaron páginas web especializadas en indicadores sanitarios. Tras una síntesis de la evidencia disponible, seleccionamos los indicadores clave en cada una de las fases asistenciales, presentándolos en sesión clínica a los profesionales del Servicio de Neurología. Finalmente, se incorporaron en la vía clínica para la atención del paciente con ictus que se estaba diseñando en nuestro hospital, en un documento que servirá para la evaluación periódica de los procesos y resultados contemplados en dicha vía clínica.
Resultados: Entre los indicadores de estructura, se seleccionó la existencia de una unidad clínica para la atención del paciente con ictus, de la que ya dispone el Servicio. Los indicadores de proceso comprendieron el diagnóstico precoz (desde su llegada a Urgencias, evaluación clínica de todo paciente con ictus en los primeros 10 minutos; resultados de laboratorio a los 25 minutos, y realización de una tomografía diagnóstica a los 30 minutos de ser atendidos); el tratamiento precoz y adecuado (tratamiento con rtPA antes de 3h desde el inicio de todo ictus isquémico sin contraindicaciones; tratamiento antihipertensivo desde las primeras 48h de hospitalización), la prevención de complicaciones (evaluación de la deglución en las primeras 24 h; y, en las primeras 48 h de hospitalización, tratamiento con heparinas de bajo peso molecular y suero salino IV, rehabilitación precoz, y tratamiento de hipertermia, hipo e hiperglucemias e hipoxia) y la continuidad asistencial (existencia de una vía clínica; educación sanitaria en rehabilitación a cuidadores y pacientes documentada durante la hospitalización; y existencia de un informe de alta estandarizado con diagnósticos, necesidades y un plan de cuidados individualizado al alta). Como indicadores de resultado, la estancia hospitalaria (resultados intermedios), complicaciones durante la hospitalización, mortalidad precoz y tardía, calidad percibida, recuperación funcional AVD y percepción subjetiva de calidad de vida, cuyos estándares serán evolutivos.
Conclusiones: La asistencia integrada del paciente con ictus exige la coordinación de los Servicios de Urgencias; Neurología y Rehabilitación; para ello, es útil el desarrollo de una vía clínica y el establecimiento de estándares de calidad.

Contacto: José Lorenzo Valencia Martín
jvalencia@andaluciajunta.es

P-189.- ADECUACIÓN DE USO DE APÓSITO SOBRE HERIDA QUIRÚRGICA.

Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Llorente-Parrado C, García-Caballero J.

Introducción y objetivo: ocluir la herida quirúrgica con apósito estéril suele ser el procedimiento rutinario con el que finaliza la cirugía. Según la evidencia científica disponible no hay diferencias significativas, en términos de infección de localización quirúrgica, entre tapar la herida con apósito o dejarla al descubierto.
El objetivo de este estudio es conocer el porcentaje de pacientes en los que se usa apósito tras la cirugía y realizar un seguimiento de ellos durante 72 horas.
Método: se realizó un seguimiento de todos los pacientes intervenidos de forma programada durante dos días consecutivos tras la intervención, en todos los servicios quirúrgicos del Hospital General y de Traumatología.
La variable principal era ver la presencia o ausencia de apósito en la herida quirúrgica y la variable secundaria la permanencia del mismo.
Resultados: se incluyeron 52 pacientes, recibiendo todos ellos apósito tras la cirugía. 17 pacientes fueron dados de alta antes de las 72 horas y no pudo completarse el seguimiento. En las primeras 24 horas se retiró el apósito al 16,7% de los pacientes, y a las 72 horas permanecía en el 63,3% de los pacientes.
Conclusiones: cubrir la herida quirúrgica con apósito es una práctica habitual en nuestro hospital. Es necesario promover la no utilización rutinaria del apósito en los Servicios Quirúrgicos.

Contacto: Elisa Villasevil Llanos
elivillasev@hotmail.com

P-190.- PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DEL MATERIAL DE EMERGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: DESFIBRILADOR, CARRO DE PARADA Y MALETINES.

Jiménez-Domínguez C, Sarrais-Rodríguez C, Hernández-Núñez J, Guede-Gómez FJ, Calvo-Jaén B, Sáez-Jiménez N.

Objetivos:
1. Diseñar el procedimiento que permita la unificación de la revisión del material de urgencias/emergencias en todos los centros de salud, consultorios y Servicios de Atención Rural (SAR) del Área.
2. Establecer el circuito de revisión del desfibrilador, carro de parada y maletines, la periodicidad de dicha revisión, el registro y su verificación.
Métodos: Encuadrado dentro del Plan de Mejora de la Atención Continuada y Urgente del Área 8, se constituyó un grupo de trabajo.
Partiendo de la bibliografía existente, de la relación de material sanitario y fármacos disponibles en el Área y de la experiencia profesional de los componentes del grupo, se diseñó un borrador que contenía el material mínimo del que se debe disponer para la atención a una emergencia, estructurado en los apartados de "Desfibrilador", "Carro de parada" y "Maletines". También se consideró la revisión básica del vehículo (atención domiciliaria).
Dicho borrador se sometió a consideración individual y a debate dentro del grupo, llegando a consenso.
Del mismo modo, se diseñó el circuito de revisión, la hoja de registro y de verificación.
Resultados: Grupo formado por 15 profesionales (9 médicos y 6 enfermeras).
Realización del procedimiento unificado de revisión del material de urgencias/emergencias del Área 8 de Atención Primaria, permitiendo su adaptación a cada situación o necesidad (consultorios sólo con turno de mañana; centros con turno de mañana, turno de tarde y SAR u otras circunstancias).
Diseño del circuito de revisión, hoja de registro, verificación y establecimiento de indicador de proceso para su seguimiento.
(Todo ello será presentado en el congreso).
Conclusiones:
1. El diseño de este procedimiento permite asegurar la disponibilidad de todo el material necesario para la atención a la urgencia y a la emergencia, así como su verificación y seguimiento.
2. El trabajo inicial de un grupo facilita el del resto de profesionales y la implantación del procedimiento independientemente de la realidad de cada centro del Área.

Contacto: Cristina Jiménez Domínguez
cjimenez.gapm08@salud.madrid.org

P-191.- PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.

Gonzalez-Ruano P, Saez T, Serralta G, Pacheco R, Marco A, Pascual T.

Objetivo: Mejorar la calidad asistencial de los principales procesos atendidos en la Unidad de Medicina Interna (UMI) de un Hospital de Apoyo.
Metodología: Selección de los principales GRD según el CMBD. Estudio de adecuación de la actividad asistencial a los indicadores de calidad de atención hospitalaria de la Joint Commision, y comparación con las mejores prácticas (benchmarking). Revisión de la evidencia científica según las principales guías clínicas. Diseño de mediadas correctoras específicas por diagnóstico adaptadas a la UMI. Evaluación de resultados.
Resultados: Se inició un estudio piloto para establecer la conveniencia del proyecto, motivar a los profesionales, y establecer una metodología y programa de trabajo adecuado a la UMI. Se estudiaron los

informes al alta de los últimos 30 pacientes con diagnóstico principal de Insuficiencia cardiaca. Un 73.3%(22) fueron mujeres, la edad media de 82.2 años; la estancia media de 9.4 d. Barthel medio 67, Pfeiffer medio 2.8. Cumplimiento de criterios: HF1(medidas educativas):0%, HF2(documentación de FE):10/30(33%), HF3 (IECA):17/30 (56.6%), HF4 (no fumar):0%. La clase funcional constaba en 17/30(57%), con una media de 2.5. Se señaló el peso en 3% (1/30). Otros tratamientos: espironolactona 36.6%(11/30), bloqueantes 6.7% (2/30), digoxina 30%(9/30). Tenían fibrilación auricular 66%(20/30), 16 con indicación de anticoagulación y 9 lo tomaban (30%). No hubo éxitus. Se revisaron los principales estudios similares (Francia y USA –estudio ADHERE-). Se repasó la evidencia científica. Se diseñó una hoja de recomendaciones para el paciente. Se consensuó la información más relevante necesaria en el informe respecto a prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se adoptó una hoja de recogida de datos que sirviese como guía y elemento de evaluación de resultados. Se estableció la necesidad de un programa de trabajo continuado.
Conclusiones: Los principales indicadores de calidad de la asistencia hospitalaria de la Joint Comisión son una herramienta útil para identificar y analizar puntos fuertes y áreas de mejora, y sirve de instrumento para fomentar la formación continuada. Explicitar en el informe de alta todas las recomendaciones (o contraindicaciones) adecuadas a las características de la Unidad, fomenta el autocuidado del paciente y facilita la continuidad asistencial. La implicación de todos los miembros de la Unidad en el plan de mejora es un elemento clave para mejorar la efectividad y eficiencia de la tarea asistencial
Contacto: Teresa Sáez Vaquero
bvina.hvtr@salud.madrid.org

P-192.- GESTIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.
Vaquero S, Martínez-iñiguez J.

Introducción: El desarrollar una Gestión de Oportunidades de Mejora nos permite mejorar le eficiencia de los procesos de la organización
Objetivo: detectar oportunidades de mejora dentro de un proceso establecido para eliminar los puntos débiles y reforzar los puntos fuertes del mismo, todo ello orientado al paciente-cliente.
Métodos: Se realiza un análisis del proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria a través de sus indicadores, implantando un método de mejora (Six-Sigma) en aquellos indicadores que no cumplen los objetivos propuestos.
Resultados: Hemos obtenido una mejora del sistema de calidad, manteniendo los objetivos propuestos para cada indicador del proceso.
Conclusiones: Con la sistemática de trabajo a través de la gestión de oportunidades de mejora se consigue mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales, aumentando la satisfacción de los pacientes-clientes.
Contacto: Sylvia Vaquero Galán
svaquero@fhcalahorra.com

P-193.- IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN UN COMPLEJO SANITARIO CON DISPERSIÓN DE CENTROS.
Carrascosa JM, Cobo R, López-Arenas MA.

Introducción: El Hospital Virgen de la Torre- Atención Especializada Área 1 es un conjunto de Centros en el que se integran el propio Hospital Virgen de la Torre y 6 Centros de Especialidades. Dispone de dos quirófanos destinados a Cirugía Menor ambulante, realizando más de 6.000 procedimientos anuales correspondientes a 5 especialidades: Cirugía General, Oftalmología, Urología, Dermatología y ORL. Cada centro dispone de un sistema independiente de Archivo de Historias Clínicas. Tradicionalmente, la sistemática de trabajo ha sido individualizada por facultativo, existiendo una gran variabilidad y heterogeneidad del proceso.
A raíz de un problema detectado en un paciente, se pusieron en marcha los mecanismos para la implantación de un proceso eficiente con el fin de mejorar la calidad y seguridad del paciente.
Objetivos: Los objetivos específicos han sido: (1) Identificación de los puntos débiles de los circuitos existentes (2) Revisión y elaboración de la documentación implicada en la Cirugía Menor (3) Estandarización del proceso.
Método: (1) Contratación de empresa consultora externa que realizó la recogida de información en los distintos centros y la revisión de la Normativa Legal aplicable. (2) Elaboración de los documentos específicos para el proceso. (3) Difusión entre los distintos estamentos implicados (Facultativos, Enfermería, SAP, S. Admisión). (4) Coordinación entre los diferentes Centros implicados. (5)Implantación del proceso.
(6) Evaluación del proceso.
Resultados: (1) Se aportan los documentos normalizados del proceso: Hoja de prescripción de Intervención Quirúrgica programada (PIQP), Consentimiento Informado específico (CIE), Hojas de recomendaciones preoperatorias y postoperatorias, Informe de alta, volante de petición de Anatomía Patológica, Hoja Circulante de Quirófano... etc.
(2) Se aporta flujograma del proceso mediante el circuito que realiza la documentación entre los distintos centros y los quirófanos. (3) Análisis y evaluación del mismo.
Conclusiones: La planificación y coordinación de la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos ha resuelto de forma eficaz el proceso de Cirugía Menor ambulante en un Complejo Sanitario formado por distintos Centros.
Contacto: José Manuel Carrascosa Bernáldez
jmcarrascosa.hvtr@salud.madrid.org

P-194.- PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS DEL HOSPITAL Y DADOS DE ALTA EN 48 HORAS: ANÁLISIS DE LA INADECUACIÓN DEL INGRESO.
Gurruchaga I, Hernando A, Busca P, Aginaga JR, Boyero A, Ormazabal O.

Introducción: Teniendo en cuenta que el recurso de cama hospitalaria es cada vez más limitado, los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) deberían analizar periódicamente la adecuación de sus ingresos hospitalarios. Además de las escalas de adecuación, el análisis de los pacientes ingresados y que son dados de alta en <48 horas (h.), permitirá la búsqueda y potenciación de las alternativas a la hospitalización (consultas de alta resolución, hospitalización a domicilio, atención primaria) y una mejor adecuación de los ingresos
Objetivo:
- Análisis de los pacientes (pac.) ingresados en especialidades médicas y que son dados de alta en menos de 48 h
- Análisis de la inadecuación por servicios y por diagnósticos
Metodología: Análisis retrospectivo de los pac. ingresados desde el SUH en un hospital terciario y que son dados de alta en <48 h. durante el año 2005.
- Se excluyeron los ingresados por indicación de especialidades quirúrgicas, ginecología, psiquiatría y med. intensiva, por ser ellos quienes indican sus ingresos.
- Selección de una muestra aleatoria para estimar una tasa de inadecuación del 20% con una precisión del 5 %.
- La adecuación o no se valoró según criterios definidos por EU-AEP (European Appropriateness Evaluation Protocol).
Resultados:
- Del total de los 22.277 pac. ingresados desde el SUH durante el año 2005, 1.019 pac, fueron dados de alta en <48 h. Se excluyeron 464 pac.(ingresos por otras especialidades).
- Del total de 555 pac, se seleccionaron 274 pac.
- La primera causa de alta precoz fue el éxitus 69 pacientes 25.27%
- Por especialidades había diferencias estadísticamente significativas en el % de inadecuación entre distintos servicios (p=0.024). Se consideró inadecuado el ingreso del 36.7% (29 de 79 pac.) de los ingresos en neurología, del 28.8% (21 de 73) de M.interna, del 18.5% (5 de 27) de neumología, del 17.6% (6 de 34) en cardiología, del 16.7% (2 de 12) de digestivo. En conjunto la tasa de inadecuación total fue del 26.5% (72 de 272) con Intervalo de confianza: 0.21-0.32.
- Por diagnósticos se consideró inadecuado el ingreso del 69.2% (9/13) de los pac. con síncope, 66.7% (4 de 6) de los ICT, 56.5% (13 de 23) de las crisis convulsivas, a diferencia del 0% de los ACVA (0 de 23).
Conclusiones:
- Existen áreas de mejora en el Servicio, debiendo promover todas las alternativas a la hospitalización convencional
- Este indicador permite objetivar la inadecuación de los ingresos
- Debe establecerse un circuito específico para los pac. en los que se prevee un rápido desenlace
Contacto: Idoia Gurruchaga Arriola
igurrutxaga@chdo.osakidetza.net

P-195.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Zavala-Aizpúrua E, Orube Bona A, von Wichmmann-de Miguel MA, Marco-Garde P, Busca-Ostolaza P, Artetxe-Osakar J.

Introducción: La parada cardiorespiratoria no esperada en paciente hospitalizado es un problema relevante , aunque no frecuente (2,66% de fallecimientos intrahospitalarios, siendo el 1,3 por 1000 de los ingresos el número de paradas no esperadas), son situaciones en las que la eficacia y rapidez de respuesta marca la diferencia en el resultado obtenido. El soporte vital avanzado(SVA) es una actuación sistematizada que ha probado su eficacia tanto en el medio extrahospitalario como en el Hospitalario
Objetivo: Poner en marcha un sistema integral de paradas, lo que se conoce como cadena de supervivencia y disminuir la tasa de fallecimientos por parada no esperada en pacientes ingresados.
Método: Se ha puesto en marcha un plan cuyos principales aspectos han sido:
a) Desarrollo de un protocolo de actuación en parada cardiaca no esperada.
b) Equipamiento adecuado estratégicamente situado
c) Personal entrenado competente en RCP
d) Recogida sistemática de datos
e) Análisis de información y programación de mejora continua
Resultados: El nuevo plan se instaura en mayo del 2005, tras realizar un plan de formación de todo el personal de enfermería en RCP básica. Se realiza un protocolo de actuación con un número de teléfono específico para la activación del código de parada cardiaca no esperada y 3 equipos de RCP avanzada premanente, dada la dispersión geográfica de las unidades en el Hospital (el Hospital está constituido por 5 edificios) dotados de una mochila con un desfibrilador de bajo peso y material imprescindible para RCP avanzada y un teléfono móbil específico para la parada. Se ha dotado de carro de parada a cada unidad de enfermería siendo la supervisora la responsable de su revisión y de la actualización del material y de un desfribilador semiautomático cada dos unidades de enfermería. Se ha establecido de un registro de paradas (según estilo Utstein) y existe un responsable de enfermería y un responsable médico que revisan cada registro y lo analizan de forma conjunta con la enfermera y el médico que han activado el código de parada. Durante el primer año se ha activado en 64 ocasiones el código de paradas de las cuales 31 no eran paradas.
Contacto: Elena Zavala Aizpúrua
ezavala@chdo.osakidetza.net

P-196.- IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CÓDIGO SÉPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Aguirre-Tejedo A, Echarte-Pazos JL, Supervía-Caparrós A, Sánchez-Mourelo S, López-Casanovas MJ, Campodarve-Botet I.

Objetivos: desde el año 2002 se está llevando a cabo una campaña internacional denominada "Surviving Sepsis Campaign" que pretende disminuir en 5 años la mortalidad de la sepsis grave y el shock séptico. Dicha campaña recomienda la aplicación de un paquete de medidas diagnósticas y de tratamiento que deberán ser cumplimentadas antes de las primeras 6 horas de su llegada a urgencias. Se han definido unos indicadores de calidad basados en el grado de cumplimiento de estas medidas. El objetivo de nuestro proyecto es implantar las recomendaciones de la "Surviving Sepsis Campaign" adaptadas a nuestro centro, medir los indicadores de calidad y disminuir la variabilidad en el tratamiento de la sepsis.
Metodología: 1) Reuniones y sesiones con los diferentes profesionales implicados. 2) Implantación de un "Código de Sepsis Grave" en el área de urgencias que implica la detección precoz, la priorización de la atención y la aplicación de determinadas medidas de tratamiento en les primeras 6 horas. 3) Elaboración de una hoja de recogida de datos que incluye a su vez un algoritmo de actuación, que aseguraría el cumplimiento del paquete de medidas en las primeras 6 horas de la "Surviving Sepsis Campaign".
Resultados: realización y consenso del protocolo de detección y atención a los casos de sepsis grave y shock séptico en los servicios de urgencias de nuestros centros. Consolidación del código de sepsis grave. Realización de algoritmos de detección y actuación ante una situación de sepsis grave en forma de pósters. Formación continuada a todos los profesionales implicados en el proceso asistencial de la sepsis grave y el shock séptico. Introducción en el curso para residentes de nuestros centros.
Conclusiones: creemos que la implantación de estos recursos ha de ser un incentivo técnico importante en la necesidad de crear un marco común que permita organizar de forma coordinada el conjunto de acciones asistenciales en relación con este fenómeno.
Contacto: Alfons Aguierre Tejedo
aaguirre@imas.imim.es

P-197.- ¿INGRESAMOS ADECUADAMENTE DESDE URGENCIAS?

Campodarve-Botet I, Mínguez-Masó S, González-Rodríguez R, del Baño-López F, Echarte-Pazos JL, Skaf-Peters E.

Introducción: los servicios de Urgencias son la puerta de entrada de la mayoría de ingresos de los hospitales por lo que es importante que se establezca el criterio de ingreso correctamente
Objetivo: Conocer el porcentaje de ingresos adecuados en los servicios de área médica de un hospital general universitario cuyo ingreso dependía directamente del médico de urgencias.
Metodología: estudio descriptivo prospectivo de los pacientes pendientes de ingreso del área médica de Urgencias mediante la aplicación del cuestionario Appropriateness evaluation protocol (AEP) para valorar la adecuación de ingreso. Cuando no se cumplía ninguno de los criterios del AEP se analizó el motivo de ingreso. Se recogieron también los datos del paciente, diagnóstico, médico que había solicitado el ingreso (adjunto o residente), franja horaria y día laborable o festivo de la solicitud del ingreso.
Resultados: De los 111 pacientes 1 (0,9%) se perdió para su estudio. El 85% de los ingresos resultaron adecuados según el cuestionario. No hubo diferencias en la adecuación del ingreso en cuanto a si lo indicaba el adjunto o el residente, la franja horaria (mañana, tarde o noche), día laborable o festivo, ni la edad de los pacientes. De los 17 (15%) ingresos inadecuados, 16 (94%) de ellos fueron indicados para completar el estudio diagnóstico y 1 (6%) de ellos fue ingresado por deterioro físico. En la mayoría de series españolas publicadas el porcentaje de ingresos inadecuados oscilaba entre el 13.4 y 16.8%
Conclusiones: Se observa una adecuación de los ingresos mayoritaria. El resultado de nuestro estudio es similar al de otras series españolas publicadas en nuestro medio. La causa más frecuente de falta de adecuación fue la de completar un estudio diagnóstico
Contacto: Isabel Campodarve Botet
87054@imas.imim.es

P-198.- MEJORA DE LA VALORACIÓN PRONÓSTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

de la Puerta I, Lacambra I, Piñol-Ripoll G, Álvarez LM, Legazcue A, del Río A.

Introducción: La Insuficiencia Renal (IR) es un factor de mal pronóstico en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA), por lo que resulta fundamental su detección. La Creatinina sérica (CS) es el parámetro utilizado habitualmente para el diagnóstico de IR, no obstante, al verse ampliamente influenciado por factores como el peso o la edad, resulta más adecuada su valoración mediante el cálculo del Aclaramiento de Creatinina (AC).
Nuestro objetivo ha sido evaluar, tanto la prevalencia de IR en nuestros pacientes con SCA, como el porcentaje de los mismos con función renal deteriorada, adecuadamente diagnosticados como "insuficientes renales".
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de SCA durante un año en nuestro hospital. Se han estratificado en distintos grados de IR tanto a partir de los niveles de CS al ingreso como mediante el cálculo del AC mediante la fórmula de Cockcroft-Gault a partir de la CS, peso, sexo y edad; y se ha evaluado la exactitud diagnóstica de CS en relación al AC.
A partir de los informes de alta hospitalaria se ha analizado el porcentaje de pacientes con IR adecuadamente diagnosticados como tales durante el ingreso.
Resultados: Del total de pacientes con SCA (n=287) el 74.9% tienen una función renal normal según CS pero sólo un 26.6% según el AC. Mientras que para la CS el 19.3%, presentan un deterioro leve de la función renal, el 3.8% moderado y el 1.9% severo; a partir del AC los

porcentajes aumentan hasta el 35.4%, 32.2% y 5.7% respectivamente. Del total de pacientes con deterioro de la función renal, únicamente han sido calificados de insuficientes renales un 6.9% de enfermos. No se ha diagnosticado al 34.5% de los que padecen IR leve, al 29.4% con IR moderada y al 2.7% con IR severa.
Conclusiones: Escasa sensibilidad del especialista para detectar insuficiencia renal en una patología en la que ésta tiene importante valor pronóstico, siendo el AC estimado a partir de la fórmula de Cockcroft-Gault un indicador sencillo y de escaso coste.
Contacto: Iris de la Puerta González-Miró
menshimigato@yahoo.es

P-199.- SEGUIMIENTO CARDIOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STEINERT.
de la Puerta I, Lacambra I, Piñol-Ripoll G, Larrode P, Pelegrín J, del Río A.

Objetivos: Las enfermedades multisistémicas con afectación predominante de un órgano son controladas habitualmente por el especialista correspondiente. Esto puede conllevar la subdetección de la afectación de otros órganos o sistemas.
La distrofia miotónica de Steinert (DMS) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante caracterizada por miotonía, debilidad y atrofia muscular. La afectación cardiaca es poco frecuente pero potencialmente invalidante y letal y es independiente de la progresión neurológica. Por ello es preciso un control cardiológico mediante la realización de anamnesis y exploración cardiológica periódicas y de un electrocardiograma (ECG) incluso anual.
Nuestro objetivo ha sido evaluar el grado de coordinación entre especialidades, en este caso cardiología y neurología, en esta enfermedad.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de DMS desde 1980 en nuestro hospital. Se han revisado sus historias clínicas y valorado la obtención de una anamnesis cardiovascular (síntomas y presencia de factores de riesgo), exploración cardiológica y realización de ECG, Holter-ECG, estudio electrofisiológico (EEF) y Ecocardiograma (ECO). Se ha valorado además el grado de seguimiento en consultas de cardiología tras el primer contacto.
Resultados: Del total de pacientes diagnosticados (n=23) a solamente el 52.2% (12/11) se le ha realizado una anamnesis dirigida a síntomas cardiológicos tales como palpitaciones o disnea, e interrogado por factores de riesgo cardiovascular al 43.5% (10/23).
Únicamente el 87% (20/3) tiene realizado un ECG (en el momento del diagnóstico) y un Holter-ECG al 52.2% (12/23), fundamentalmente por síntomas como palpitaciones o síncope o por alteraciones en el ECG. Sólo ha requerido de la realización de un EEF uno de los enfermos, debido a trastornos progresivos de la conducción intraventricular. El 82.6% (19/23) tiene realizado por lo menos un ECO.
Solamente se ha realizado seguimiento cardiológico periódico al 26.1% (6/23) de los pacientes, efectuando seguimiento neurológico el 91.3% (21/23).
Conclusiones: Escasa valoración cardiológica inicial e insuficiente seguimiento periódico, tanto en lo referente a una adecuada anamnesis como a la realización de pruebas complementarias, teniendo en cuenta la necesidad de detectar precozmente las complicaciones que los pacientes con DMS pueden desarrollar y siendo fundamental para ello la coordinación entre especialidades.
Contacto: Iris de la Puerta González-Miró
menshimigato@yahoo.es

P-200.- EVALUACIÓN DE LA TASA DE AUTOPSIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.
Lizan-García M, Poblet E, Gonzalez A, Peñalver C, Gómez-Aldaraví L, Comisión de Mortalidad.

Objetivos: Analizar la frecuencia de autopsias en un Hospital Universitario de tipo 3.
Métodos: El estudio se llevó a cabo en un Complejo Hospitalario del que forman parte dos hospitales de 157 y 550 camas respectivamente. A partir de las tasas de mortalidad hospitalaria proporcionada por el Servicio de Documentación y de la relación dautopsias de Anatomía Patológica, se calcula la tasa global de autopsias por hospital y por servicio y hospital durante el periodo 2003-2004.
Resultados: La tasa global para el hospital general fue de 3,7 y para el HHPPS de 0,59. La UCI pediátrica presenta la tasa mayor de autopsias 17 x 100 fallecidos, oscilando el resto de los servicios de 0 por cien en cirugía general al 6% en Medicina interna. No se aprecian diferencias entre los dos años analizados.
Conclusiones: La frecuencia de autopsias estaría por debajo de lo recomendado en un Hospital Universitario. Potenciar las sesiones clínicas de mortalidad en los servicios, programar sesiones clínicas hospitalarias de los casos más interesantes, son, entre otras, estrategias de mejora que pueden incentivar la petición de autopsias por parte del personal médico del Complejo.
Contacto: Máxima Lizán García
mlizan@sescam.org

P-201.- DISEÑO DE UN PROCESO CLÍNICO-ASISTENCIAL. LA ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DEL SERMAS.
de la Puente-Ruiz C, Peñas-Benito A, Marina-Briongos MC, Bardillo-Cabezas A, Herrero-Ramírez C, García-Mateos M.

Objetivos: General: diseñar un proceso clave, clínico-asistencial, dirigido al paciente infantil de 6 a 14 años, atendido en las Unidades de Salud Bucodental (USBD) del Servicio Madrileño de Salud (Sermas).
Específicos: Adaptar la actividad asistencial a la evidencia científica
Aproximar la práctica clínica a las necesidades y expectativas del cliente.
Evitar la variabilidad entre profesionales.
Métodos: Estructuración del proceso en base a Guías metodológicas de diseño de procesos, siguiendo las siguientes fases:definición, objetivos, límites y responsables del proceso; destinatarios y expectativas; recursos; secuencia de actividades y representación gráfica; manual de procedimientos; seguimiento y medición del proceso, definición de indicadores; recopilación de documentos y registros relacionados con el mismo.
La calidad científicos-técnica se establecerá mediante una búsqueda bibliográfica en las Guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas de Sociedades y Organizaciones relacionadas con la Medicina y Odontología basadas en la Evidencia y que incluya el período de 1990 a 1995. Palabras clave: dental caries, fluoridation, sealants.
Las expectativas del paciente se recogerán mediante una encuesta de satisfacción diseñada al efecto.
Resultados: Proceso diseñado y sustentado en la evidencia científico-técnica y en las necesidades detectadas mediante la encuesta de satisfacción. Se han secuenciado las actividades para establecer el modelo organizativo y funcional de las Unidades.
Manual de procedimientos con especificaciones técnicas para los profesionales e instrucciones y recomendaciones para los pacientes.
Tabla de indicadores para seguimiento y control del proceso.
Listado de documentos y registros incluidos en el proceso.
Conclusiones: La difusión e implantación de este proceso permitiría adaptar la práctica clínica a la evidencia científica y aproximarnos a las necesidades del cliente.
Contacto: Cristina de la Puente Ruiz
cristinapuente@eresmas.com

P-202.- ESTUDIO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN NUESTRO CENTRO MEDIANTE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR.
Ojeda F, Cano S, Bermúdez JR, Anquela I, Zuasnabar A, Bernet M.

Introducción: Aunque la mortalidad perinatal ha sufrido un descenso importante en los últimos años, debido en gran parte a la mejora de los cuidados perinatales, persiste un pequeño porcentaje de gestaciones en que se produce la muerte perinatal. El trabajo multidisciplinar es la mejor forma de intentar, si no reducir la mortalidad, si de conocer las causas para buscar posibles medios de prevención o en su defecto poder explicar de una manera razonable a los padres las causas de la muerte.
Objetivos: 1. Revisar los casos de mortalidad perinatal tal como se originan, elaborando un informe con la evaluación de causas y posible evitabilidad. 2. Definir la metodología mejorando el proceso de información a los padres y definiendo estrategias que permitan una buena tasa de estudios necrópsicos. 3. Estudiar la posibilidad de realizar microestudios anatomopatológicos.

Método: Se forma un comité formado por obstetras (2), neonatologos (2) y patólogo para estudiar la morbilidad perinatal. Reunión con periodicidad trimestral. Se propone elaborar y revisar los protocolos de procedimiento en el óbito fetal. No es objetivo de la comisión juzgar actitudes o diagnósticos del personal sanitario: Estricta confidencialidad en las deliberaciones e informes. Al finalizar un caso se anota en la historia clínica correspondiente el informe final de la comisión: causa probable o definitiva si se determina y el grado de evitabilidad si fuera posible.
Resultados: Protocolos: elaboración de un protocolo que recoge los procedimientos y quien los realiza, tanto en sala de partos como en planta de hospitalización. Así mismo los consentimientos necesarios y la estrategia para la necropsia fetal o neonatal. Incluye un apartado donde se definen los estudios metabólicos y citogenéticos necesarios así como un "kit" para la extracción de las muestras que esta disponible en sala de partos. Proceso de duelo familiar: se define la estructura del mismo y los referentes médicos y de secretariado que acogerán y apoyaran a los padres durante todo el proceso. Casos evaluados: Desde el 22 de setiembre de 2005 se han evaluado un total de 6 casos, realizando el informe preceptivo de cada caso, recogido en acta de la comisión de mortalidad perinatal.
Conclusiones: El funcionamiento de una comisión de mortalidad perinatal a nivel de centro permite definir estrategias locales de cara la mejora de la calidad asistencial a la población de nuestra área de salud, conociendo mejor las causas de mortalidad y pudiendo definir políticas adecuadas.
Contacto: Felipe Ojeda Pérez
fojeda@fhag.es

P-203.- DIABÉTICOS TIPO II NO INSULINO DEPENDIENTES: ¿MEJORA EL AUTOANÁLISIS CON TIRAS CAPILARES SU CONTROL METABÓLICO?.
Alejos A, Ibiricu A, Oliver P, Moran I, Serrano A, Doblado O.

Objetivos: Determinar si los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 No Insulino Dependientes (DM II NID) tienen un control óptimo metabólico, dependiendo de si realizan o no auto análisis de la glucosa sanguínea.
Valorar si el cumplimiento de la dieta, el ejercicio físico y la toma correcta de la medicación antidiabética tienen relación con el buen control metabólico
Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados DM II NID.
Variables: sexo, edad distribuidos en grupos etarios de: <= 65,66-75 y >75 años, HbAc1, glicemia capilar basal, auto análisis, controles semanales, cumplimiento dieta, ejercicio físico y toma medicación correctas
Control óptimo HbAc1 <=7,5 % o glicemia capilar basal <=126 mg/dl
Dieta, ejercicio y medicación valoración subjetiva por entrevista.
Datos de historias clínicas informatizadas OMI-APv6 Se explotan mediante Access 2003 y SPSS 12
Resultados:
n=303. El 52,1% hombres. Media de edad 68 años.El 39,6% corresponde al grupo etario de 66-75 añosGrupo de edad con mejor control entre 66 y 75 años (60%)
Mejor control metabólico los pacientes que no realizan auto análisis con un 58% (p=0,061). Realizan auto análisis 124 con media de 3 controles semanales. El 47,2% tienen control óptimo.
Sexo:distribución homogénea las mujeres tienen un control ligeramente superior (55%).
Edad: grupo mayoritario <65 años con peor control metabólico
No realizan auto análisis 179. Tienen control óptimo el 58%. 53% hombres sin diferencias de mejor control entre sexos. El grupo mayoritario y con mejor control metabólico es el de 66-75 años. Dieta:el mejor control corresponde a los de dieta adecuada y no auto análisis (68% frente 32%). Ejercicio: el mejor control corresponde a los que realizan ejercicio físico adecuado y no auto análisis(66% frente 44%). Medicación:el mejor control metabólico corresponde a los que la toman con las indicaciones adecuadas y no se hacen auto análisis(63% frente al 52%)
Conclusiones: El grupo etario de mejor control es el de 65-75 años con significación estadística
No podemos afirmar que el control óptimo en los pacientes con DMNID II esté relacionado significativamente con el auto análisis.
Queda demostrada la eficiencia de la educación sanitaria(ejercicio físico,dieta y toma correcta de medicación) para un buen control metabólico tanto en los que realizan auto análisis como en los que no.
Queda cuestionada la costo-efectividad del autoanálisis en la DMNID II por lo que nos replanteamos los criterios de entrega de tiras reactivas
Contacto: Ana Alejos Tena
aalejos@grupsagessa.com

P-204.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON GRD DE BAJA MORTALIDAD QUE SON CAUSA DE EXITUS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE CLM.
Rodríguez C.

Desde 1998 se incluye el indicador mortalidad evitable para procedimientos específicos en los contratos de gestión de los hospitales. La obtención de indicadores hospitalarios mediante el CMDB permite la monitorización de aspectos de la calidad hospitalaria auqeu se discute. La mortalidad sanitariamente evitable, clasificada a partir de Rutstein o modificaciones como la de Charlton ó según Holland es un indicador centinela que emplea como fuente de información el CMDB. Recientemente se ha desarrollado un consenso sobre mortalidad evitable a partir de los registros de mortalidad. La mortalidad hospitalaria representa otra fuente que a partir de la exploración de los datos del CMDB puede aportar otro tipo de información alternativa a las fuentes poblacionales.
Objetivos: Conocer las principales causas de mortalidad evitable en GDR de baja mortalidad a partir de fuentes de datos hospitalarias y la distribución de diversas variables del CMBD como variables de comorbilidad, edad y sexo en los exitus.
Método: Se obtendrá el Indicador muertes en GRD de baja mortalidad que ha sido elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality. La población viene determinada por los GRD de baja mortalidad. La obtención del indicador se efectúa con la ayuda de la herramienta HisCal. Se realiza una regresión logística para determinar la relación entre diferentes variables como comorbilidad, edad y sexo con los exitus.
Resultados: Se presentan los resultados obtenidos desde 2001 a 2006. El porcentaje de fallecidos en los que aparece codificado el diagnóstico principal es mayor del 98% en la mayor parte de registros. En el periodo de estudio 1/01/2005 y 31/12/2005 se produjeron 9635 altas en GRD de baja mortalidad, de las que 53 fueron exitus.
Las características de la población con GDR con baja mortalidad son las siguientes: Las características de la población con exitus fueron las siguientes.
Conclusiones: Aunque la mortalidad hospitalaria es limitada como medida de efectividad clínica, el estudio de las muertes en pacientes con GRD de baja mortalidad representa una aproximación útil para explorar la mortalidad hospitalaria evitable.
Contacto: Consuelo Rodríguez Díaz
consuelor@jccm.es

P-205.- FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN EL REINGRESO DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS.
Márquez MA, Sabartés O, Pi-Figueras M, Arellano M, Gutiérrez J, Cervera AM.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes que reingresan en un periodo inferior a 3 meses del alta de una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y correlacionar esas características con la mortalidad durante el reingreso.
Métodos: Estudio retrospectivo de los reingresos en un periodo inferior a 3 meses del alta de los pacientes ingresados en el año 2005 en la UGA. Se describen edad, diagnósticos prevalentes, situación funcional medida por el índice de Barthel (IB) y Lawton (IL), situación mental medida por el test de Pfeiffer (TP), comorbilidad medida por el índice de Charlson (IC) y situación social medida por la escala de Gijón (EG) en el primer ingreso y en el reingreso. Se estudia la relación de la mortalidad durante el reingreso tanto con las características del primer ingreso como del reingreso: edad, sexo, estancia hospitalaria, diagnósticos, IC, IB, IL, TP, EG, antecedentes patológicos y presencia de síndromes geriátricos.
Resultados: Se estudiaron 207 reingresos. La edad media fue de 83.3. Durante el primer ingreso el IB previo fue de 53.3, el IB al alta de 36.6, el IL de 1.5, el TP de 5.1, el IC de 2.3 y la EG de 8. En el reingreso, el IB previo fue de 42.5, el IL de 0.8, el TP de 5.6, el IC de 2.6 y la EG de 9.

Los diagnósticos más prevalentes que motivaron el reingreso fueron: descompensación de la insuficiencia cardiaca (31.7%), descompensación de LCFA (19.6%), infección bronquial (10.1%), infección del tracto urinario (7.4%) y neumonía (3.4%). Fueron exitus 57 pacientes(27.5%). De las variables estudiadas, únicamente se relacionaron con mortalidad en el reingreso la aparición de úlceras por presión en el primer ingreso (71.4% vs 26%; p 0.0082) y la aparición de síndrome de inmovilidad durante el primer ingreso (53.3% vs 25.5%; p 0.02).
Conclusiones: 1. Los reingresos de una UGA presentan una elevada tasa de mortalidad. 2. Tanto la situación funcional, mental y social como la patología que motiva el ingreso, comorbilidad y antecedentes patológicos tienen escaso valor como predictores de riesgo de mortalidad en el reingreso. 3. La aparición de inmovilidad y úlceras por presión en el primer ingreso podrían considerarse predictores de mortalidad durante el reingreso. 4. La actuación frente a la aparición de estos dos síndromes geriátricos y su prevención podrían considerarse un marcador de calidad asistencial en una UGA.
Contacto: Miguel Ángel Márquez Lorente
88840@imas.imim.es

P-206.- ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL MANTENIMIENTO DEL BOX DE CRÍTICOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Fornos L, Doblado O, Olmedo E, Vasco Y.

Objetivos: Garantizar el control y mantenimiento del box de críticos.
Monitorizar indicadores de calidad que evalúen el proceso.
Informatizar el registro del control del box y Check-in.
Métodos: Revisión y registro de los indicadores del check-in:Carro sellado; Ambú,Aspirador, Bombona O2; Monitor conectado a corriente alterna (c.a.); Incluidos a partir de noviembre 2004: Prueba carga-descarga con monitor conectado a c.a. y sin conexión, medicación carro paros.
Periodicidad: diaria
Responsables: equipo atención continuada (Medico/DUI)
Revisiones del Box central:control cantidades y estado de medicación, carro paros y cestas material.
Periodicidad: quincenal desde 2005,anteriormente mensual
Revisión caducidades semestral(junio y diciembre)
Responsables:DUIs centro siguiendo plantilla nominal rotativa anual
Fuentes de datos:Registro manual y Base de datos especifica(desde diciembre 2003). Se presentan resultados en Excel 2003.
Resultados:
Check-in: Periodo estudiado:Enero 2004–Marzo 2006
Registro anual: En papel: 2004=54.37%, 2005=88.94%, 2006=83.3%; informatizado: 2004=45.9%, 2005=72.6%, 2006=56.6%
Carro de paro no sellado: 2004=7, 2005=4,2006=2; Monitor no conectado a c.a.: 2004=1, 2005/2006=0; Ambú no preparado: 2004=2, 2005/2006=0; Medicación carro no revisada: 2005=22, 2006=2.
Box Central:Periodo estudiado Enero 2002 – Marzo 2006
Total revisiones: En papel: 2002=41.6%, 2003=50%, 2004=50%, 2005=58.3%, 2006=66%; Informatizado: 2004=50%, 2005=50%, 2006=50%.
Medicación caducada: 2002=2, 2003=5, 2004=2, 2005=2, 2006=0;Falta de material: 2002=5, 2003=6, 2004=3, 2005=11, 2006=4.
Conclusiones:
Mejora notablemente la realización y indicadores del check-in al caer la responsabilidad en el equipo atención continuada del día. Se observa que es el personal de enfermería quien realiza el control.
La falta de material encontrada en revisiones podría justificarse al ser este box utilizado a la vez como consulta para visita medica en servicio de Atención Continuada.
Para mejorar las caducidades es necesario responsabilizar al equipo de la no reposición de material con fecha anterior a los meses de revisión de caducidad, asegurando así caducidades posteriores y la efectividad de un sistema de revisión semestral.
No se observan diferencias importantes entre registro informatizado y papel por ello apostaremos por usar exclusivamente base de datos informatizada, ello permitirá monitorizar periódicamente los indicadores y ayudará a detectar precozmente errores en los procesos, facilitando la mejora continua.
Contacto: Laura Fornos Blanch
lfornos@grupsagessa.cat

P-207.- VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR AL INGRESO COMO FACTOR DE CALIDAD. INFLUENCIA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN.
Montoliu Valls RM, Curià-Casanoves FX, García-García M, Yuguero-Rueda M.

Con el fin de facilitar una visión integral del estado de las personas que ingresan en el hospital, en el año 2004 se puso en marcha un sistema de valoración multidisciplinar en el que intervienen el médico, la enfermera y la trabajadora social con un total de más de 60 variables de las cuales un 65 % corresponden al área médica, un 27% a Enfermería y el 8% restante corresponde a trabajo social.
Revisados los ingresos correspondientes al mes de octubre de 2004 el porcentaje de cumplimentación fue:
• Área médica: 76%. El porcentaje restante correspondía a casos en los que la anamnesis y exploración se había realizado en la consulta externa que había generado el ingreso o bien se trataba de pacientes que ingresaban para cirugía electiva con lo que existía una valoración prequirúrgica y una visita preoperatoria completa.
• Àrea de enfermería: 99%
• Trabajo social: 86% considerando únicamente los ingresos para tratamiento y rehabilitación
Se comunicaron los resultados del estudio y se realizaron las siguientes acciones de mejora:
• Posibilidad de cumplimentación de este apartado por el médico residente con validación posterior del médico adjunto
• Se habló con los actores implicados y se ha concienció especialmente a los cirujanos de la importancia de su cumplimentación.
Se han realizado nuevas valoraciones en abril 2005 y febrero 2006, alcanzándose en ésta última un porcentaje de cumplimentación del 86% para el área médica y del 99% para enfermería y trabajo social.
Valorada la utilidad de esta herramienta en el proceso de acreditación internacional de la Joint Commission, se concluye que con una buena anamnesis interdisciplinar se contribuye al buen cumplimiento de todos los estándares que están centrados en el paciente:
• Accesibilidad y continuidad de la atención
• Derechos del paciente y de su familia:
• Continuidad de la asistencia
• Evaluación del paciente
• Atención al paciente
• Educación del paciente y su familia
Contacto: Rosa M. Montoliu Valls
rmmontoliu@guttmann.com

P-208.- EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.
Pérez-Costa R, Lopez-Picazo T, Valcárcerl-Lencina V, Ruiz-Egea J, Sierra-Prefasi J, Capitan-Guarnizo E.

Objetivos: Evaluar dos aspectos del protocolo del Servicio de Urgencias Hospitalario(SUH) de Neumonía adquirida en la comunidad(NAC) : 1.Adecuación de los ingresos 2. Cumplimiento de las pautas de tratamiento
Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado sobre historias clínicas de todos los pacientes mayores de 14 años que fueron diagnosticados NAC en un SUH durante cuatro meses consecutivos. En ellos valoramos la edad, sexo, antecedentes patológicos, datos clínicos y analíticos, radiografía de tórax y pauta de tratamiento. Los pacientes fueron asignados a una clase de riesgo según la clasificación de Fine y se valoró la adecuación del ingreso y de las pautas de tratamiento con arreglo al protocolo del SUH.
Resultados: El tamaño de la muestra fue de 182 pacientes, 100 hombres (54.94%) y 82 mujeres (45.05%) y la edad media 62.41+22.4. El 23.08% eran hipertensos, el 16.48% diabéticos, 14.29% EPOC, 13.19% tenían insuficiencia renal crónica y el 12.09% insuficiencia cardiaca. Entre los datos clínicos y analíticos valorados los mas frecuentes fueron: confusión (11.53%),taquipnea (6.04%),hipoxia(21.03%), aumento del BUN(12.09%). El 13.18% tenían derrame pleural. Se ingresaron 122 pacientes (67.03%) y se enviaron adomicilio 54(29.47%). Según la escala de Fine estaban bien ingresados el 71.31% y según el protocolo del SUH el 81.96%. El antibiótico mas utilizado fue Levofloxacino(51.09%) seguido de Amoxicilina-clavulánico(10.98%), Ceftriaxona(3.89%) y amoxicilina-clavulánico mas macrolido (3.84%). El tratamiento era adecuado, según las pautas del SUH en un 52.19% de casos.

Conclusiones: 1. Se apreció un alto porcentaje de ingresos debido a las características de la población atendida. 2. Los ingresos eran adecuados en un gran porcentaje según el protocolo del SUH y en algo menos si utilizábamos la clasificación de FINE. 3. Se encontró un bajo grado de cumplimiento de las pautas de tratamiento del SUH.

Contacto: Rafael Pérez Costa
rafapc@ono.com

P-209.- MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE EL CÓDIGO DE ACTIVACIÓN DE ASISTENCIA INTEGRAL AL TRAUMA PEDIÁTRICO (AITP).

Sancosmed M, Cebrián R, Martín M.

Objetivo: Mejorar la asistencia hospitalaria inicial del enfermo pediátrico politraumatizado en un hospital de alta tecnología.
Introducción: Para la calidad asistencial de la atención en urgencias pediátricas del paciente politraumático es de vital importancia la inmediata disponibilidad de recursos, tanto técnicos como humanos.Por ello hece 4 años se instauró el Código de Activación AITP.
Material y métodos: El código de activación AITP consiste en un sistema de aviso telefónico desde los Centros de coordinación de equipos de atención prehospitalaria (061,SEM,bomberos,RACC) al servicio de urgencias pediátricas. En urgencias existe un teléfono de uso exclusivo para este fin. El personal sanitario receptor de la llamada cumplimenta el Documento de alarma de trauma que recoge información del paciente, del accidente y tiempo estimado de llegada. Tras la llamada se avisa a: cirujano, traumatólogo, anestesista, pediatra de urgencias, intensivista, radiólogo y celador. Se prepara el material pertinente.
Mediante un código numérico se identifica al paciente antes de su llegada para agilizar trámites administrativos.
Resultados: Desde la instauración del Código AITP hemos recibido 10 activaciones en las cuales se ha minimizado el tiempo de recepción, estabilización, atención por especialistas y ubicación del paciente (UCI, quirófano o planta), optimizando los resultados.
Conclusiones: La utilización de códigos optimiza el uso de los recursos asistenciales y administrativos del centro.

Contacto: Mónica Sancosmed Ron
sancosmed@hotmail.com

P-210.- MEJORA DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNA MESA DE COORDINACIÓN.

Sancosmed M, Cebrián R, Ferrer C, Martín M.

Objetivos: Agilizar, ordenar y priorizar los ingresos en planta de medicina pediátrica en un hospital de alta tecnología.
Introducción: En nuestro centro los pacientes pueden ingresar en planta de hospitalización por diferentes vías: urgencias, traslados desde UCI, ingresos programados desde consultas externas o derivados de otros centros.
Dado el elevado número de pacientes de nustro centro es básica su coordinación para mejorar la calidad de la asistencia prestada.
Material y métodos: Desde finales del 2005 se ha creado una mesa de coordinación de ingresos formada por un responsable del área de urgencias, hospitalización pediátrica y admisión. Esta mesa se reúne cada día laborable y con la previsión de altas e ingresos prioriza y asigna habitación (cama o cuna) a los pacientes.
Resultados: El volumen de pacientes que precisan ubicación diariamente son aproximadamente el 10-11% de los pacientes atendidos en urgencias, 3-4 pacientes programados y 1-2 pacientes trasladados de UCI. Desde la puesta en marcha de esta mesa se ha conseguido:eliminación de pacientes ectópicos, ubicación de pacientes por especialidad, optimización de altas/ingresos y disminución de la estancia media.
Conclusiones: La mesa de coordinación de ingresos aumenta la calidad percibida por el paciente y mejora la satisfacción de los facultativos, ayudando todo esto al cumplimiento de los objetivos del servicio.

Contacto: Mónica Sancosmed Ron
sancosmed@hotmail.com

P-211.- MEJORA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE UNA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL EN UNA ORGANIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ÁLAVA.

Villaño-Murga G, Ariza C, Auzmendi E, Balaga C, Gárate B, Lanchas A.

Objetivos: 1º: Mejorar la calidad integral de la atención al colectivo de usuarios en lo que a problemática social de la red de Salud Mental se refiere. 2º: Coordinar e implicar a todos los Trabajadores Sociales de la red de Salud Mental. 3º: Elaborar una Cartera de Servicios. 4º: Normalizar y unificar toda la documentación empleada por los Trabajadores Sociales de Salud Mental.
Metodología: Se ha creado una Oficina de Trabajo Social, coordinada por un Trabajador Social, con el objetivo de ser la interlocutora con instituciones y entidades involucradas en la esfera de atención social, estudiar y adecuar los protocolos y requisitos de derivación, representando el área de Trabajo Social en los foros pertinentes como el resto de la red de Salud Mental, Bienestar Social y Escuela de Diplomados de Trabajo Social. Funciona como una central de recepción de y difusión de información, ayudas, cursos, legislación, protocolos, etc., y la comunicación interna entre sus miembros se hace siempre a través del correo electrónico, lo que repercute en la inmediatez en la disponibilidad de la información. Se recogen y sistematizan datos que permiten visualizar y planificar actuaciones en ámbitos como alojamientos y ayudas económicas complementarias fuera de la red de Salud Mental. Cada día de la semana 1 de los Trabajadores Sociales de la red de Salud Mental dedica su jornada laboral a rotar por la Oficina de Trabajo Social.
Resultados: 1º: Se ha elaborado una cartera de servicios que antes no existía. 2º: Se ha elaborado un Informe Social estandarizado que no existía, usado por todos los Trabajadores Sociales de la red, y que además ya ha sido adoptado, ligeramente modificado, por la Comisión de Valoración de Alojamientos de otra institución tan importante en estos ámbitos como la Diputación, competente en Bienestar Social. 3º: Se ha elaborado un inventario de los recursos sociales públicos, privados y concertados. 4º: Se ha creado un buzón para las demandas de asociaciones, servicios sociales y entidades relacionadas con situaciones sociales de enfermos mentales, alcoholismo y toxicomanías.
Conclusiones: 1ª: La iniciativa está siendo muy positiva, ya que la existencia de documentación homogénea facilita la equidad en el acceso a las ayudas y prestaciones, al disponer todos los usuarios potenciales de la misma documentación y exigencias en cuanto a requisitos. 2ª: Al haber un referente cara al exterior, conocemos algunas áreas de mejora en aspectos tan importantes como el empleo protegido, alojamientos, etc.

Contacto: Gotzon Villaño Murga
gvillano@sma.osakidetza.net

P-212.- DESACELERACIÓN EN EL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN E INCREMENTO DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL.

Medel-Herrero A, Sarria-Santamera A.

Hace más de dos décadas se inició en España un proceso de cambio en la atención psiquiátrica, conforme a la evolución y desarrollo de la asistencia que acontecia en países de nuestro entorno. Este cambio en el modelo asistencial, o desinstitucionalización de la psiquiatría, implicaría una reorientación de los recursos y la aparición de nuevas tecnologías.
El objetivo de este trabajo es hacer una lectura del estado actual del proceso de desinstitucionalización y el modo en que se ve afectada la calidad asistencial en la atención psiquiátrica.
Para ello se explotaron y analizaron bases de datos a nivel nacional en las que se recoge información sobre el uso de recursos hospitalarios en el área de asistencia psiquiátrica para el periodo de tiempo comprendido entre 1979 y 2003. Se utilizaron bases de datos del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de Estadística, con información de ámbito nacional relativa a múltiples aspectos de la atención hospitalaria a las patologías psiquiátricas. Para este estudio se incluyeron la Encuesta sobre Hospitales en Régimen de Internado e Indicadores Hospitalarios y la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Se analizaron, entre otras, las siguientes variables: establecimientos sanitarios, unidades de hospitalización, composición del personal asistencial, altas, consultas, estancias.
A través de este análisis hemos podido observar que durante las últimas dos décadas se ha producido un descenso muy acusado en los recursos de atención psiquiátrica, fundamentalmente por la reducción del número de hospitales psiquiátricos, aunque esta fuerte tendencia decreciente se ha mitigado en los últimos años. Durante los últimos años tampoco se observa una reducción en las camas psiquiátricas en centros generales. Con respecto a la utilización, se observa un cierto aumento en las tasas de altas por causas psiquiátricas. Las estancias medias muestran una acusada reducción. Las consultas siguen una tendencia ascendente muy acentuada. El empleo de los servicios por urgencias también se está incrementado.

El estudio de las relaciones entre estos indicadores y el análisis de las líneas evolutivas en el uso de recursos asistenciales nos hacen pensar que se está produciendo un aumento en la demanda asistencial en psiquiatría al tiempo que disminuye el ritmo de cambio hacia un modelo de atención desinstitucional.

Contacto: Álvaro Medel Herrero
alvaro.medel@isciii.es

P-213.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ANCIANOS.

Leal-Llopis J, García-Sánchez MC, Conesa-Fuentes MC, Gimenez-Fernández M, García-Arzak I, Fernández-Aparicio T.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas ancianas

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de una muestra de ancianos en el municipio de Murcia.

Los sujetos de estudio debían de cumplir los siguientes criterios de inclusión: edad mayor de 65 años y manifestar verbalmente su predisposición a participar en el estudio. La elección de la muestra se realizo mediante un muestreo consecutivo durante Noviembre de 2005. La recogida de datos fue realizada por un solo investigador y durante 3 días consecutivos en horario de mañana. Como instrumento de recogida de datos se utilizaron las laminas COOP-WONCA. Los datos recogidos se codificaron y se analizaron mediante estadística descriptiva con el programa informático SPSS 12.0.

Resultados: La muestra de estudio ha sido de 50 personas de los que el 63,3% fueron hombres y el 36,7% fueron mujeres. La edad media de la población de estudio fue de 72,16 años. La dimensión forma física presenta una valoración de moderada en el. 52,1% y ligera en el 27,1%. La dimensión sentimientos es valorada como que han afecta un poco en el 50% de los casos y un 29,25 nada en absoluto. La dimensión actividades cotidianas es evaluada en un 43,8% como que no ha supuesto ninguna dificultad siendo valorada como que ha supuesto una dificultad moderada en un 20,8%. La dimensión actividades sociales es evaluada mayoritariamente (66.7%) como que no han sido limitadas. Respecto a la dimensión cambio en el estado de salud el 79.2% expresa que esta igual o por estilo que hace 2 semanas. La dimensión estado de salud se valora como buena en el 58,3% de los casos y regular en el 22,9%. Por ultimo, en la evaluación de la dimensión dolor se expresa que hay un 64,6% de las personas de nuestro estudio que presentan algún tipo de dolor.

Conclusiones: Los ancianos que forman parte de este estudio presentaron una importante afectación de la CVRS, siendo las dimensiones, forma física, estado de salud y cambio en el estado de salud las que aparecen con mayor deterioro. Así mismo, consideramos que existe un deterioro generalizado (dos tercios de la población de estudio) de la dimensión dolor, factor fácilmente modificable con la adecuada utilización de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Contacto: Jesús Leal Llopis
jesus.leal@carm.es

P-214.- ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR Y FACILITAR LA DECLARACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS A TRAVÉS DE UN REGISTRO INFORMÁTICO.

Gancedo Z, Barahona E, Bouzan C, Fernández M, Bustillo MJ, Barquin M.

Objetivos: sistematizar y mejorar el control y la declaración de eventos adversos (EA) a través del registro en el aplicativo informático de gestor de cuidados.

Métodos: se procedió a la creación de grupos de mejora para realizar el análisis de situación en relación a la seguridad clínica y desarrollar el despliegue de las acciones. Este despliegue es el mismo para cada EA que se desea incluir en el aplicativo: 1. Desarrollo e implantación de protocolos asistenciales de prevención y cuidados; 2. Diseño y validación del registro específico para su inclusión en el aplicativo informático; 3. Capacitación de los profesionales en los aspectos asistenciales e informáticos mediante talleres; 4. Recogida de la satisfacción de los profesionales en relación a la formación recibida; 5. Establecimiento de indicadores de resultados partiendo de los estándares establecidos; 6. Inclusión en el Plan de Excelencia del hospital. Los registros se cumplimentan para todos los pacientes en todas las unidades de hospitalización.

Resultados: Desde 2005 se han implantado los protocolos de prevención y cuidados y registros especiales de úlceras por presión (UPP), inserción y mantenimiento de catéteres vasculares y caídas. En relación a la capacitación se han realizado 11 talleres de UPP (135 enfermeras), 50 talleres de catéteres (263 enfermeras) y 35 talleres sobre el aplicativo informático (116 profesionales de enfermería). La inclusión de los registros especiales en todas las unidades ha permitido la obtención de indicadores de los EA monitorizados de forma continua en todo el hospital, a diferencia de años previos, en los que se realizaba estudios específicos de incidencia durante un periodo limitado de tiempo y en unidades seleccionadas. La incidencia de UPP en 2005 con respecto a 2004 ha aumentado: de 1,9% a 3,9%, al mismo tiempo que han aumentado el porcentaje de UPP en estadios 1 (de 0% en 2004 a 4% en 2005). La incidencia de complicaciones relacionados con los catéteres vasculares también ha aumentado desde la implantación del registro (25,4% a 52,4%). El registro de caídas, de reciente implantación, está en fase de evaluación.

Conclusión: La inclusión de registros especiales en el aplicativo informático permite el registro de todas las actividades de enfermería incluidas en los protocolos. Al mismo tiempo, la monitorización de los posibles EA ha dejado de ser voluntaria y puntual para quedar sistematizada en el trabajo diario de los profesionales, obteniéndose información prospectiva de los mismos.

Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

P-215.- INFLUENCIA DE REGISTRO ELECTRÓNICO DE LAS ALERGIAS EN LOS ERRORES DE MEDICACIÓN COMUNICADOS.

García C, Cases C, Lacasa C, Andreu C, Miquel M, Martí M.

Objetivo. Evaluar la influencia de registro electrónico de las alergias en un programa de comunicación de errores de medicación (EM).

Métodos. El estudio se ha realizado en un hospital de pacientes agudos (actividad año 2005: 23.162 altas y 51.473 urgencias). El hospital dispone de dosis unitaria con prescripción electrónica del 72% de las órdenes médicas y plan de medicación informatizado. Desde 1994 está implantado el programa de comunicación de EM y se aplican medidas de mejora continua de la calidad. En el año 2002, a propuesta de del grupo de prevención de EM, se implanta el registro electrónico de las alergias de los pacientes. Se analiza la evolución del año 2003 al año 2005 de los EM comunicados por medicamentos administrados a pacientes alérgicos desde la implantación del registro electrónico de alergias.

Resultados. Se muestran en las tablas siguientes. En la primera se muestra el gran esfuerzo realizado por el personal sanitario de hospital, en especial de las enfermeras, en el registro electrónico de alergias.

Alergias registradas	2003	2004	2005	Total
Admisiones	62.166	69.716	71203	203.085
Pacientes con alguna alergia	9788	10695	10920	31.403
Medicamentos (%)	13,5	14,6	15,1	14,4
Medicamentos (n)	8417	10197	10719	29.335
Alimentos (%)	1,7	1,9	1,9	1,8
Otros (%)	3,4	4	3,9	3,8

Año	Total EM	%filtrados	Errores por alergias conocidas							
	Total	%EM alergias/ total EM	%B/EM alergia	B	C	D	E	F	H	% > C
2003	297	8	2,7	4	2	2			25	50
2004	386	29	7,5	21	3	2	2	1	17,2	72,4
2005	441	40	9,1	33	2	4	1		12,5	82,5

Hay una tendencia a la disminución de los EM por alergia a medicamentos con nivel de severidad mayor de C (x^2 =0,84; p=0,35) aunque no estadísticamente significativa por el reducido número de casos. Sin embargo el porcentaje de errores filtrados (severidad B) sobre el total de EM por alergias si muestra un aumento estadísticamente significativo (X^2 6,84; p=0,009).

Conclusiones. El registro electrónico de alergias en el hospital ha producido un aumento de los EM por alergia a medicamentos filtrados por el programa y se observa una tendencia a menor porcentaje de errores de severidad mayor.

Contacto: Carmen García Hernández
Farmacia@sciashdb.com

P-216.- HISTORIA CLÍNICA ÚNICA.
Jiménez-Carnicero MP, Labaien-Arbe C, Ardaiz-Astrain J.

Centro de trabajo: Centro de Consultas "Príncipe de Viana". Pamplona.
Objetivo: Disponer de un número de historia único por paciente en la red de Asistencia Especializada.
Métodos: La Asistencia Especializada se estructura en tres áreas: la primera, con dos hospitales generales de nivel terciario, uno monográfico y cuatro centros ambulatorios de consultas externas y las otras dos con un hospital y sus correspondientes consultas. Cada centro disponía de su propio número de historia y archivo. El proceso de unificación de los Ficheros Maestros de Pacientes se está llevando a cabo paulatinamente. Junio 2000: comienzo por los dos hospitales y uno de los ambulatorios de la primera área con la creación de un archivo común y una historia clínica única para los tres. Octubre 2001: cruce de esta base de datos con la existente en otros dos centros y posteriormente con la del hospital monográfico. Noviembre 2003: se unifica con los números de historia de la segunda área. Noviembre 2005: se incorpora la base de datos del último centro de consultas del área primera. Pendiente: la unificación con la tercera área de salud. El cruce de datos se ha realizado a través del número de tarjeta sanitaria, atendiendo a unos criterios de concordancia establecidos y depurando las historias duplicadas. En algunos archivos se ha mantenido su numeración inicial y en otros se ha producido una reordenación con el número nuevo asignado. Paralelamente: aumenta la implantación de Historia Clínica Informatizada.
Resultados: Obtención del mismo número lógico y distintos componentes físicos e informáticos. Número de registros de historias: 660.000. Duplicadas: 70.000. Se describe el número de historias pertenecientes a cada archivo y por área. Se mantuvo la numeración inicial para las historias de uno de los dos hospitales (1 – 490.000) y para aquellas que coincidían con los criterios de cruce. El hospital monográfico mantuvo su numeración (500.000). Para las no coincidentes se añadió una cantidad que identifica el centro de procedencia. La numeración única actual comienza por 3.000.000.
Conclusiones: La existencia de un número de historia único por paciente posibilita la consulta de los datos clínicos desde cualquier punto de la red facilitándose, tanto al paciente como al profesional, la movilidad dentro del sistema sanitario sin perjuicio para la asistencia. Se ha conseguido establecer un circuito de interconsulta de historia clínica entre los centros afectados y se agiliza su consulta a través de Historia Clínica Informatizada.
Contacto: Mª Pilar Jiménez Carnicero
mp.jiménez.carnicero@cfnavarra.es

P-217.- INTEGRACIÓN EN LA VALORACIÓN INFORMÁTICA DE ENFERMERÍA DE LOS PROTOCOLOS SEGÚN ESTÁNDARES JOINT COMMISSION.
Díaz MA, Fernández J, Alcaraz D, Sánchez MJ, Sánchez R, Cuerda JA.

Introducción: La calidad en los centros hospitalarios siguen diferentes modelos. En nuestro caso el sistema de calidad incluye el modelo Joint Commission Internacional Acreditation (JCIA). Una de las subfunciones del modelo es la valoración del paciente y dentro de ésta, se encuentra el estándar de valoración de riesgos (dolor, desnutrición, úlceras presión, maltrato, caídas, riesgo social, planificación al alta y educación). Con la finalidad de adecuar ese punto del modelo e inmersos en un proceso de informatización global de la Historia Clínica, fue necesaria realizar una valoración de enfermería que integrara los diferentes criterios de riesgo, debidamente protocolizados. Era necesario revisar, adaptar e integrar al modelo informático los diferentes protocolos relacionados y dar respuesta a estas necesidades de manera ágil y eficiente (cálculo automático de escalas y riesgos).
Objetivo: Adaptar el registro del seguimiento de los protocolos a las herramientas informáticas disponibles, de manera que dieran respuesta a los estándares de calidad requeridos por la JCIA, y pudieran ser analizados de manera eficiente.
Metodología: Grupos de trabajo multidisciplinar (40 personas) que han validado cada uno de los protocolos. Grupo de trabajo dedicado a la adecuación informática de los protocolos. Finalmente la colaboración del resto de personal que mediante feed-back han ido mejorando la propuesta inicial. Secuencia, Mayo 2005 - Enero del 2006. Coordinación por parte del Dpto de Calidad, Direc. Enfermería e Informática.
Resultados: Se han conseguido adecuar todas las valoraciones existentes (general, ucias, pediatría y psiquiatría) llegando al 100 % de implantación en el hospital. La secuencia de implantación ha sido la siguiente, Mayo 2005 unidades piloto (Ginecología y Psiquiatría), Noviembre 2005 resto del unidades exceptuando la UCI neonatal, Enero 2006 UCI neonatal.
Conclusiones: La integración informática de los estándar de riesgo protocolizados ha supuesto un cambio notable en la valoración existente. Se ha creado una valoración dinámica, mucho más ágil y rápida de cumplimentar. Respecto al personal asistencial, la incorporación de éstos datos han significado un mayor conocimiento de estos protocolos (mejorando notablemente su difusión) y una mayor sensibilidad ante los criterios de riesgo (adecuando la actuación sobre éstos). Respecto al Dpto de Calidad y Direc. Enfermería, el soporte informático ha posibilitado la actualización instantánea y facilidad de explotación de estos datos.
Contacto: Miguel Ángel Díaz Herrera
madiaz@hgc.es

P-218.- SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CUIDADOS A PARTIR DE UN SISTEMA INFORMATIZADO "GACELA".
Valls C, Sánchez A, Cadena R, Coll L.

Objetivo. Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería a partir de la monitorización.
Método. Para mejorar la calidad existen diferentes estrategias, entre las mas utilizadas está la monitorización de indicadores. El sistema de monitorización de indicadores de calidad incluye la medida y la evaluación de manera periódica de aspectos relevantes de la atención, con la finalidad de identificar problemas, situaciones mejorables o desviaciones. El sistema de evaluación que utilizamos permite que los propios profesionales estén implicados en el diseño y en el proceso de la evaluación. Para la construcción de indicadores se definen y consideran una serie de apartados básicos que serán de ayuda. Se evalúan diferentes dimensiones con relación a los cuidados de enfermería y a la metodología del plan de cuidados.
Resultados. 1- Durante los meses de mayo y noviembre de cada año se recogen datos de los diferentes indicadores:
A- Por observación directa a 1174 pacientes en el año 2005: Flebitis, Higiene de la boca y Identificación del paciente.
B- A partir del registro informatizado Gacela, en una fecha planificada para que una enfermera de la unidad pueda hacer la revisión de 950 historias en el año 2005 de pacientes ingresados en esos días: valoración y intensidad del dolor, lesiones por presión, valoración y seguimiento del riesgo de lesiones por presión y peso y talla en el ingreso.
C- A partir del registro informatizado Gacela, mediante muestra de 1200 historias cerradas: valoración en el ingreso, realización del plan de cuidados en las primeras 24 horas, adecuación del plan de cuidados y del seguimiento, evaluación del plan, evaluación de objetivos al alta, altas a domicilio con recomendaciones para el paciente/familia / altas a otro centro con informe de continuidad. En caso de muerte: adecuación del último comentario donde se recogen las circunstancias.
2- Tabulación, análisis y envío de los resultados a las Supervisoras. 3- Difusión de los resultados por parte de la Supervisora y la enfermera que ha realizado la revisión. 4- Creación de grupos de mejora según los resultados e implantación de acciones de mejora. 5- El siguientes corte de prevalencia nos permitirá comprobar si las acciones de mejora han sido efectivas.
Conclusiones: El sistema de revisión: 1_Facilita la implicación y motivación de los profesionales.
2_Crea una cultura de autoevaluación positiva. 3_Las acciones de mejora propuestas por los propios profesionales facilitan su implantación y mejoran la práctica.
Contacto: Mª Carmen Valls Guallar
cvalls@santpau.es

P-219.- PERFIL DE LA REGULACIÓN MÉDICA DEL ÁRBOL LÓGICO DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DEL SUMMA 112.
Rodríguez-Rodil N, Martínez-Gómez J, Solano-López R, Castillo-Rubio R, de la Vega-Morales M, Hernández-Jaras MV.

Objetivos: Evaluar y conocer la calidad de árbol lógico de la actual aplicación informática del SUMMA112 así como la efectividad de la regulación médica de los facultativos del SCU del SUMMA112, mediante el

estudio y comparación de las resoluciones dadas por el árbol lógico en primera instancia, y compararlas con las resoluciones definitivas aplicadas por los propios facultativos en lo que se conoce como regulación médica , lo que permite la optimización de los recursos móviles.
Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de la demanda asistencial del primer trimestre de 2006, comparando las resoluciones iniciales mas importantes del árbol: CE, CU, DC, M2, UE con las resoluciones definitivas dadas por los médicos del SCU del SUMMA112.
Resultados: Número total de llamadas 288.600. Por demanda asistencial [177.466(61,5%)]. Envío de recursos 107.669 (37,3%).
En los casos dónde el árbol lógico asignó CU 95.498 (53,8% de la demanda asistencial), tras la regulación médica se asignó un recurso en el 40,5% de los casos, se derivó a CS/SUAP en el 17% de los casos, al Hospital en el 4,7% de los casos y un 30% se resolvió como consejo médico. En los casos donde se envío un recurso los mas importantes fueron Ambulancia (Grado de urgencia 1 y 2) en el 47,4% de los casos, un médico (Urgencia 1 y 2)en el 36,8 % de los casos. Solo se envío como primer recurso un recurso de emergencia en el 4,5% de los casos.
En los casos donde el árbol lógico asignó CE en 43.123 (24,3% de la demanda asistencial), de estos casos 28.668 (66,5%) acabaron como envío de recursos de los que 4.733 (16,5%) se enviaron con urgencia 0 ó emergencia 18.992 (66,25%) fueron calificados de urgencia 1 (no demorable) y el resto 4.943 (17,25%) fueron calificados como urgencia 2 (demorable).
Conclusiones: 1. La consulta de urgencias es la parte de la regulación médica que permite una optimización de más recursos. Además en casi un 5% permite detectar una emergencia que no se detectó previamente.
2. La consulta de emergencias está bien detectada por el árbol lógico en general y la regulación médica permite asignar el recurso mas adecuado al grado de emergencia/urgencia.
3. Por último se observa la utilización similar del consejo médico y de la derivación a centro dependiendo del ámbito, de la localidad, del día de la semana. Estudio descriptivo de la regulación medica CM/ DC/ M2 según los recursos disponibles en la zona y el horario.
Contacto: Nuria Rodríguez Rodil
nrodriguez.summa@salud.madrid.org

P-220.- PROCESO DE INFORMACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD: VALORACIÓN Y CUIDADOS INFORMATIZADOS.
Farre C, Gallart A, Oller C, Viura M, Sánchez R, Sánchez MM

Introducción: La informatización de la Historia Clínica es un elemento clave dentro del proceso de información en el sistema de Gestión de calidad de un Grupo Hospitalario. A través de la informatización de la valoración y planificación de los cuidados enfermeros se consigue sistematizar los mismos y asegurar lineas de calidad . Este hecho tiene un especial interés cuando se trata de sistematizar un Grupo Hospitalario Nacional ya que con ello se establecerá no solo una valoración y Guías de tratamiento enfermero sistematizados y consensuados por todo el grupo hospitalario sino también la codificación informática de las distintas características de la valoración, de los diagnóstico y cuidados prestados permitiendo así un berchmarking intragrupal y extragrupal.
La experiencia plantea una valoración dinámica donde según las características de la persona se va desarrollando en mayor o menor amplitud. Así mismo también es dinámica en el cálculo de distintas escalas de ulceras, caídas, etc. Los datos obtenidos determinan los diagnóstico y el plan de cuidados.
Objetivos: Crear una valoración y planes de cuidados informatizados que permita una adaptación de ambas según la complejidad del paciente y así mismo la obtención de indicadores para benchmarking.
metodología: Grupo de trabajo de 9 hospitales de un grupo internacional hospitalario que representa 5 comunidades autónomicas Españolas. Sistemática de trabajo a través de reuniones bianuales y seguimiento por correo electrónico. Inicialmente se determina el objetivo deseado a través de bibliografía consultada y asumiendo los valores del Grupo. Posteriormente a traves de grupos nominales se desarrollan subgrupos en los distintos hospitales para tratar temas individuales que más tarde son debatidos por el grupo coordinador.
Resultados: Desarrollo informático de una valoración dinámica, 148 planes de cuidados pilotados en uno de los centros del grupo desde Octubre del 2005.
Implantación de la valoración en 2 hospitales del grupo y en el 100% de unidades de un hospital piloto. Actualmente se están cumplimentando los planes de cuidados informáticamente en el 40%.
Conclusiones: La informatización de la valoración y los planes de cuidado es una herramienta de calidad que indica las líneas marcadas por las direcciones tras su validación bibliográfica , que permite su registro de una forma agil y rápida y proporciona datos para valorar la atención prestada a la persona resaltando los principales riesgos de su salud.
Contacto: Carme Farre Guerrero
cfarre@hgc.es

P-221.- HOY LAS CIENCIAS ADELANTAN... NUEVO REGISTRO INFORMATIZADO DE LA ASISTENCIA EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
García-Ribes M, Fernández A, Fernández R, Cebrecos R, Trueba M, Vega T.

Objetivos: La mayor parte de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) carecen de un método optimizado de registro de los procedimientos técnicos que los profesionales sanitarios realizan en ellos. Las nuevas tecnologías nos permiten crear métodos de registro del tipo "apuntar y seleccionar" que prescinden del uso de teclados y usan únicamente el ratón y/o las pantallas táctiles. Presentamos una plantilla original que permite realizar el registro de estos procedimientos de manera rápida y sencilla, incluso en las situaciones más complejas.
Metodología: Durante 6 meses el personal de enfermería de nuestro SUAP recogió la información relativa a los procedimientos técnicos mas frecuentemente utilizados en el servicio por el personal sanitario, incluyendo todas las posibles alternativas tanto de metodología como de infraestructura. Con estos datos, se elaboró una plantilla en formato "Microsoft Word", que permitiera registrar estos procedimientos haciendo uso únicamente del ratón.
Resultados: Durante 6 meses, la plantilla se testeó en el servicio ajustándose a las necesidades aproximadamente en el 85% de los registros. El 63% del personal sanitario del servicio la considero "de gran utilidad" y el 17% la considero "de utilidad". Durante este tiempo, la plantilla ha permitido:
1.- Mejorar la gestión de los recursos materiales
2.- Mejorar la transferencia de información al respecto con el Equipo de Atención Primaria y la Gerencia
3.- Recoger datos de utilidad para futuros estudios estadísticos.
Actualmente, la plantilla se encuentra sometida a revisión para mejorar su eficacia.
Conclusiones:
1.- El registro exhaustivo de los procedimientos técnicos que los profesionales sanitarios realizan en los SUAP resulta de gran utilidad a nivel de organización e investigación.
2.- Las nuevas tecnologías permiten realizar métodos de registro en forma de plantillas de gran eficacia.
3.- Es fundamental que estas plantillas se realicen por o con la colaboración del personal sanitario de los servicios correspondientes.
Contacto: Miguel García Ribes
gribesm@gmail.com

P-222.- DISEÑO DE UN ESPACIO WEB DEL SERVICIO DE FARMACIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA
Toro-Chico P, Pérez-Encinas M, Lara-Cátedra C.

Objetivos: Diseño y desarrollo estructural de un espacio web como estrategia global de mejora de calidad del servicio de farmacia para facilitar el acceso y difusión de información sanitaria entre los usuarios de la página web del hospital.
Métodos: El diseño y desarrollo se realizó en marzo de 2005 y posterior implantación en septiembre, desde el servicio de farmacia de un hospital terciario. Para ello, se tuvieron en cuenta los criterios de calidad para páginas web: objetivos, facilidad y rapidez de uso, fecha de actualización visible, enlaces externos, posibilidad de contactar con profesionales, información específica para pacientes, así como recursos científicos y técnicos disponibles para profesionales sanitarios. El espacio se estructuró en una página principal con 7 secciones de información: introducción y presentación del servicio y 5 áreas de trabajo. Se utilizaron hipervínculos descriptivos y enlaces externos para acceder a los contenidos y secciones. El entorno audiovisual y los aspectos técnicos fueron concretados por el departamento de Tecnología de la Información.

Resultados: La distribución por secciones del espacio web fue la siguiente:
- Misión, Visión y Valores del servicio.
- Presentación, organigrama, cartera de servicios y directrices generales del servicio.
- Gestión: se presenta una introducción de la logística y gestión del servicio.
- Dispensación: dirigida a pacientes ingresados (dosis unitarias), ambulantes y a externos. Se ofrece diversa información a pacientes externos y la posibilidad de interactividad.
- Elaboración: descripción de la actividad asistencial en preparaciones estériles y no estériles.
- Información de medicamentos: se ofrece la guía farmacoterapéutica on-line, protocolos terapéuticos y programas de equivalentes terapéuticos del hospital, hojas informativas de medicamentos, últimas alertas de seguridad de fármacos y medidas de farmacovigilancia en el hospital así como las líneas principales de trabajo en prescripción extrahospitalaria.
- Docencia e investigación: se resume la docencia de pregrado y postgrado, formación continuada y los proyectos de investigación del servicio.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que internet constituye una importante herramienta en el ámbito asistencial, investigador y de información, y ante la renovación de la página web del hospital, el servicio se planteó el diseño del espacio web como una puerta de acceso para cubrir las necesidades informativas de todos los usuarios, permitiendo una mejor prestación farmacéutica.

Contacto: Piedad Toro Chico
piedad_t@eresmas.com

P-223.- ¿APORTA CALIDAD LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA A UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA?.

Velasco S, González JA, Jiménez M, Delgado M.

Introducción y Objetivos: Desde 1982, año en que se crea el archivo de historias clínicas de nuestro hospital como unidad centralizada que custodia todas las historias clínicas, el departamento ha sufrido una serie de cambios con el fin de adaptarse a las nuevas necesidades. Se ha pasado por diferentes fases. En el año 1999 la dirección del hospital empieza a considerar la idea de la historia clínica electrónica (HCE) como solución definitiva de futuro, que permita acabar con el problema de la falta de espacio físico, y hacer más viable la comunicación entre los diferentes centros y profesionales.

El objetivo del trabajo es describir el proceso de la HCE y la mejora en las prestaciones a usuarios y profesionales

Métodos: Estudio Descriptivo del proceso de cambio de la historia clínica. Se han utilizado diferentes aplicativos informáticos (Gesdoch-PosgreSQL), integrados con radiología, aparatos complementarios como electrocardiogramas, electromiogramas, espirómetros, etc. Para que el resultado de las pruebas complementarias sean incorporadas de forma inmediata. Hasta llegar al final del proyecto ha habido algunas dificultades: Luchar con la reticencia de muchos asistenciales a cambiar el formato de la historia clínica, la formación de todo el personal, problemas informáticos y problemas económicos.

Resultados: En el 2002 se inicia el proceso informático para digitalizar las historias clínicas, que culmina en el 2006. Actualmente se ha conseguido paralizar en un 95% el movimiento de historias clínicas en papel y frenar en un 100% el crecimiento del archivo físico. Antes se efectuaban una salida de 1200 historias diarias, actualmente son 10 el número de demandas al archivo.

Conclusiones: La HCE conlleva un cambio en la metodología del trabajo, generando una serie de ventajas tanto para el profesional, el usuario y el archivo de historias clínicas.

1. La consulta de la historia clínica es mucho más rápida y ágil, permitiendo que varios asistenciales tengan acceso a ella simultáneamente.
2. El diagnóstico es más preciso y fiable.
3. La confidencialidad de los datos es mayor.
4. La información de cara al usuario es mas clara y accesible.
5. La HCE es la solución definitiva al problema del espacio físico en los archivos de historias clínicas.

Contacto: Soledad Velasco Velasco
svelasco@bsa.gs

P-224.- IMPLANTACIÓN DE UN ALMACÉN DE DATOS CORPORATIVO (DWH) COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN CENTRO DE AGUDOS.

Escribano E, Sicras A, Llopart JR, Navarro N, Buqueras M, González-Ares JA.

Objetivo: Describir el desarrollo de algunos indicadores de calidad asistencial a tiempo real, a partir de la implantación de un almacén de datos corporativo (DWH) como herramienta de gestión clínica, entre los profesionales de un centro de agudos.

Metodología: Badalona Serveis Assistencials SA, es una empresa sanitaria, concertada por el CatSalut. Formada por siete centros de atención primaria, un hospital comarcal y un centro socio-sanitario. Su área de influencia en base capitativa es de unos 110.000 habitantes. Desde mayo de 2004 se implementó un (DWH) con plataforma tecnológica OLAP. Los datos reciben un tratamiento de homogeneidad, calidad, agregación y orientación de negocio. La información se explota mediante herramientas flexibles (MIS OnVision, Plain). Su abordaje se desarrolla en etapas sucesivas, con implicación de la dirección y usuarios finales (tecnologías y sistemas), a tiempo real por vía web.

Resultados: Se describen las principales aplicaciones del DWH en la elaboración del cuadro de mando operativo y análisis/reporting en entorno analítico y web. Además, se detallan los principales indicadores de calidad asistencial por centros, por profesionales de los EAP y por las diferentes áreas asistenciales (líneas de negocio), así como diversa información cualitativa relevante para la gestión. Siguiendo el modelo EFQM, estos indicadores se agrupan en diferentes áreas temáticas definidas en el Plan de Calidad consensuado por la Dirección.

Conclusiones: Su implantación no está exenta de superar dificultades. No obstante, la capacidad predictiva del análisis y de navegación por la información, así como los reducidos tiempos de respuesta, aportan grandes expectativas y posibilidades en la toma de decisiones estratégicas, aumentando la preocupación por la eficiencia y la calidad científico-técnica de los profesionales.

Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

P-225.- SISTEMA DE GESTIÓN CORPORATIVO PARA LA FORMACIÓN CONTINUADA.

Martin J, Alafaro L, Alva ML,. Martínez A, Fernández-Baillo D, Conde E.

Medios audiovisuales: cañón retroproyector, ordenador (USB, Power Point 2003).

Introducción: Formación es la actividad de enseñar los conocimientos generales y específicos que una persona necesita para desarrollar su labor en un determinado puesto de trabajo. La capacitación del personal de todos los niveles es imprescindible para asegurar que se trabaja con el nivel de calidad máximo.

El Grupo Capio está desarrollando una aplicación informática que permita gestionar toda la formación de sus profesionales, cumpliendo requisitos internos y externos (Forcem, Acreditación, ...).

Objetivo: Establecer criterios únicos para todos los centros de Capio España.

Llevar la gestión de la formación de los trabajadores del Grupo Capio a través de una aplicación informática web.

Propuesta de formación de cada centro

Aprobación de la propuesta y elaboración del Plan de Formación anual

Comunicación a responsables

Fichas de alumno

Realización de acción formativa

Listados de asistencia

Evaluación del impacto de la formación y el aprendizaje como verificación de si se alcanzan los objetivos operativos y funcionales de cada acción formativa (mediante cuestionarios, con pruebas situacionales, observación en el tiempo, ...)

Metodología: Grupo de trabajo formado por Dpto. de RRHH, Sistemas y Calidad. Una vez conocidos los requisitos internos y externos, reunión con Gerentes y responsables de Formación, nombramiento de coordinadores y presentación de la herramienta informática. Desarrollo en el segundo semestre del 2006 e implantación en enero 2007.

Conclusiones: El sistema de información creado es accesible desde la Intranet Corporativa, en entorno web. La información de todos los

Hospitales se registra en una única base de datos corporativa que permite una mayor facilidad y rapidez para la explotación de datos.
Esta aplicación se alimentará para recoger los datos de los empleados de la base de datos corporativa (MILENA). También permite saber la participación de cada trabajador en cada momento.
Permitirá la comunicación directa con el FORCEM a través del envío de ficheros por correo electrónico.
Palabras Clave: Intranet, Formación, Capacitación
Contacto: Jorge Martín Fernández
jmartinf@idcsa.net

P-226.- COMPARATIVA INTERNACIONAL: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE PORTALES WEB DE HOSPITALES ESPAÑOLES, AMERICANOS E INGLESES.
Mira JJ, Pérez-Jover V, Rodríguez-Iñesta D, Llinás G.

Objetivo: Comparar la calidad de portales web de hospitales españoles, ingleses y americanos usando un sistema validado y así poder determinar sus fortalezas y debilidades.
Método: Estudio descriptivo de 32 portales web de hospitales españoles (n=12), americanos (n=10) e ingleses (n=10), a los que se aplica la "Escala de Calidad de la e-información de centros sanitarios" para determinar su nivel de calidad. La escala se compone de 66 ítems, todos ellos elementos necesarios para que se considere un portal web de calidad, valorados en función de si disponen o no del elemento. Así, cuanta mayor puntuación se obtenga en la escala mayor será el nivel de calidad de la página web. Para aplicar la escala, un evaluador visitó cada uno de los portales seleccionados, obteniéndose una puntuación global para cada web de cada hospital. Posteriormente estas puntuaciones se agruparon por países. Para determinar si había diferencias entre países se recurrió a estadísticos descriptivos (frecuencias y medias) e inferenciales (chi-cuadrado y ANOVA).
Resultados: Las porcentajes globales fueron de 47% para los hospitales españoles, 50% para los americanos y 54% para los ingleses. No hay diferencias significativas, a nivel global, entre los diferentes países ($F=1,578$, $p=0,224$). Sin embargo, se han obtenido diferencias significativas por países en los siguientes elementos: logotipo en la cabecera de la página ($x2=27,135$, $p<0,0001$), explicaciones al pasar el ratón ($x2=9,112$, $p=0,011$), servicios complementarios ($x2=9,355$, $p=0,009$), teléfono/fax de atención al usuario ($x2=10,517$, $p=0,005$), solicitar información por Internet o correo electrónico ($x2=8,455$, $p=0,015$), guía de hospitalización para el alta ($x2=7,906$, $p=0,019$), novedades médicas ($x2=6,686$, $p=0,035$), publicaciones del hospital ($x2=8,567$, $p=0,014$) y bolsa de trabajo del hospital ($x2=27,063$, $p<0,0001$).
Conclusiones: Las porcentajes globales ponen de manifiesto que los tres países sólo tienen en cuenta entorno a un 50% de los aspectos valorados en la escala, aspecto que debería considerarse de cara a la mejora de la calidad de sus webs sanitarias. A su vez, resaltar que las webs americanas e inglesas destacan frente a las españolas en información sobre bolsa de trabajo, explicaciones al pasar el ratón y posibilidad de solicitar información por Internet o correo electrónico. Mientras que por su parte, las webs españolas prestan mayor atención a aspectos tales como disponer de logotipo del hospital en la cabecera de la página o incluir publicaciones del hospital.
Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

P-227.- PORTAL DE CALIDAD. SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ENTORNO COLABORATIVO.
Mollá J, Rangil J, Blanco M, Conde E, Gómez E, Alfaro L.

Introducción: El sistema de gestión de Calidad en nuestros centros sanitarios implica la elaboración de numerosa documentación y sus correspondientes versiones, así como su distribución entre los diferentes estamentos y Hospitales del Grupo Capio España, formado por un total de 24 centros (Hospitales, Centros de Atención Ambulatoria, Residencias, etc.). Esta documentación también ha de ser conocida por todos los trabajadores y colaboradores.
Además, por la propia estructura de la organización en España, con centros distribuidos por toda la geografía nacional, es necesario facilitar el contacto y la puesta en común de diferentes informaciones entre los diferentes responsables de Calidad.
Objetivo: Disponer de un Portal de Calidad en la Intranet Corporativa de Capio España donde se puedan consultar por parte de todos los trabajadores toda la documentación relativa a los procesos de Calidad, así como toda la información considerada de interés (responsables, teléfonos, e-mail, etc.).
Disponibilidad de foros de debate, publicación de noticias de interés, eventos, congresos, etc.
Metodología: Grupo de trabajo formado por la Dirección de Calidad y responsables de los Núcleos Promotores de Calidad, y la Dirección de Sistemas de Información.
Identificación de la estructura de documentos a incluir en cada centro y resto de informaciones y utilidades necesarias. Creación de un Portal Web corporativo y un Portal Web de cada centro del Grupo.
Resultados: Implantación al 100% en todos los centros de Capio en España. La información se encuentra accesible desde cada puesto de trabajo en todo el Grupo, en su última versión.
Importante ahorro de costes en impresión de documentación, tiempos de gestión de envíos, etc. Eliminación de errores derivados de utilización de documentación obsoleta.
Conclusiones: La facilidad del acceso a la información y del mantenimiento de la misma desde el área de Calidad han permitido aumentar el nivel de información e interrelación entre los diferentes departamentos de Calidad en nuestros centros.
Los circuitos y procesos a seguir son conocidos por los trabajadores accediendo directamente a la documentación desde su puesto de trabajo.
Palabras Clave: Intranet, Corporativa, Documentación
Contacto: José Mollá Sánchez
jmolla@idcsa.net

P-228.- CUADRO DE MANDOS INTEGRAL (CMI) EN UN ÁREA SANITARIA PÚBLICA: UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.
Calatrava-García L, Benítez-Rivero JA, Mora-Arévalo R, Moreno-Hernández EJ, Lopez-González J, Calero-Herrero I.

Objetivos: Implantar un Cuadro de Mandos Integral (CMI) en un Área Sanitaria, como herramienta de gestión estratégica fiable, flexible, práctica, adaptable y eficaz tanto para la Dirección como para los Profesionales.
Métodos: Partiendo de un modelo de Cuadro de Mandos limitado al ámbito hospitalario, consistente en una recopilación manual de datos en hojas de cálculo Excel, organizadas por unidades asistenciales, vinculadas unas entre sí para mostrar resumen de todo el hospital.
La Subdirección de Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías(SSINT) realiza un análisis de situación del CM y de las necesidades de información tanto de la Dirección como Cargos Intermedios y Profesionales.
Destacando las siguientes conclusiones:
Sistema poco escalable.
Baja seguridad de los datos.
Difícilmente explotable.
No trazabilidad.
Proceso lento y laborioso.
Escasa participación de los profesionales.
Información incompleta (solo actividad asistencial hospitalaria)
Tras el análisis de los problemas detectados se crea un equipo de trabajo coordinado por la SSINT que planifica, desarrolla,implanta y monitoriza un CMI.
Resultados: Creación e implantación de un CMI en el Área Sanitaria con las siguientes características:
Recursos informáticos:
- Parte Servidor: Servidor web (IIS o Apache), PHP4 y SQLServer 2000.
- Parte Cliente: Navegador web, FlashPlayer 7.
- Aplicación realizada en VisualBasic 6.

Sistema Escalable: estructura jerárquica de indicadores flexible, coherente y adaptable a las necesidades presentes y futuras del Área.
Conjunto de indicadores que engloban las necesidades de información.
Integración automática desde los sistemas de información del Área.
Interfaz Web para introducción de datos no integrados
Seguridad de Acceso.
Seguridad e integridad de los datos.
Con plazos definidos para la introducción y validación de datos.
Explotable: emisión de gráficos e informes "a la carta".
Trazabilidad de cualquier actuación sobre la aplicación.

Histórico de valores.
Accesibilidad de consulta para todos los Profesionales (Intranet).
Información completa, con indicadores de: Actividad asistencial, de calidad , económicos y vinculados al Complemento del Rendimiento Profesional.
Cumple con la LOPD
Conclusiones: Se ha desarrollado un CMI en nuestra Área Sanitaria que se constituye como una herramienta de gestión operativa y estratégica adaptada a las necesidades de la Dirección y los Profesionales.
Contacto: Luciano Calatrava García
luciano.calatrava.sspa@juntadeandalucia.es

P-229.- ¿CONTIENEN LOS PORTALES SANITARIOS INFORMACIÓN SUFICIENTE Y RELEVANTE PARA QUE LOS PACIENTES CONOZCAN SU ENFERMEDAD?.
Guilabert M, Pérez-Jover V, Sancho-Rodríguez J, Llinás G, Mira JJ.

Objetivo: Valorar si la información en Internet capacita al paciente para conocer la enfermedad y su tratamiento y participar así en las decisiones clínicas.
Métodos: Análisis descriptivo de la información en portales sanitarios. Primero, se identifican mediante buscadores sitios web con información sobre Artritis, Hemodiálisis y Leucomalacia Periventricular. Segundo, se seleccionan las 4 primeras páginas y se extraen textos que 13 especialistas valoran (en escala de 0 a 10) respecto a: si la Información es suficiente y si es relevante para que el paciente pueda conocer su enfermedad y tratamiento. Mediante Kruskall-Wallis se analiza el grado de acuerdo entre médicos. Como estadístico univariante se recurre a la mediana.
Resultados: Entre los especialistas no existió acuerdo (p-valor=0,043) respecto de si la información en Internet sobre Leucomalacia era suficiente para que los pacientes conocieran la enfermedad y tratamiento. En el resto de casos existió acuerdo entre los médicos en sus valoraciones respecto de si era suficiente la información para conocer la información (artritis, p-valor=0,278; hemodiálisis, p-valor=0,423) y si era relevante (artritis p-valor=0,942 ; hemodiálisis, p-valor=0,335 ; leucomalacia, p-valor=0,295). El valor de la mediana respecto de si la información era suficiente en artritis y hemodiálisis fue de 8 y 7 respectivamente, y de si era relevante en artritis, hemodiálisis y leucomalacia fue de 6, 5,50 y 6,50 respectivamente.
Conclusiones: La información que los e-pacientes encuentran en Internet ayuda a conocer las enfermedad y tratamiento de la artrosis y la leucomalacia y la técnica de la hemodiálisis.
Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

P-230.- MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE PROCESOS: INFORMATIZACIÓN DE SOLICITUDES.
Gallego-Camiña I, Castelo-Zas S, Pascual M, Aspillaga U, Rico-Alonso F, Chueca-Ajuria A.

Objetivo: Informatización de los canales de comunicación entre los diferentes procesos del hospital de Galdakao, comenzando por los canales de petición.
Método: Técnicas cualitativas de consenso, a través de un grupo de trabajo compuesto por el equipo de proceso de esterilización, supervisoras destinatarias del material estéril, y el apoyo de la Unidad de Calidad y del Departamento de informática del Hospital.
Resultados: Desarrollo de un programa informático para la tramitación de solicitudes de material para el Proceso de Esterilización. (P) En una primera fase se analizaron los formatos tradicionalmente empleados para la elaboración de formularios únicos de petición. Se diseñaron 2 formatos, uno para las solicitudes de esterilización y otro para las peticiones de material estéril, ambos con las versiones de ordinario y urgente. Para su desarrollo nos basamos en el histórico de materiales que se esterilizan en la Central y en los recuentos de instrumental realizados por el personal de enfermería. Posteriormente, el Departamento Informático desarrolló una propuesta que recogiese los requisitos exigidos por el proceso y por los peticionarios. (D) Con dicha propuesta se puso en marcha una experiencia piloto con las supervisoras de una planta de hospitalización, lo que dio lugar a numerosas modificaciones (C) en el programa hasta conseguir adaptarlo a las necesidades (A). Tras varios meses de pruebas, en la actualidad se está procediendo a la implantación paulatina del programa en los diferentes servicios peticionarios.
Resultados: 1) Mayor control de los requisitos exigidos a la solicitud. 2) Disminución de los tan molestos problemas de legibilidad. 3) Mejora de la comunicación entre procesos, especialmente con el proceso quirúrgico, permitiendo tener ahora constancia escrita del canal. 4) Facilita la explotación de indicadores. 5) Favorece la trazabilidad del producto.
Conclusiones: 1) La inmersión en el mundo de la calidad, y el acercamiento de los servicios a la gestión por procesos ha puesto de relieve la necesidad de desarrollar nuevos sistemas que permitan una comunicación rápida y ágil, faciliten la gestión adecuada de las interacciones, y permitan dejar constancia escrita siempre que se requiera. 2) Se espera que esta experiencia sirva de referente para otros procesos.
Contacto: Inés Gallego Camiña
igallego@hgda.osakidetza.net

P-231.- NAVEGANDO HACIA LA EXCELENCIA.
Noriega A, Díaz AR, Herrera P, Martínez E.

Objetivos: Describir la evolución y mejora del entorno de la herramienta virtual de formación que emplea nuestra organización para atender parte de la formación continuada.
Métodos: Desde enero de 2004 se imparte un catálogo de cursos on-line como parte del programa de formación continuada. Inicialmente se desarrolló a través de la intranet corporativa de nuestro hospital. Posteriormente se implementó una nueva versión de la herramienta para soportar varios cursos y se extendió a todo el Servicio Cántabro de Salud colocándose en el dominio de Internet del propio Hospital con el ánimo de facilitar desde cualquier ámbito el acceso a los profesionales.
Resultados: Se diseñó un proyecto denominado Erudinet Virtual, cuya versión 1.0 se estructuraba en torno a tres apartados principales que contenían la documentación del curso, las actividades de evaluación y el soporte técnico y de tutores. Se incluía un foro de discusión y consulta. Se impartió un curso "Introducción a la calidad total. Modelo EFQM" en el que se inscribieron 111 alumnos y finalizaron 92. Posteriormente se implementó la versión 1.1, que se colocó en un servidor web con acceso desde Internet y que incluía la realización de exámenes en modo dinámico. Se impartió el curso "Introducción a la calidad total. Modelo EFQM. (2a Ed.)" con 100 alumnos inscritos de los que finalizaron 71. En 2005 se desarrolló la versión 1.2 en la que se introdujeron los ejercicios prácticos dinámicos, las correcciones automáticas y la posibilidad de multicursos. Se impartieron cuatro cursos simultáneos: "Introducción a la calidad total. Modelo EFQM. (3a Ed.)", "Úlceras por presión", "Infección Nosocomial" y "Patología Laboral" con 242, 192, 100 y 27 inscripciones y finalizaron 94, 77, 97 y 27 respectivamente. Finalmente se implementó la versión 2.0 en la que se cambió el entorno, se incluyó revisión de errores y un espacio para tutores para el control del aula. Se imparten desde Abril de 2006 dos cursos "Introducción a la calidad total. Modelo EFQM. (4a Ed.)" y "Úlceras por presión (2a Ed.)" con 188 y 136 alumnos inscritos respectivamente.
Conclusiones: Con la mejora del entorno de formación se ofrece a los profesionales un acceso a la formación 'on-line' más cómodo y adaptado a sus necesidades de tiempo y de trabajo.
Contacto: Ángel Noriega García
anoriega@dg.scsalud.es

P-232.- LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS A TRAVÉS DE UN ENTORNO VIRTUAL. ¿PODEMOS MEJORAR?.
Noriega A, Herrera P, López C, Martínez E, Díaz AR.

Objetivos: Analizar la valoración que los alumnos efectúan al finalizar las actividades formativas en los entornos de formación virtual del Servicio Cántabro de Salud.
Métodos: La evaluación del funcionamiento del aula virtual se ha realizado a través de una encuesta on-line y a través de los datos de uso del soporte técnico. Se valora por un lado el método, la facilidad de uso y el funcionamiento y por otro la asistencia técnica, analizando el tiempo de respuesta y la resolución de los problemas. Para valorar estos conceptos se puntuó en una escala de 1, muy malo, a 10, excelente En ambas muestras de datos se recogen además comentarios y observaciones.
Resultados: Se valoran cinco actividades formativas de las ocho impartidas hasta el momento y se obtienen los siguientes resultados: .han participado 431 alumnos durante los últimos dos años y la tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción fue del 50,34%, oscilando entre el

69,56% y el 16,84%. Todos los aspectos valorados obtuvieron una puntuación superior a 8 destacando la facilidad de uso como opción mas valorada con 9,1. En los comentarios y observaciones los alumnos destacan positivamente tanto el método como la facilidad de uso y son mas críticos con el funcionamiento de la velocidad de acceso a Internet. Globalmente las mejores valoraciones son del curso "Introducción a la calidad total. Modelo EFQM" del que se van impartiendo hasta la fecha cuatro ediciones. Tras la 1a encuesta en la que algunos alumnos sugerían una mayor comodidad de la herramienta se incorporaron ejercicios prácticos dinámicos, siendo actualmente la facilidad de uso la característica mejor valorada de la herramienta on-line.
Conclusiones: La recogida y análisis sistemático de las opiniones de los alumnos permite detectar e incorporar mejoras al servicio de formación on-line que ofrecemos a los profesionales.
Contacto: Ángel Noriega García
anoriega@dg.scsalud.es

P-233.- USO DE TECNOLOGÍAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN FORMACIÓN CONTINUADA EN UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Doménech P, Cantero M, Nebreda E, Pérez-Seoane JM, Pérez-Ramírez J, Mayol J.

Objetivos: La formación continuada es considerada una de las áreas estratégicas en Atención Primaria (AP). Sin embargo la estructura de AP, su dispersión geográfica predispone a una falta de comunicación importante entre la unidad de formación y los profesionales de los distintos centros. La comunicación en estos casos es vital para lograr una máxima difusión de las actividades realizadas por lo tanto también de los resultados en cuanto a participación de los profesionales en las mismas. Nos planteamos como objetivo mejorar la comunicación en formación continuada entre la gerencia y los centros de salud a través del empleo de las nuevas tecnologías.
Métodos: La comunicación en temas de formación se realizaba mediante el uso de correo ordinario y la designación de responsables de docencia en los diferentes centros de salud. Se realizó una revisión del circuito existente y la identificación de sus deficiencias. Tras varias reuniones entre el departamento de informática y de docencia se propuso la utilización de las tecnologías de la comunicación para la mejora de la comunicación en Formación Continuada. De esta manera el modelo de correo ordinario y responsables de docencia fue reforzado mediante la inclusión de un apartado de formación en la Intranet del área.
Resultados: La Intranet cuenta con un apartado específico de formación continuada estructurado en: Cursos del área, Congresos y Jornada, y Cursos Agencia Lain Entralgo en la que se pueden consultar el cronograma de estas actividades así como el programa. La Web incorpora la posibilidad de realizar la inscripción on line a los mismos. En un futuro se prevé añadir las evaluaciones de los cursos en la pagina Web.
Conclusiones: El uso de las tecnologías de la comunicación en el ámbito sanitario presenta muchas posibilidades que permiten una mejora organizativa y de comunicación, y resulta de especial interés en el ámbito de la atención primaria dada la dispersión de su estructura. Esta aplicación Web ha permitido mejorar y reforzar la difusión de la formación continuada en nuestro área sanitaria.
Contacto: Pilar Domenech Serna
pdomenech.gapm08@salud.madrid.org

P-234.- CATÁLOGO INFORMATIZADO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: UNA HERRAMIENTA CUALITATIVA EN LA COMUNICACIÓN ENFERMERA/PACIENTE.
Martínez-García A, Haro-Fernández F.

Objetivos:
- Disponer de una base de datos consensuada e informatizada de las pruebas diagnósticas que se realizan en nuestro hospital
- Que la consulta y manejo de la información contenida en él, sea fácil y útil para cualquier profesional de la salud
- Asegurar que la unidad paciente/familia, reciba una información veraz y precisa, sobre la prueba diagnóstica que se le va a efectuar con 24 h. de antelación a la misma

Material y Métodos: Este catálogo es una base de datos hecha inicialmente en Microsoft Access adaptada a la red informática del hospital, transformándola a una base de datos Oracle. Para su manejo se usa el interfaz web programado en PHP.
Se diseñó recogiendo los mismos registros para todas las pruebas, resaltando solo los específicos de cada una de ellas, conteniendo los siguientes ítems:Nombre del departamento; localización del departamento, teléfono; nombre del descriptor de la prueba diagnostica, precisión de ayunas o no; preparación; contenedor e imagen de la muestra biológica; precisa consentimiento informado o no; documentación a enviar para realizar la prueba; quien envía al paciente en situación normal o urgente y comentarios sobre la prueba
Para su implantación, se tienen previstas las siguientes actividades en todas las unidades de asistenciales del hospital: Presentación del catálogo, sesiones formativas en su manejo y programa de evaluación que mida la rentabilidad de esta herramienta al año de su puesta en funcionamiento. Su consulta está diseñada para hacerlo desde distintos campos, como:
- Consulta por el nombre de la prueba diagnóstica
- Consulta por la 1a inicial de la prueba diagnóstica
- Por los departamentos a los que corresponda

Saliendo una ficha en pantalla que recogen los ítems ya reseñados
Anualmente se revisarán los contenidos de las fichas para incorporar las modificaciones que puedan derivarse de cada prueba, siendo reseñado en el catálogo. Enviando un e-mail a los supervisores para su conocimiento y difusión
Resultados: Una vez implantado en todas las unidades del centro se realizará un estudio retrospectivo sobre la utilidad de su información para enfermería.
Conclusiones: Esperamos que esta nueva herramienta de trabajo, favorezca la comunicación en la relación enfermera/paciente, permitiendo utilizar un mismo lenguaje en la información sobre las pruebas diagnósticas que se les realizan a nuestros pacientes, con la intención de ser rigurosos en el mensaje y generar un ámbito de seguridad en este tipo de información
Contacto: Francisco De Haro Fernández
fharo53@hotmail.com

P-235.- UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL REDISEÑO CIRCUITO DE INFORMES CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN ÁREA DE SALUD.
Castillo-Gómez C, Olivares-Morales J, Muñoz-Soto A, Martínez-Gutiérrez J.

Objetivo: 1.Disponer de un sistema rápido y seguro que permita realizar el envío de los informes de continuidad de cuidados al alta por medios informáticos.
2. Preservar en todo momento la confidencialidad del paciente de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos.(Ley 41/2002).
3. Mejorar la comunicación entre Primaria/Especializada
4. Potenciar el trabajo entre enfermeros e informáticos

Material y Método: Se crea un grupo de trabajo: Unidad de Calidad, Dirección Enfermería, Coordinador de Primaria y Servicio Informático con un único objetivo, mejorar el circuito de comunicación entre el hospital y los centros de salud del área, potenciando tres criterios: rapidez, seguridad y evitar pérdidas. Se parte de un análisis descriptivo de la situación actual.
Para la evaluación del sistema una vez implantado se trabajó estrechamente la Unidad de Calidad con el Servicio de Informática desarrollando: cronograma de reuniones, hoja de detección de problemas, análisis y corrección de los mismos. El elemento básico lo compone el sistema de información hospitalario HP-His – Gacela (herramienta esta última básica para llevar a cabo el proceso de atención enfermero y como resultado de este informe de continuidad de cuidados.
Una vez creados estos informes por parte del enfermero responsable, automáticamente dicha información está disponible en el centro de salud correspondiente. Haciendo posible acceder desde los distintos centros de salud exclusivamente a sus informes. La creación de dicho sistema fue fruto de un periodo de estudio y análisis de las distintas alternativas que se plantearon desechando el fax y el correo electrónico.Con fecha11-10-05 se optó por dicho sistema por ser la herramienta mas segura, rápida y de mayor eficacia (evitando pérdidas de cualquier tipo) procediendo a su implantación .
Resultados
1. Desde que el sistema se puso en funcionamiento el 11-10-05 al 08-05-06 se han traspasado automáticamente todos los informes realizados desde el 21-02-02, siendo un total de 1.492.

2. A día de hoy el 100% de los informes realizados están a disposición de los profesionales de primaria.
Conclusiones:
1. El trabajar enfermeros e informáticos conjuntamente ha enriquecido el proyecto consiguiendo unos resultados excelentes.
2. Se confirma la utilidad de la herramienta desarrollada demostrando que las nuevas tecnologías ayudan de forma considerable a la comunicación. Siendo la primera vez que nuestra área comparte tanta información.
Contacto: Mª Carmen Castillo Gómez
carmen.castillo@carm.es

P-236.- HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA. UNA HERRAMIENTA PARA ESTANDARIZAR LA PRÁCTICA.
Calahorra L, Laguna MA, Monzón A, Alonso E, Flores L, Gallardo C.

Objetivos:
1- Mejorar la asistencia a los pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) según la mejor evidencia disponible.
2- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención a este proceso.
3- Facilitar al médico la recogida de la información y la generación de informes.
4- Aumentar la eficiencia de este proceso.
5- Favorecer las labores de investigación y explotación de datos.
Método:
Se ha realizado una revisión exhaustiva de la Guía de Práctica Clínica de Hiperplasia Benigna de Próstata de la Asociación Europea de Urología (2006). Guía de uso habitual en el servicio de urología del hospital.
Con las recomendaciones de la misma se han generado los siguientes formularios:
- Primera visita.
- Visita de Resultados e indicación del tratamiento.
- Visita de seguimiento de tratamiento médico.
- Visita de seguimiento tras tratamiento quirúrgico.
Estos formularios contienen todas las recomendaciones de la Guía en lo referente a historia clínica, exploración física, exploraciones complementarias, incluyendo sólo las recomendadas por la guía con una ayuda para justificar la indicación de las exploraciones menos habituales, opciones terapéuticas y recomendaciones para el seguimiento en función del tratamiento con las posibles complicaciones. Con estas recomendaciones se han creado perfiles de petición que incluyen únicamente las determinaciones necesarias. En todos los casos en los que ha sido posible se han creado campos predefinidos restringiendo los campos libres para facilitar su cumplimentación.
Estos formularios permiten la creación de informes tanto de consulta como de hospitalización y de seguimiento.
Los facultativos disponen de la guía completa en formato PDF para facilitar sus decisiones.
Se ha pedido a todos los servicios del Hospital que desarrollen el formulario del proceso más frecuente basado en Guías de práctica clínica como objetivo de calidad.
Resultados: Se presentan los formularios e informes de todo el proceso de diagnóstico y tratamiento de la HBP que actualmente están en fase de implantación.
Conclusiones: La elaboración de los formularios de historia clínica electrónica en función de la mejor evidencia disponible facilita una asistencia homogénea y de calidad a los pacientes con HBP.
Los valores predefinidos facilitan la recogida de datos por parte del facultativo y su posterior explotación.
Los pedidos predefinidos evitan la solicitud de determinaciones innecesarias.
La emisión automática de informes favorece la continuidad asistencial.
Contacto: Luis Calahorra Fernández
lcalahorraf@sescam.jccm.es

P-237.- ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS DE MEJORA EN UN SISTEMA DE ALERTAS ASOCIADO A PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.
Lerma-Gaude V, Poveda-Andrés JL, Font-Noguera I, Planells-Herrero C.

Objetivo: Analizar un sistema de alertas asociado a la prescripción electrónica asistida (PEA) para identificar puntos de mejora en el mismo.
Método: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital general, perteneciente a un complejo hospitalario de tercer nivel, con 750 camas, de las cuales 500 disponen de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias asociado a PEA. Se analizan las alertas generadas por la aplicación de PEA, transfiriéndose para ello a una base de datos. Las alertas pueden estar relacionadas con: a) características del paciente: alergias, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, riesgo geriátrico, riesgo teratogenia, riesgo en lactante; b) medicamentos: dosis máxima, vía de administración, tiempo de perfusión, recomendaciones de administración, duplicidad terapéutica, contraindicaciones, efectos adversos; y c) política de medicamentos del hospital: condiciones de utilización.
Resultados: De 528.276 alertas estudiadas correspondientes a un total de 1.084 especialidades, las más frecuentes han sido duplicidad terapéutica (35,45%), alerta por insuficiencia renal (27,56%) y riesgo por geriatría (17,20%), constituyendo estos tres tipos de alertas el 80,21% del total. Las menos frecuentes (inferiores a 0,1%): riesgo teratógeno, recomendaciones por sonda nasogástrica y recomendaciones de administración. Entre los diez medicamentos que más alertas han generado se encuentran: cloruro potásico iv, acenocumarol oral, imipenem iv, lorazepam oral, diazepam oral, micofenolato oral, enoxaparina sc, tacrolimus oral y carbonato cálcico oral. El 12,17% de las especialidades han generado el 80% de las alertas. Se identifican como puntos de mejora las alertas por geriatría, así como, las de duplicidad terapéutica, muchas de estas últimas contaminantes, pues no son debidas a una duplicidad terapéutica real, si no a la necesidad de seleccionar más de una presentación del mismo principio activo para prescribir la dosis necesaria; o bien, por las características del sistema informático, a la necesidad de pautar un medicamento en más de una línea, como ocurre con el acenocumarol (pautas irregulares).
Conclusiones: La PEA genera alertas que ayudan en la decisión clínica, pero un número excesivo de ellas tiene el consiguiente riesgo de ser ignoradas. Se hace necesario estudios que determinen el valor predictivo positivo y negativo de las alertas para seleccionar las de mayor repercusión sobre la seguridad de los pacientes y sobre la eficiencia del proceso farmacoterapéutico.
Contacto: Victoria Lerma Gaude
lerma_mvi@gva.es

P-238.- REGISTROS DE ENFERMERÍA INFORMATIZADOS Y EN PAPEL. EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE CUMPLIMENTACIÓN.
Pérez-Lopez C, Jiménez-Moreno R, Cos-Zapata A, Arjona-Ramírez C, Alonso-Frias A, Leal-Llopis J.

Objetivo: Evaluar y comparar la cumplimentación de los registros de enfermería en papel y los informatizados
Material y Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal sobre la cumplimentación de los registros de enfermería en el hospital Morales Meseguer de Murcia durante el mes de abril de 2006. Se seleccionaron todas las unidades que en la actualidad tienen registros en papel y aquellas que ya tienen los registros totalmente informatizados. Se incluyeron en el estudio aquellos registros de pacientes que estuvieran mas de 2 días ingresados y se midieron las siguientes variables: registro de calibre, localización y día de inserción de la vía venosa, calibre y día se inserción del sondaje vesical, día de inserción y registro de sonda nasogástrica, registro de curas, registro de tipo y localización de drenajes, registro de valoración de riesgo de ulceras por presión, registro de la dieta del paciente, registro de constantes, notas/observaciones de enfermería en los últimos tres turnos al de evaluación y presencia de la valoración de enfermería al ingreso del paciente. Previo a la evaluación de los registros se realizo una observación de los pacientes objeto del estudio para comprobar las canulaciones y curas presentes. La evaluación fue realizada por personal ajeno a las unidades.
Resultados: Se evaluaron 150 pacientes pertenecientes a 9 unidades de hospitalización de las que 3 tienen registros en papel (43 pacientes) y 6 tienen los registros informatizados (107 pacientes). De manera global existe una cumplimentación por encima del 75% en casi todos los criterios excepto en la localización de drenaje (28.5%) y el calibre de la sonda vesical (64%). Las diferencias mas importantes entre los registros se aprecian en la cumplimentación de la valoración de enfermería la ingreso (92.4% r. informatizados, 48.8% r. papel), el registro del calibre de la sonda vesical (68.7 r. informatizados, 55.5% r. papel) y el registro de la dieta (86% r. informáticos, 100% r. papel).

Conclusiones: Existe una cumplimentación de los registros bastante elevada siendo en la mayoría de los criterios evaluados más correcta en registros informatizados.
Contacto: Jesús Leal Llopis
jesus.leal@carm.es

P-239.- PÁGINAS WEB DE PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA.
Villasevil-Llanos E, Grande-Arnesto M, Llorente-Parrado C.

Objetivo: proporcionar recursos útiles en Práctica Basada en la Evidencia (PBE).
Capacitar para trabajar en PBE.
Métodos: se ha utilizado el google como buscador. En cada una de las páginas se ha revisado su contenido valorando la presencia de recursos didácticos de PBE y herramientas útiles para trabajar de forma basada en la evidencia, como son las guías de práctica clínica, calculadoras, etc.
Resultados: se han obtenido una serie de recursos que han sido clasificados como páginas internacionales y páginas españolas. En cada uno de los grupos las páginas están clasificadas como centros de trabajo y guías de práctica clínica, revistas y otros.
Dentro de las páginas internacionales destacan la del Centro de MBE de Oxford, el Centro de MBE de Toronto, la página de la Colaboración Crochane, la AHRQ, la National Guidelines Clearinghouse, el NICE, el CRD, el Centro Canadiense de Evidencia sanitaria, el SIGN, el grupo de guías de Nueva Zelanda y la página del GIMBE.
Las principales revistas son: ACP Journal Club, Bandolier, Effective Health Care Bulletins, Effectiveness Matters, Evidence: Supporting Clinical Effectiveness y Evidence-Based Medicine.
Dentro de las páginas nacionales destacan la de la biblioteca Crochane Plus, la página del Ministerio de Sanidad y Consumo, la del CASPe, la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, las Agencias de Evaluación de Tecnologías autonómicas, infodoctor y fisterra
Las principales revistas son Bandolera, versión española de Bandolier, la edición española de Evidence-Based Medicine y Evidentia (revista de enfermería basada en la evidencia).
Conclusiones: con las páginas proporcionadas tenemos los mejores recursos para poder trabajar con la mejor evidencia científica disponible.
Contacto: Elisa Villasevil Llanos
elivillasev@hotmail.com

P-240.- TURRIANO, LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Pinardo M, Ezquerra MC, Ruiz JP, Rodríguez A, Barrio A.

• Objetivos: La misión de Turriano es proporcionar un sistema de información que permita a los profesionales sanitarios tener acceso a los datos clínicos de los pacientes desde cualquier punto de la red del SESCAM, con todas las garantías de seguridad y confidencialidad.
• Métodos: Turriano contiene una base de datos única, centralizada, con todos los pacientes de la región y sus episodios clínicos. Dicha base de datos se encuentra asimismo conectada con la base de datos de Tarjeta Sanitaria, Radiología, Transporte Programado, Laboratorio...
• Resultados: El despliegue de Turriano alcanza a un total de 175 centros de salud y 427 consultorios locales, lo cual supone una cobertura del 90% de la población de Castilla-La Mancha. El Sistema de Información se encuentra estructurados en varios módulos básicos, que son:
- Módulo Administrativo: Configuración de agendas, Gestión de Agendas, Gestión de Usuarios.
- Módulos Clínicos: Orientado a episodios con codificación CIE9-MC y perfiles para Médico de Familia, Pediatra, Matrona, Trabajador Social, Fisioterapeuta, Odontólogo y Enfermería.
- Módulo de Prescripción: Nomenclator, Guía de Medicamentos Eficientes, Guía farmacoterapéutica, alertas ante alergias e interacciones.
- Módulo de Explotación: Incluye distintos niveles de acceso y agrupación.
• Conclusiones: Turriano consigue una mejora de la gestión de Atención Primaria, permitiendo la implantación de la historia clínica electrónica, y mejorando la gestión de los procesos asistenciales.
Contacto: Milagros Pinardo Saavedra
mmpinardo@sescam.jccm.es

P-241.- YKONOS EL PROYECTO DE IMAGEN MÉDICA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.
Ruz JP, Jiménez J, Rodríguez A, Barrop A.

• Objetivos: Las principales metas que persigue Ykonos son:
- Proporcionar un sistema de archivado de imagen médica totalmente digital con un servicio de distribución de las mismas.
- Alcanzar el 100% del almacenamiento de las imágenes médicas digitales, eliminando la placa convencional.
- Compartir imágenes digitales entre centros de Atención Especializada y Atención Primaria.
- Mejorar la atención al ciudadano.
- Enfoque global de atención, cuyo objetivo final es la Historia Clínica Digital.
- Encabezar a nivel europeo la gestión digital del Diagnóstico por Imagen.
• Métodos: En 13 de los 16 hospitales de Castilla-La Mancha, así como en 6 CEDT (Centro de Especialidades Diagnóstico y Tratamiento) se han instalado sistemas RIS-PACS. Ykonos habilita la comunicación entre los diferentes PACS (Picture Archiving and Communication System) y RIS (Radiology Information System) para permitir que los estudios puedan ser vistos desde cualquier punto de la región. Asimismo, una red WAN (Wide Área Network o Red de Área Extensa), perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, interconecta entre sí los sistemas PACS/RIS de todos los hospitales. Cada PACS/RIS es independiente en cada hospital, pero puede comunicarse con los otros, haciendo posible la búsqueda de todas las pruebas de cualquier paciente, que lleven imagen médica asociada.
• Resultados: En la actualidad Ykonos incorpora la especialidad de Radiología. En la actualidad se están incorporando las especialidades de Anatomía Patológica, Dermatología y Cardiología. El trabajo en un entorno distribuido, funcionando como un único centro, lleva a una mejora de la eficacia del sistema.
• Conclusiones: El proyecto Ykonos es una solución global para la gestión digital de las imágenes médicas. Permite al profesional disponer de las imágenes de una manera inmediata con mayor calidad, reduciendo los errores, evitando al ciudadano la repetición innecesaria de pruebas así como el desplazamiento del mismo.
Contacto: juan pedro ruz
adelbarrio@sescam.org

P-242.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN LOS EQUIPOS INFORMÁTICOS DEL SUMMA 112, PREVIO AL FIN DE SEMANA.
Castillo-Rubio R, Pajuelo-Ayuso JA, Rodríguez-Rodil N, Martínez-Gómez J, Llopis-López P, Solano-López R.

Objetivos: Establecer un conjunto de normas, con el objeto de ser aplicadas antes de cada fin de semana para reducir el número de incidencias en los equipos cliente del centro coordinador SUMMA112, así como las llamadas durante el mismo al equipo de soporte de mantenimiento informático por esta razón.
Metodología: Se establecieron los siguientes procesos de mantenimiento preventivo antes de cada fin de semana en cada puesto de operador, médico y locutor:
• Conexiones físicas entre el pc y el equipo de telefonía.
• Revisión de la aplicación informática, validando usuario y contraseña.
• Comprobación de conexiones con las bases de datos.
• Si se detecta algún fallo en el hardware, se subsana inmediatamente, bien con el cambio de pieza o bien con el cambio del equipo si se estima necesario.
Resultados: Se puede observar una disminución de aproximadamente un 78% en las incidencias de equipos informáticos durante el fin de semana.
Conclusiones:
El mantenimiento preventivo ayudó a evitar un 78% de incidencias durante el fin de semana, además de facilitar la planificación en cuanto a repuestos ,disponible para el mismo.
También se observó cualitativamente que las llamadas al equipo de mantenimiento informático del SUMMA112 además de ser menos, pasaron a deberse a cuestiones que poco tenían que ver con los fallos de los equipos clientes del SCU del SUMMA112.
Contacto: ricardo castillo rubio
rcastillo.summa@salud.madrid.org

P-243.- PROYECTO ARROBA.
Moreno-Ramos V, Martínez-Roldán J, Moreno-Bella I, Morcillo-Lopez JM, Andrés-Jodar I,

Objetivos: Utilizar internet como medio para transmitir información a los usuarios, y aumentar el número de programaciones vía Internet para evitar desplazamientos a los usuarios hasta el centro de salud.
Métodos: Se crea una campaña de bombardeo informativo a través de diferentes medios, para promover la programación de visitas y la consulta de información a través de Internet. Se les solicita el correo electrónico a los usuarios para enviarles información y se realiza una encuesta no validada, para conocer su opinión sobre su interés en utilizar esta nueva forma de comunicación. Se diseña una página web del centro de salud en la que los pacientes puedan consultar información útil, tanto de temas sanitarios como administrativos. En dicha página web, también habrá un apartado oculto al que podrán acceder mediante un código de acceso los empleados del centro de salud. Realización de tríptico didáctico para que el usuario sepa programarse por internet.
Resultados: El número de programaciones a través de Internet se ha multiplicado considerablemente y se mantiene en alza después de meses del inicio de la campaña de promoción. Durante el año 2005 los índices de programación por internet oscilan entre el uno y el 1'5 por ciento de las visitas programadas. La campaña se inicia en octubre y en ese mes, conseguimos un 1'52 por ciento. El porcentaje aumenta en los meses siguientes; con un 2'8 por ciento en noviembre, un 3'5 por ciento en diciembre, un 3'8 por ciento en enero y 5'45 por ciento en marzo. Mantenemos el porcentaje con un 5'13 en abril y un 5'27 en mayo. En las encuestas se valora satisfactoriamente el interés de los usuarios en la utilización de estos nuevos métodos de comunicación.
Conclusiones: Superamos las expectativas que teníamos en cuanto a programación por internet se refiere, y mantenemos de manera ascendente, el número de visitas programadas por internet. La opinión de los pacientes a través de la encuesta es muy favorable, y creemos que el uso de este medio es una gran forma de evitar la saturación de visitantes al centro. Grácias a que a través de internet se les facilita mucha información: se les da visita, cambia de médico, de centro y solicitan tarjetas sanitarias. Este sistema es aplicable a otros centros de salud y se le ahorra trámites innecesarios a los usuarios.
Contacto: victor moreno ramos
vmoreno@ambitcp.catsalut.net

P-244.- DISEÑO DE UN REGISTRO DE ACTUACIONES EN CALIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
Navarro C, Lobete M, Ariza G, Pardo A, Borrego E.

Objetivo: Establecer un registro sobre actuaciones en calidad en la Comunidad de Madrid:
- de utilidad para Servicios Centrales: que aglutine el conjunto de experiencias- actuaciones en calidad que llevan a cabo los centros.
.- de utilidad para Coordinadores y responsables de calidad: que constituya un punto de encuentro entre profesionales.
Métodos: La Subdirección General de Calidad, teniendo en cuenta todos aquellos apartados que habitualmente recogen las Memorias de Calidad de los centros, ha diseñado una base de datos en formato electrónico (Access) para registrar las actuaciones de calidad de Atención Primaria y Especializada: Registro de Actuaciones en Calidad. (R.A.C).
Asimismo se ha elaborado un formulario (en Excel) para ser fácilmente cumplimentado y posteriormente remitido por los centros.
Resultados: El registro de actuaciones en calidad diseñado recopila información en torno a los siguientes apartados:
1. Planes: P. estratégico, P. de calidad, otros.
2. Documentación: carta de servicios, memorias, otros.
3. Autoevaluaciones EFQM (año 2005 y previas).
4. Acreditación (año 2005 y previas).
5. Certificaciones (año 2005 y previas).
6. Encuestas de satisfacción a usuarios y estudios de clima laboral.
7. Comisiones clínicas.
8. Vías, protocolos y guías de práctica clínica (de los 3 últimos años y aquellas de interés para difusión al resto de centros).
9. Cursos de calidad impartidos por los centros.
10. Publicaciones, ponencias en congresos de calidad.
"Mantener un Registro de Actuaciones de Calidad" es uno de los objetivos de calidad incluidos dentro del Contrato de Gestión anual de los centros, asegurando y resaltando de este modo la importancia de su cumplimiento.
Conclusiones: Los centros enviarán el registro debidamente cumplimentado a la Subdirección General de Calidad de forma periódica (cada 6 meses). Esta información, una vez analizada, se remitirá a todos los centros para poder compartir las experiencias en calidad.
Esta recopilación e intercambio de experiencias en gestión de la calidad es una estrategia esencial para dar a conocer el nivel de implicación de los centros en aspectos relativos a la calidad, así como para motivar y hacer partícipes a los profesionales.
Contacto: cristina navarro royo
cristina.navarro@salud.madrid.org

P-245.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN UN SERVICIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO. INTRANET-INTERNET.
Ojeda F, Álvarez V, Cano S, Girvent M, Lineros E.

Objetivos: Utilizar la red informática del hospital para dotar a un servicio de ginecología y obstetricia de una intranet como elemento central de la gestión del conocimiento.
Método: El hospital dispone de una red informática y conectada a la misma un disco virtual de 121 GB dedicado a los servicios clínicos, con una adjudicación de entre 2-4 GB por servicio o departamento. De este volumen, actualmente ocupamos con nuestra intranet de 105 Mb.
En diversas localizaciones: sala de partos, ecografía, despachos y consultas existen ordenadores conectados a la red permitiendo el acceso a la intranet desde cualquier ordenador en red corporativa, con control habitual de usuario y contraseña.
Cada usuario tiene habilitada unas funciones dependiendo de su pertenencia al servicio.
Pendiente de elaboración de una intranet corporativa
Contenido de la intranet:
Repositorio de documentos: protocolos y guías clínicas.
Información de actividad clínica actualizada mes a mes.
Actas de comisiones clínicas y documentos generados en las mismas
Memoria anual del servicio
Curricula de los profesionales del servicio
Enlaces con páginas de especial relevancia en el trabajo clínico-asistencial (Internet).
Información sobre las sesiones clínicas, cursos, etc tanto de orden interno como externo de interés en nuestra especialidad.
Resultados: Actualmente ocupa un total de 105,5 MB e incluye toda la información relevante en un sistema jerárquico de 91 carpetas que agrupan un total de 776 archivos en formatos .htm, .doc, .pdf, .xls, .ppt.
Acceso total a todos los miembros del servicio al contenido en protocolos y guías clínicas
El 50 % de los documentos de protocolos y guías están en formato PDF con lo que se limita su modificación accidental.
Un 10 % de documentos corresponden a hojas de cálculo con la información de actividad actualizada con periodicidad mensual.
La actualización de contenidos tiene una periodicidad mensual.
Al tratarse de una intranet no disponemos de control del número de accesos, pero se ha creado la política de consulta frecuente.
Conclusiones: El que no exista una infraestructura de intranet propia de un centro no impide el desarrollo de una basada en la red propia del hospital siempre que se disponga de acceso y espacio en algún disco del servidor.
Contacto: felipe ojeda pérez
fojeda@fhag.es

P-246.- ALGUNOS INDICADORES DE CALIDAD EN LAS PÁGINAS WEB SANITARIAS: USABILIDAD Y ACCESIBILIDAD EN ME_JORA P.
López G, Jiménez B, Lopez F, Rios J, Reyes V.

Objetivos: ME_jora P es la aplicación informática diseñada y desarrollada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que da soporte al proceso de acreditación de las competencias profesionales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El objetivo del presente estudio es analizar la accesibilidad y usabilidad de la aplicación ME_jora P, teniendo en cuenta que su desarrollo ha estado guiado bajo las siguientes premisas:
1. Hacer posible la participación del mayor número de profesionales.
2. Disminuir el tiempo y el esfuerzo requeridos para que un profesional sanitario complete su proceso de acreditación
3. Disminuir el porcentaje de abandonos durante el proceso, como una consecuencia del anterior
El primer objetivo se articula en términos de optimización de la accesibilidad de la aplicación. Los dos restantes, en mejora de la usabilidad.
Método: Pilotaje del uso de ME_jora P por un conjunto de profesionales, con perfiles variados (79 médicos de familia de atención primaria y 80 enfermeras de atención primaria). Se ha recabado información sobre su experiencia mediante:
- Zona de comunicación con la Agencia en ME_jora P
- Contactos telefónicos y por e-mail
- Sesiones presenciales
Seguimiento de los estándares sobre usabilidad y sobre accesibilidad propuestos por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en el Manual de Acreditación de Páginas Web Sanitarias. En particular, de los estándares ES 8 01.01, ES 8 01.04, ES 8 04.02 y ES 8 05.03.
Registro de la actividad de los profesionales: accesos, número y duración de las sesiones de trabajo, consultas realizadas, etc.
Resultados: ME_jora P, cumple los estándares específicos de usabilidad y accesibilidad recogidos en el Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias y ha alcanzado el nivel de accesibilidad AA.
Se han eliminado de las pantallas los elementos menos usados y los que generaban confusión,así como las barreras tecnológicas, potenciándose los elementos esenciales.
Se han simplificado los procedimientos más habituales de los usuarios.
Se han sentado las bases para evaluar el impacto de los trabajos anteriores y futuros sobre determinados indicadores que permiten medir el nivel de consecución de los objetivos planteados.
Conclusiones: La consecución de niveles altos de accesibilidad y usabilidad se asienta en el contacto con el usuario final y en el seguimiento de determinados estándares, pero no pueden garantizarse sin mecanismos de evaluación empírica basados en la experiencia de los usuarios.
Contacto: gregorio lópez ortega
gregorio.lopez@juntadeandalucia.es

P-247.- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA ANTES Y TRAS IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACIÓN: SELENE.
Rodríguez L, del Baño L, Carrillo A, Candel MF, García-Bravo A, García L.

Introducción: Es obligatorio la entrega del informe de alta a todo paciente al finalizar su proceso clínico, que debe de cumplir una serie de indicadores de calidad. Desde el 2005 se implanta en varios servicios del hospital Morales M (Murcia), la informatización de la historia clínica con el sistema informático, SELENE, incluyendo el informe de alta. El objetivo de este trabajo es comparar la calidad de este informe antes y tras la implantación del SELENE
Material y Métodos: Análisis de una muestra aleatorizada de los informes de alta de los servicios de Medicina Interna (MI) y Cirugía (CG) durante el primer cuatrimestre de los años 2004 y 2006, antes y tras implantación del SELENE. Se analizan 21 criterios(C):(C1,informe escrito a máquina; C2: nombre y apellido del paciente; C3:edad o fecha de nacimiento; C4:nº de historia clínica;C5:nombre y apellido del médico;C6:nº de colegiado del médico; C7: servicio;C8:hospital; C9:fecha de ingreso; C10:fecha de alta; C11: motivo de ingreso; C12: motivo de alta;C13:antecedentes personales; C14: enfermedad actual; C15:exploración física;C16:exploraciones complementarias; C17: evolución; C18:diagnostico principal; C19:otros diagnóstico; C20:procedimientos; C21: tratamiento. Los datos se expresan como porcentajes y las comparaciones han sido realizadas mediante test exacto de Fisher o Ji_ de Pearson
Resultados: Se analizaron 80 informes de alta del servicio de CG y 120 informes de MI. La suma total de incumplimientos, en ambos servicios, en los informes informatizados (I) fueron de 143 y en los no informatizados (NI) 62 (6,8% y 2,9% respectivamente; p<0,001). Las diferencias fueron máximas en C19 (44% vs 5%, p<0,001) y C20 (19% vs 4%, p<0,001), encontrando 0 incumplimientos, en ambos informes en C3,C4,C9 y C13. En MI, los incumplimientos totales en I y en NI fueron 63 y 14 (5% vs 1,1% respectivamente; p<0,001).Las máximas diferencias se observaron en C11 (16,7% vs 0%, p<0,001) y C20 (31,7% vs 5%; p< 0,001). Los incumplimientos fueron 0 en ambos informes en C2,C3,C4,C9,C13,C14,C16,C18.En CG, los incumplimientos totales en I y en NI fueron 80 y 48 (9,5% vs 4,8% respectivamente; p<0,001). Las máximas diferencias se observaron en C15 (67,5% vs 22,5%, p<0,001) y C19 (97,5% vs 12,5% p< 0,001). Los incumplimientos fueron 0 en ambos informes en C3,C4,C7,C8,C9 y C13.
Conclusiones: De forma global, la calidad de los informes de alta informatizados es significativamente peor que los no informatizados, siendo CG el servicio que más criterios incumple en ambos tipos de informes.
Contacto: Mª Dolores Rodríguez Mulero
taclames@hotmail.com

P-248.- PUESTA EN MARCHA DE LA BIBLIOTECA VIRTUAL DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA.
Cantalapiedra JA, Gregori A, Alonso M, Gómez JM, Fernández J, Peñalver R.

Objetivos: La eBiblioteca es el acceso a recursos de información y servicios, convencionales y electrónicos que ofertarán a todos los profesionales las Bibliotecas del SESCAM y del Instituto de Ciencias de la Salud en Red. Sus objetivos son: facilitar el acceso online a bibliografía y recursos de información científica vía Internet, el acceso remoto a servicios convencionales de biblioteca hasta ahora solo posibles presencialmente.
Métodos: Se llevó a cabo un largo proceso de definición de funcionalidades y de diseño y desarrollo tecnológico, por grupo de trabajo: a) Responsables Unidades de Formación, Investigación y Docencia de IISS del SESCAM. b) Representantes delegados por la Comisión Regional de Bibliotecarios en Ciencias de la Salud, integrada por responsables de las Bibliotecas del SESCAM y del ICS. c) Responsables del Área de Tecnologías del SESCAM. d) Supervisión de los Responsables del Área de Investigación, Docencia y Formación del SESCAM.
Resultados: Disponibilidad inicial de acceso a más de 400 revistas electrónicas a texto completo, con posterior incorporación de paquetes electrónicos de BMJ, Springer, Elsevier, Oxford University Press y AMA.
Se han desarrollado las siguientes funcionalidades en el portal:
- Acceso a Directorios Red de Bibliotecas.
- Consulta Catálogo Colectivo de Publicaciones.
- Acceso online a Bases de Datos.
- Enlaces Web para seguimiento directo de sumarios.
- Listado de suscripciones electrónicas accesibles a texto completo (por IP o clave).
- Artículos a texto completo de más de 400 publicaciones periódicas.
- Petición artículos al Servicio de Obtención de Documentos.
- Enlaces a Web de apoyo a Investigación y Práctica Clínica.
- Petición de ayuda técnica para resolución problemas y sugerencias.

Conclusiones: El entorno eBiblioteca, supone un avance en la accesibilidad a información científica y bases de datos, especialmente para aquellos más dispersos geográficamente. En su definición y diseño participaron todos los colectivos involucrados. Una versión más desarrollada proporcionará nuevas funcionalidades, como alerta de artículos de especial relevancia. Junto a su integración con otros desarrollos disponibles (Sistema de Teleformación, Aplicativo Gestión de la Formación., etc.), constituyen el "Proyecto integral para la Gestión del Conocimiento SESCAM", que permitirá facilitar la mejora continua de la formación de los profesionales.
Contacto: Juan Fernández Martín
jfernandezm@jccm.es

P-249.- ADAPTACIÓN AL PROGRAMA INFORMÁTICO DEL PROTOCOLO DE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD.
Olmedo-Pujol E, Doblado-López O, Ibiricu-Barro A.

Objetivos:
- Implantar un protocolo informatizado para el registro de las revisiones y visitas patológicas realizadas en la consulta de ginecología.
- Mejorar el registro de las muestras para facilitar el circuito de envío de las mismas a anatomía patológica.
Métodos: En el año 2005, se diseña un protocolo informatizado en OMI-AP para la recogida de datos en la consulta de ginecología de las mujeres que acuden a visitarse. Se adapta el informe de envío de muestras que requiere el servicio de anatomía patológica del hospital que las

analiza a una plantilla de Word ligada al protocolo antes mencionado que mantiene el formato original utilizado antes de la informatización, incluyendo los mismos datos que se actualizan automáticamente al cumplimentar el protocolo.
Se realiza un estudio descriptivo transversal de las visitas de revisión ginecológica realizadas en el servicio de ginecología de nuestra Área Básica de Salud antes y después de la implantación del protocolo.
Variables estudiadas: Numero visitas de revisión ginecológica realizadas, utilización del protocolo, citologías y biopsias enviadas.
Se extraen los datos de las historias clínicas en OMI-AP v.6 y se obtienen los resultados mediante Access 2003.
Resultados: Las visitas de revisión ginecológica realizadas en el año 2004 fueron 1231 y 1159 en 2005, de estas últimas se utilizó el protocolo informatizado en un 78%. En el 2004 sólo se introdujeron en la historia clínica informatizada 10 citologías/biopsias de las 1231 enviadas (1%) y en el 2005, una vez implantado el protocolo, se registraron 669 de las 1159 enviadas (60%).
Conclusiones: El diseño de un protocolo informatizado específico para ginecología nos ha permitido aumentar el registro en las historias clínicas en un 60%. Esto supone una gran mejora ya que permite al resto del equipo de profesionales del centro tener la información ginecológica de las pacientes de una manera más accesible al estar ésta informatizada.
Contacto: ester olmedo pujol
eolmedo@grupsagessa.com

P-250.- ANÁLISIS DE LAS AUDITORÍAS DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN NORMA ISO 9001:2000 EN DOS UNIDADES HOSPITALARIAS.
Ansede JC, Casares M, Miranda I, Miravalles E, Berlanga ML, Sánchez-Ferrer A.

Objetivos: Describir las modificaciones producidas en el carácter, tipo, contenido y gravedad de los hallazgos detectados en el transcurso de dos auditorías (una interna y la otra de certificación) realizadas en dos unidades en un centro hospitalario.
Métodos: Estudio descriptivo transversal en dos cortes temporales coincidentes con las auditorías Interna y de Certificación.
Resultados: El total de evidencias detectadas en ambas auditorías fue de 77, de las que 56 (72'7%) aparecieron en la auditoría interna y 21 (27'3%) en la de certificación.
Según el grado de evidencia, de un total de 34 "no conformidades" hubo 32 en la auditoría interna (94'1%) y 2 en la de certificación (5'9%). Estas últimas eran de tipo menor y por tanto no impidieron la certificación de las unidades evaluadas.
La razón de evidencias encontradas de tipo documental respecto de las de aplicación del sistema de gestión de calidad es exactamente la misma en ambos tipos de auditoría (2'5 a 1).
Los tres aspectos del sistema de gestión más frecuentemente responsables de no conformidades u observaciones/recomendaciones fueron por este orden: Manual de Calidad-Procedimientos generales (23'4%), Equipos (18'2%) y Personal (9'1%).
Por último, los hallazgos catalogados como "puntuales", constituyeron el 7'1% de los encontrados en la auditoría interna, pero el 85'7% de los encontrados en la auditoría de certificación.
Conclusiones: El número de no conformidades, como es de esperar fue más reducido en la auditoria de certificación, disminuyendo en más de un 40 %.
Lo hallazgos de incumplimientos de tipo documental son mucho más frecuentes que los de aplicación del sistema, independientemente del tipo de auditoría. Se cumple la idea tradicional del profesional sanitario de que "se trabaja bien pero se registra poco".
Los hallazgos calificados como puntuales, es decir aquellos menos susceptibles de ser evitados (erratas, un producto caducado, una discrepancia de registro en un equipo de medida en un momento del acto de la auditoría, etc...), aumentan significativamente cuando se pasa de la auditoría interna a la de certificación (18'2% frente a 81'8%; p=0'000..). Parece lógico, dado que el trabajo de base realizado a partir de la auditoría interna disminuirá de modo importante la posibilidad de detectar algún incumplimiento de Norma o de Sistema que sea profundo. Ese trabajo de revisión, sin embargo, será menos efectivo para evitar los hallazgos puntuales.
Contacto: Juan Carlos Ansede Cascudo
calidad.hugf@salud.madrid.org

P-251.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL PROTOCOLO DEL PLAN DE AUDITORÍAS DOCENTES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
Carrasco AL, Castellanos A, Alonso MA, Ruiz C.

Objetivos: El objetivo es analizar la importancia de la evaluación de resultados en la aplicación del Protocolo Técnico utilizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en su Plan de Auditorías Docentes. Los autores son evaluadores del citado Plan desde su inicio en 1.987.
Métodos: El método seguido ha consistido en una revisión pormenorizada de cada uno de los 237 criterios y subcriterios que integran las 10 áreas de los 3 Bloques de estándares funcionales del Protocolo Técnico utilizado en la actualidad por los autores en el desarrollo de las visitas de evaluación a los hospitales incluidos en el Plan Nacional de Auditorías Docentes de los hospitales acreditados para la formación sanitaria especializada. Dicha revisión ha consistido en identificar cuales de los citados criterios y subcriterios miden resultados tanto en el plano asistencial como docente y de investigación.
Resultados: Se presentan los resultados hallados en el estudio en forma de Tablas. En el Área 1 sobre Derechos de los Pacientes y Aspectos Ëticos un 32,5% de los criterios miden resultados, en el Área 2 sobre Funciones de Asistencia a los Pacientes un 20,5%, en el Área 3 sobre Servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento un 50%, en el Área 4 sobre Continuidad y Coordinación Asistencial un 47%, en el Área 5 sobre Dirección y Organización General el 47,6%, en el Área 6 sobre Gestión y Mejora Continua de la Calidad un 43,7%, en el Área 7 sobre Gestión de la Información un 42,8%, en el Área 8 sobre Planificación y Organización de la Formación Especializada el 31,2%, en el Área 9 sobre Evaluación y Calidad de la Formación Especializada el 36,7% y finalmente en el Área 10 sobre Formación Continua y Competencia Profesional un 36,3%. El peso medio de la evaluación de resultados en el Protocolo es de un 36,7%.
Conclusiones: Llama la atención en el análisis de los resultados que el peso de la medida de resultados en las dos Áreas que pueden considerarse críticas para la función general del Plan de Auditorías estén en el rango inferior: en concreto la Área 8 por debajo de la media y el Área 9 se ajusta al valor medio.
En términos generales podemos afirmar que el proceso de las auditorías docentes miden resultados en un peso ponderado aceptable si bien de manera insuficiente en el caso concreto de las funciones estrictamente docentes, por lo que sería aconsejable proceder a una revisión del Protocolo para introducir modificaciones orientadas a fortalecer la evaluación del impacto de la función formativa en los residentes.
Contacto: Ángel Luis Carrasco Prieto
acarrasco@grs.sacyl.es

P-252.- EL MAPA DE PROCESOS DE UN CENTRO DE SALUD, PRIMER PASO PARA LA CERTIFICACIÓN CON LA NORMA ISO 9001/2000.
Caldentey M, Millán M, Servera M, Moragues G, Mut M, Tamborero G.

Objetivo: Crear un mapa de procesos (MP) en un centro de salud (CS) como primer paso para obtener la certificación ISO 9001/2000.
Descripción: El MP sirve para identificar e interrelacionar los procesos y objetivos del CS. Éstos deben estar alienados con la política de calidad de la Administración, formando un trío indisoluble. La gestión de los procesos se basó en: evaluación (definir el proceso y los indicadores de medida y obtener resultados), análisis (áreas de mejora e identificar acciones de mejora) y mejora (ejecutar planes de mejora, verificar la satisfacción del usuario e iniciar el ciclo de gestión).
El CS creó una Comisión de Mejora Continua, formada por: equipo directivo, un miembro de la administración, un representante de la Unidad Básica y la empresa asesora, tras varias reuniones se consensuó el MP.
El proceso de responsabilidad de la dirección provoca una gestión de recursos: control documentos, norma aplicable, registros, compra y evaluación de proveedores y mantenimiento.
En el CS, se priorizaron 9 procesos: solicitud cita, captación, admisión, urgente, revisiones, demanda, atención sanitaria, docencia e investigación.
Finalmente se definió: la satisfacción del usuario y un proceso de medición, análisis y mejora realizando auditorías internas y gestión de no conformidades. Cerrando el ciclo de mejora continua.
Conclusiones: la descripción del MP ha sido el punto de partida para iniciar la certificación de la Norma ISO 9001/2000. A partir de

consensuar el MP, se han podido definir los procedimientos (mediante flujogramas), crear objetivos e indicadores, fijar la metodología y el cronograma de certificación.

Contacto: Miquel Caldentey Tous
mcaldentey@ibsalut.caib.es

P-253.- FORMACIÓN EN GESTIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, PASO CLAVE EN LA ACREDITACIÓN ISO 15.189.

Izquierdo S, García de Jalón A, Vela M, Mata JR, Gimenez P.

Objetivos: Dentro de la implantación de un S.G.C. (Sistema de Gestión de la Calidad) en el laboratorio de Bioquímica según la ISO 15.189, se pretendía desarrollar un PLAN DE FORMACIÓN INTERNA EN CALIDAD. Los principales objetivos eran:
- Presentar el contenido de la norma UNE–EN ISO 15.189.
- Explicar el esfuerzo, problemas y ventajas que van a presentarse durante el desarrollo e implantación del S.G.C..
- Que los miembros del laboratorio adquirieran "competencia técnica" para elaborar adecuadamente los documentos fundamentales de un S.G.C. documental en el laboratorio.
- Exponer los pilares básicos de cómo afrontar una adecuada gestión de la calidad en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.

Métodos: Se planificó una distribución en 7 grupos entre los meses de febrero y mayo del 2006 para todos los miembros integrantes del laboratorio de Bioquímica Clínica. Se clasificaron en dos bloques: uno destinado a la formación de los Facultativos Clínicos y residentes, y otro destinado a la formación de ATS/DUE, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, y supervisoras.
La duración era 10 horas, de las cuales 5 horas eran presenciales, distribuidas en 3 días. Las otras 5 estaban destinadas a la realización de un trabajo.
El método de evaluación por parte del docente era la evaluación continuada mediante asistencia y la realización correcta del trabajo propuesto.
El método de evaluación por el asistente que recibía la formación era una encuesta anónima.
Resultados: La asistencia a los cursos fue del 99% y un 95% adquirió "competencia técnica" para la elaboración de documentos del S.G.C.. El 74% desconocían la ISO 15.189 antes de ser informados.
Respecto a la evaluación por el asistente, el 88.2% consideró que ésta cumplió con sus expectativas iniciales y el 45.8 % creía que podría poner en práctica los contenidos expuestos. A el 89.4% le gustaría recibir más formación sobre calidad de manera continuada. Al 92.9% le pareció beneficioso la acreditación según la ISO 15.189. El 67% consideró útil la formación para su puesto de trabajo. La puntuación global de la acción formativa fue de un 8.
Conclusiones: Antes de introducirse en la acreditación e implantación de un S.G.C. es necesario una buena acción formativa e informativa de la ISO 15.189 ya que como se demostró el 74% de los integrantes del laboratorio desconocían al principio dicha norma y su implicación.
Se debe dar formación tanto en control como en gestión de la calidad en el laboratorio continuada y renovada.

Contacto: Silvia Izquierdo Álvarez
sizquierdo@salud.aragon.es

P-254.- DINÁMICA PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN SEGÚN LA ISO 15.189 EN LA UNIDAD "METALES".

Izquierdo S, Calvo ML, García-de Jalón A García-Mata JR.

Objetivos: Se estableció un diagnóstico cuantitativo de la situación de partida en la unidad de metales respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma UNE-EN ISO 15.189, comprobándose que sólo se encontraban implantados en el momento de partida un 7.2% de los requisitos y definidos un 22.8%.Teniendo en cuenta esta situación de partida, la unidad de metales se prefijó los siguientes objetivos:
- Demostrar su "competencia técnica" como laboratorio de referencia en la determinación de metales.
- Desarrollar y elaborar todas las políticas, PNT's, ITT's y modelos de registros técnicos con su revisión, aprobación, emisión y puesta en marcha según la ISO 15.189.
- Desarrollar un plan de formación interna continuado en calidad y técnico en la unidad de metales.

Métodos: Para cumplir los objetivos descritos anteriormente se emplearon:
- Reuniones de trabajo semanales de los miembros del Grupo de Mejora.
- Empleo de herramientas de calidad para la resolución de no-conformidades: Diagramas de Ishikawa, gráficos de control.
- Recopilación y elaboración de datos para establecer diversos indicadores de calidad.
- Desarrollo de un Plan de formación interno para todos los miembros de la unidad de metales constituido por: conceptos básicos de gestión y control de calidad, aplicación de la norma UNE-EN ISO 15.189 a la unidad de metales, fundamentos teórico-prácticos de la espectrofotometría de absorción atómica e incidentes adversos.
- Realización de una autoevaluación para ver cuál es el nivel de mejora alcanzado respecto al punto de partida.

Resultados: Se desarrollaron 4 PNT's, 9 ITT's y diversos registros de calidad y técnicos. Un 70% de los documentos de calidad estaban implementados respecto al total de elaborados.
En el plan de formación continuada interno se encontró un 100% de asistencia. Los miembros integrantes de dicha unidad consideraban necesario dedicar más horas a la formación continua en calidad y todos consideraban de gran validez lograr la acreditación según la ISO 15.189.
Conclusiones:
- Es primordial la formación interna en calidad.
- Es necesario implantar los documentos de calidad una vez que estén elaborados.
- Hay que registrar las no-conformidades encontradas, y hacer un seguimiento de las mismas.
- Es necesario dedicar un gran esfuerzo, recursos materiales y humanos para poder poner en marcha un S.G.C.
- Se consigue una mayor implicación de las personas que participan en el proyecto y mejora de los procesos realizados.

Contacto: Silvia Izquierdo Álvarez
sizquierdo@salud.aragon.es

P-255.- IMPLANTACIÓN DEL NUEVO MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA EN 22 HORAS.

Ayala-Marques B.

Introducción: Debido a que en Cataluña se pondrá en marcha un nuevo modelo de acreditación sanitario para hospitales de agudos, se planteó un sistema de formación practico, cómodo y fácil para comenzar la autoevaluación y hacer el seguimiento con las acciones de mejora a corto y largo plazo.
Objetivo general: realizar la autoevaluación y saber si estamos preparados para la evaluación externa.objetivo específico: determinar con el sistema establecido la puntuación inicial, que a su vez nos determinará las actuaciones a realizar, a corto plazo y a largo plazo. involucrar a todo el personal, des de la dirección en un principio hasta el personal de base.
Método: registro de autoevaluación. Consiste un documento que nos da la información de la puntuación inicial, si cumplimos el estándar o no según la puntuación establecida por el departamento de sanidad, a donde tenemos esta información, como la tenemos, que se tiene que realizar si no la tenemos del todo completa, quien lo realiza, la fecha de recogida de la primera realización. También disponemos de una segunda modificación sobre la documentación y la puntuación final para realizar la autoevaluación. Aquí también tenemos para saber si se dispone o no de la justificación del estándar, la documentación del evaluados externo que nos facilita el departamento de sanitat de Catalunya.Como herramientas de soporte tenemos el programa informático del departamento de sanidad, que va muy bien para realizar la puntuación y obtener un resumen inmediato, la escala de puntuación, los estándares establecidos y la documentación que tenemos que tener del evaluador. También tenemos que tener claro el porcentaje de cumplimentación de los ESTÁNDARES que queros conseguir para la acreditación. e inicia con una presentación a la dirección explicando todo esto y el tiempo que dedicaremos a realizar la primera fotografía de la autoevaluación, que posteriormente pasaremos a las personas de referencia para ir respondiendo a los ESTÁNDARES del manual de acreditación.
Resultados obtenidos: en 22 horas aproximadas hemos tenido todos los registros de cada criterio respondidos, esto nos ha dado información de que grado de cumplimiento real tenemos y que grado de cumplimiento

podemos obtener de forma inmediata (documentación o implantación) y a largo plazo, de esta manera sabremos si cumplimos o no el mínimo para pedir la evaluación del departamento de sanitat, y lo más importante de forma interna y sin coste añadido.

Contacto: Bartomeu Ayala Márquez
bayala@althaia.org

P-256.- IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 14001:2004 EN EL GRUPO HOSPITAL DE MADRID.

Carracedo-Folgar F, Tejedor-Montes J.

Hoy en día, la alteración del medio ambiente es una realidad constatada de la que el mundo empresarial, como agente de cambio implicado, no se puede abstraer. Desde el sector de la sanidad está situación es todavía más relevante. Si tenemos en cuenta la finalidad de un centro sanitario, parece coherente que éste ponga medios para disminuir la degradación del medio en el que vivimos. Por este motivo, el Grupo Hospital de Madrid abordó la tarea de implantar un Sistema de Gestión Ambiental conforme a la norma UNE-EN ISO 14001:2004.
Objetivo: Mantener bajo control los aspectos de su actividad e instalaciones que producen una mayor incidencia sobre el medio ambiente.
Metodología:
1. Identificación y evaluación de los aspectos ambientales de nuestras actividades e instalaciones.
2. Identificación de los requisitos legales que nos son de aplicación en materia de medio ambiente, y evaluación de su grado de cumplimiento.
3. Elaboración del control operacional de las actividades relacionadas con los aspectos ambientales identificados como significativos y de la restante documentación del sistema.
4. Elaboración de un Programa de Mejora del comportamiento ambiental.
5. Realización de actividades de formación/concienciación de los trabajadores.
6. Elaboración de una Declaración Ambiental.
7. Puesta en marcha del Sistema.
8. Realización del seguimiento del Sistema y de auditorías internas.
9. Auditoría externa de certificación.
Resultado: El resultado ha sido la obtención y certificación de un Sistema de Gestión Ambiental completamente operativo, en cuyo marco ya se han comenzado a ejecutar las actividades plasmadas en el programa de mejora, y en virtud del cual se están controlando todos los aspectos de mayor incidencia ambiental de nuestras actividades e instalaciones.
Conclusión: Un Sistema de Gestión Ambiental es la mejor herramienta para conseguir un comportamiento ambiental más responsable y mostrarlo al exterior a través de la certificación. Establece un punto de partida para la implementación de ciclos de mejora continua, que lleven a la empresa a reducir su contribución a la degradación de nuestro entorno. Hoy por hoy, la implantación de este Sistema es voluntaria y abordada por muy pocos centros sanitarios en nuestro país. En el futuro, puede ser un requisito exigido por las administraciones públicas y por los pacientes, por lo que vale la pena adelantarse a ese momento y comenzar a disfrutar ya de las ventajas que ofrece un Sistema de Gestión Ambiental.

Contacto: Fernando Carrecedo Folgar
fernandocarracedo@hospitaldemadrid.com

P-257.- GRUPO DE MEJORA PARA LA ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Recaséns V, Rubio-Martínez A, Vela ML Lucía JF, Giralt M, Solano V.

Objetivo: Descripción de las actividades desarrolladas por un grupo de mejora de calidad constituido en el Servicio de Hematología y Hemoterapia para la solicitud de acreditación de su "Banco de Sangre" por el Comité de Acreditación en Transfusión (CAT)
Metodología: Inicio desde Enero 2005 de un grupo de mejora de la calidad integrado por personal médico y enfermería con asesoramiento externo y formación en calidad.
La directiva europea 2002/98/CE del parlamento europeo y del consejo y Real Decreto 1088/2005 obligan a la implantación de un sistema de calidad tanto en centros como en servicios de transfusión. Se prioriza el trabajo en las áreas deficitarias: incorporación de técnicas NAT
Reuniones bimensuales del grupo de mejora lideradas por la jefatura de servicio con asesoría externa. Designación de responsables para cada actividad con posterior revisión.
Resultados: Elaboración de documento de suministro de información dirigido a candidatos a donantes de sangre: Incluye todos los requisitos relativos a la información exigida en el Real Decreto 1088/2005 en colaboración con el Departamento de Relaciones Institucionales. Dicho tríptico informativo se ha facilitado a los respectivos hospitales de nuestra comunidad autónoma, para su adaptación y posterior implantación.
Revisión y adaptación del documento de criterios de selección y exclusión de donantes. Se permite una uniformidad por parte del personal sanitario a la hora de seleccionar a los posibles donantes.
Iniciación de un sistema de Hemovigilancia. Se han iniciado un conjunto de procedimientos de vigilancia relativos a las reacciones adversas graves en donantes y receptores, así como el seguimiento epidemiológico de los donantes. Se ha iniciado la notificación de efectos y reacciones adversas a nivel autonómico con las oportunas modificaciones de los documentos hospitalarios para su notificación.
Implantación de controles de calidad internos y externos en áreas de serología y pruebas cruzadas.
Inicio de elaboración de un manual de calidad con asesoramiento externo. La documentación en el área de donación ha sido auditada de manera interna pendiente de la realización de una auditoría de su implantación.
Curso de formación en Calidad y CAT para personal acreditado por la comisión de formación continuada hospitalaria.
Conclusiones: La metodología del grupo de mejora ha sido muy satisfactoria para la realización del trabajo. La normativa legal ha servido de empuje para la colaboración de la directiva hospitalaria.

Contacto: Valle Recasens Flores
vrecasens@salud.aragon.es

P-258.- ELABORACIÓN Y NORMALIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA SEGÚN NORMA I.S.O 9001:2000.

Sanchidrian.C Puente D, Velasco C, Izquierdo I, Ruano MJ, Pontejo.L.

Introducción: Dentro del plan estratégico del Hospital, la Dirección de Enfermería, consideró la necesidad de desarrollar un plan para la elaboración, aprobación y control de los protocolos y procedimientos de enfermería (PT - PD) con el objetivo de normalizar, implantar y evaluar estos , de acuerdo a los requisitos planteados por la Norma ISO 9001 : 2000.
Objetivos: Elaboración y Normalización de los PT-PD.
Metodología: El desarrollo de la Normalización de los PT-PD se ha realizado mediante grupos de expertos, con las siguientes actividades:
1. Creación de Subcomité de PT-PD en el 2.004.
2. Realización de un protocolo con las instrucciones para la elaboración , aprobación y control de los protocolos y procedimientos generales de enfermería, de acuerdo a los requisitos planteados por la norma ISO 9001:2000.
3. Elaboración de un listado de procedimientos a realizar, por parte de la Dirección de enfermería y del Subcomité de PT-PD.
4. Organización de grupos de trabajo que realicen los PT-PD, con un proceso normalizado de trabajo (PNT), que incluye:
- de las reuniones.
- Distribución de grupos y asignación de los PT-PD
- Recursos humanos y materiales.
- Cronograma.
5. Revisión por parte del Subcomité de los PT-PD elaborados.
6. Aprobación por parte de la Dirección.
7. Introducción en la Intranet del Hospital.
Resultados: Se realizaron un total de 30 Protocolos y 80 Procedimientos de Enfermería de una gran calidad, con evidencia científica, y con indicadores de cada uno de ellos.
Se formaron 16 grupos con un total de 120 profesionales de diferentes áreas de trabajo y a las que previamente se les dio formación sobre la metodología a seguir, coordinadas por un miembro del Subcomité de PT-PD.
Conclusiones: La elaboración y normalización de los protocolos y procedimientos de Enfermería que se han realizado a lo largo de estos dos últimos años en nuestro hospital nos va a permitir mejorar la calidad de los cuidados ayudando a los profesionales en su practica diaria. Los indicadores de cada PT-PD nos va a permitir medir lo que hacemos, y esto a su vez establecer áreas de mejora en los cuidados que prestamos.

Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

P-259.- ESTRATEGIA PARA LA CERTIFICACIÓN POR LAS NORMAS ISO 9001:2000 EN LOS SERVICIOS CENTRALES EN EL HGUGM.

Izquierdo-Membrilla I, Jiménez AB, Calvente MJ, Puente MD, Vigil MD, Rodríguez- Pérez P.

Objetivo: Implantar un Sistema de Calidad para la obtención de la certificación de las Normas ISO 9001:2000 de los Servicios Centrales de un hospital terciario
Material y Métodos: El punto de partida del proyecto fue un firme compromiso de la Dirección de conseguir que todos los Servicios centrales del hospital fueran certificados. Se buscaron asesores externos y se nombraron un responsable de calidad específicos para cada Servicio. La asesoría externa se encargó de apoyar y desarrollar la documentación. Para homogenizar los resultados de la certificación y coordinar a todos los asesores se nombra una enfermera a tiempo completo y a un médico a tiempo parcial del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Posteriormente se instala un SOFTWARE en todos los servicios, formándose a los responsables de calidad. El seguimiento de todos los consultores tuvó una periodicidad quincenal.
Resultados: Se ha conseguido la certificación de 8 servicios, quedando pendiente 4 más que está planificada realizar en octubre. Además el SOFTWARE está ya en pleno funcionamiento en 12 Servicios, siendo éste una herramienta que ha demostrado ser muy útil para la gestión del sistema de Calidad implantado.
Con la certificación hemos conseguido: Reducir el riesgo de cometer errores y de entregar productos no aceptables por los clientes; Fomentar el trabajo en equipo y la máxima colaboración entre losmiembros de la organización: Lograr un aumento continuado de la eficacia y eficiencia de la organización; Y en los servicios ya certificados se ha conseguido mantener una evidencia tangible de compromiso con la calidad materializada en forma de una mejora continua .
Conclusión:
1. En 18 meses se ha conseguido la certificación de 8 servicios centrales de un gran hospital
2. La certificación ha demostrado ser una herramienta optima para mejorar la calidad de la atención sanitaria.
Contacto: Paz Rodríguez Pérez
prodriguezpe.hgugm@salud.madrid.org

P-260.- SELECCIÓN DE INDICADORES DE RESULTADO PARA AUTOEVALUACIÓN EFQM EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

López-Picazo JJ, Lázaro MD, Sanz G, Alarcón-González JA, Alarcón-Sabater P, Villaescusa ME.

Objetivos: Nuestra Gerencia realizó su primera autoevaluación EFQM en 2005. En ella valoramos subcriterios de resultado (personas, clientes, sociedad, resultados clave) empleando diversos indicadores. Éstos no son prescriptivos y deben seleccionarse por la organización. Esta selección es fundamental, pues condiciona los resultados y utilidad de toda la autoevaluación.
Exponemos el proceso de selección y cuadro de indicadores realizado.
Métodos: Un equipo de 10 personas, incluido equipo directivo, realizó la autoevaluación. Tras consensuar las áreas a explorar por subcriterio, eligió tres criterios para seleccionar sus indicadores: validez (traduce los logros de la organización), fiabilidad (fuentes fidedignas contrastadas y evaluadas) y aplicabilidad (hay monitorización, cuantificación de objetivos y comparaciones).
2 personas por subcriterio elaboraron la propuesta de indicadores, que se debatió y aprobó por todo el equipo de autoevaluación.
Resultados: Identificamos 28 áreas, con mediana por subcriterio de 3 áreas, máximo 6 (6a, 7b) y mínimo 2 (7a, 8a, 9a). Indicadores seleccionados: 116, mediana 12, mínimo 0 (7a) y máximo 33 (9a).
Las áreas, fuentes e indicadores fueron:
6a. Percepción clientes: tasas de problemas (por encuesta) en accesibilidad, estructura-organización, médicos, enfermeros y atención al cliente. 7 indicadores
6b. Rendimiento clientes: reclamaciones, servicios ofertados y fidelización. 13 indicadores desde atención al usuario, tarjeta sanitaria y sistemas de información
7a. Percepción personas: motivación y satisfacción. No fuente adecuada. 0 indicadores.
7b. Rendimiento personas: formación, implicación, promoción, absentismo, beneficios sociales y huelgas. 11 indicadores de docencia, personal y dirección.
8a. Percepción sociedad: sociedad y comunidad. 7 indicadores de dirección.
8b. Rendimiento sociedad: sociedad, comunidad y medio ambiente. 13 indicadores.
9a. Resultados clave: asistenciales y económicos. 33 indicadores de cartera de servicios y gestión.
9b. Indicadores clave: asistenciales, prescripciones, edificios-equipos y docencia. 32 indicadores
Conclusiones: Conseguimos reunir un espectro de indicadores válidos, fiables, aplicables a la autoevaluación y generador de áreas de mejora. Evidenciamos carencias en ciertas áreas a tratar como áreas de mejora prioritaria (7a).
Divulgar el proceso y selección final de indicadores facilitará el camino a otras organizaciones y nos permite contribuir positivamente su desarrollo.
Contacto: Julio José López-picazo Ferrer
julioj.lopez-picazo@carm.es

P-261.- ¿QUÉ CONDICIONES DEBE CUMPLIR UN HOSPITAL PARA CONSIDERARSE SOCIALMENTE RESPONSABLE?.

Mira JJ, Pérez-Jover V, Guilabert M, Lorenzo S.

Objetivo: Determinar aquellas cuestiones clave para analizar el grado de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de un hospital de nuestro entorno.
La Comisión Europea define la RSC como "la integración voluntaria, por parte de las organizaciones, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores. Ser socialmente responsable no significa solamente cumplir las obligaciones jurídicas, sino también ir más allá de su cumplimiento invirtiendo más en el capital humano, el entorno y las relaciones externas.
Métodos: Revisión de la literatura comprendida entre 1997 y 2006, utilizando como descriptores: "Bioética", "Política Organizacional", "Responsabilidad Social Corporativa y Hospitales", "Responsabilidad Social Corporativa y Sanidad", "Corporate Social Responsability" y "Corporate Governance", siempre en el ámbito sanitario. Para esta revisión se ha recurrido a: Medline (Pubmed), Índice Médico Español, Google y Yahoo además de una Revisión sistemática de los Informes de la Comisión Europea relativos a RSC.
Ámbito de estudio:
Hospitales públicos y privados españoles.
Resultados: Se han encontrado un total de 39 documentos: 16 Informes publicados, 8 artículos y 15 documentos que se corresponderían con la denominada "literatura gris".
Se han identificado como áreas clave para la RSC de un Hospital: recursos humanos y formación, gestión informática y protección de datos, gestión de la calidad, gestión económica, gestión ambiental, atención al ciudadano y cliente, ética, seguridad y confidencialidad, atención a colectivos específicos, gestión de proveedores y empresas contratadas, beneficios hacia la comunidad y docencia e investigación. Dentro de cada área se identifican un conjunto de cuestiones clave.
Conclusiones: La gestión responsable de los recursos públicos supone, hoy día en la práctica, ir más allá de la mera realización de auditorías contables o de la implantación de protocolos o sistemas de aseguramiento de la calidad. La introducción de métodos de evaluación de la RSC de un hospital favorecen transparencia, efectividad y responsabilidad de la gestión.
Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

P-262.- GARANTÍA DE CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE BIOPSIAS Y CITOLOGÍAS. REVISIÓN POR PARES (PEER REVIEW) BAJO NORMA ISO 9001-2000.

Villoria-Díez F, Mazorra-Macho F, Mayorga-Fernández M, González-Vela MC, Val-Bernal JF.

El Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" trabaja con un sistema de gestión de la calidad, estando certificados sus procesos bajo la Norma ISO 9001-2000

por la empresa certificadora DNV. Dos requisitos para garantizar la misión son: asegurar un informe fiable en su contenido y disponible en tiempo para su utilización por el médico demandante. La fiabilidad o eficacia diagnóstica se garantiza mediante la revisión por pares (peer review) de casos de biopsias y citologías seleccionados al azar y analizados semanalmente en una sesión del Departamento. No son casos retrospectivos, sino que se seleccionan tras ser informadas por el patólogo y en el momento previo al mecanografiado. Con ello las modificaciones y los acuerdos del diagnóstico que se adopten (siempre por consenso) incorporan calidad "on line" a este informe y a estudios similares futuros.

Los casos, tras su análisis, se clasifican en cuatro grupos:

1.- ACUERDO SATISFACTORIO (CONSENSO): Los observadores están de acuerdo con el diagnóstico. Pueden hacerse correcciones de estilo o de redacción del informe.

2.- DESACUERDO UMBRAL: El diagnóstico es correcto en cuanto a su naturaleza general, pero existe desacuerdo en su grado. NO TIENE IMPACTO CLÍNICO EN CUANTO A PRONOSTICO Y TRATAMIENTO ya que la conducta a seguir será la misma ó similar.

3.- DESACUERDO DE TIPO: En el diagnóstico primario maligno/ benigno/ inflamatorio, hay consenso, pero no en el "apellido" o tipo de la lesión. Puede ocurrir, entre otras, en biopsias con escaso material ó resecciones parciales de procesos donde no están representadas todas las características para diagnosticar la lesión (un legrado endometrial diagnosticado de carcinoma endometrioide podría ser un carcinoma seroso papilar). PUEDE TENER IMPACTO CLÍNICO DE PRONOSTICO Y TRATAMIENTO, por lo que pueden adoptarse por los observadores varias acciones: La seriación de todo el material remitido, nuevas técnicas, etc., y si estos procedimientos no dan resultado advertir al clínico con una nota en dicho sentido, o bien si como en el ejemplo anterior el proceder quirúrgico va a ser el mismo sea uno u otro tumor, esperar a emitir el diagnóstico definitivo al estudio de la pieza quirúrgica.

4.- DESACUERDO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: Se trata de aquellos diagnósticos que TIENEN IMPACTO EN EL TRATAMIENTO Y/O EL PRONÓSTICO. Ejemplo linfoma versus inflamación. Falsos positivos y falsos negativos.

Se presenta la metodología seguida y los resultados.

Contacto: Fernando Villoria Díez
fernandovilloria@humv.es

P-263.- DE ¡QUÉ ILUSIÓN! A ¡QUÉ DESILUSIÓN!: ¿QUIÉN DEBE REALIZAR LAS AUDITORÍAS INTERNAS?.

Valverde-Citores RM, Moracho-Del Rio O, Pérez-Iriondo A, Pérez-Marticorena MJ, Oliver-Lechuga A.

Objetivo: Conseguir que las auditorías internas sean realizadas por personal de las organizaciones sanitarias sin que los profesionales que las realizan se desilusionen al mismo tiempo que aumentan el conocimiento sobre las mismas por los componentes personales (emocionales) que conlleven.

Método: durante los últimos 5 años la progresiva implantación de certificaciones ISO 9001:2000 en diversos procesos de nuestro hospital ha conllevado la necesidad de realizar las auditorías internas, cada vez más numerosas, con nuestros profesionales que debidamente formados han auditado los procesos del hospital. La metodología utilizada para la realización de las mismas es conforme a los requisitos de la Norma dejando claro la objetividad de estos profesionales en el proceso de auditoría interna. La asunción de responsabilidad que supone esta tarea así como la delegación de funciones que por parte de la dirección se realiza en estos profesionales, ha sido un elemento de reconocimiento y de empowerment. Personas con categorías como administrativo (mayoritariamente), fisioterapeuta y FEA han auditado procesos cuyos propietarios podían ostentar categorías superiores.

Resultados: Realizar auditorías internas por parte de los profesionales del hospital abarata los costes que pueden suponer la contratación de servicios externos para la realización de las mismas; favorece la implicación (ilusión) en la gestión del hospital por parte de los profesionales; facilita el conocimiento del hospital.

Pero también se observan otros resultados como: la suspicacia del auditado acerca de la subjetividad que se presume a quien "conociéndonos" nos audita con "toda esa carga de conocimiento"; la desconfianza sobre los resultados de la auditoría por parte del auditado; el "desengaño" del auditor por la falta de credibilidad del auditado y la resistencia a repetir en próximas auditorías en su mismo centro.

Conclusiones: A partir de nuestra experiencia en la realización de más de 50 auditorías internas pensamos que el gran conocimiento adquirido por los profesionales que las realizan tanto de los procesos a auditar así como de la metodología a seguir deberían de ser aprovechados en otros centros sanitarios para la realización de las mismas favoreciendo así la exhaustividad de las auditorías, el intercambio del conocimiento así como la "ilusión" de los auditores.

Contacto: Rosa Mª Valverde Citores
hzadmbib@hzum.osakidetza.net

P-264.- LAS AUDITORÍAS INTERNAS DE ALTA FRECUENCIA (NORMA ISO 9001) COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA.

Ribes JL, Leon D, Ballart M, Gutiérrez C, Fonoll J.

Introducción: Desde el año 2003,el Servicio de Oncología Radioterápica del Institut Catala d´Oncología, esta certificado ISO9001, utilizando desde entonces la Auditoria Interna según norma, y como herramienta muy útil para detectar fallos y mejorar la calidad en el Servicio, especialmente aquellos procesos que afectan a la seguridad del paciente. Existe un equipo multidisciplinar de Auditores Internos pertenecientes al propio Servicio y formados en la norma.

Objetivos: Demostrar a partir del estudio iniciado en el mes de Febrero del 2006 de un numero que sea significativo de historias (15% del total de pacientes),cuantificar los incumplimientos de procedimientos que pudieran producirse, divididos a su vez en diferentes niveles, según la relación mas o menos influyente en el tratamiento.

A partir de estos resultados, proponer las Áreas de Mejoras y transmitirlas a los diferentes responsables.

Material y método:

El equipo multidisciplinar ha diseñado un listado de preguntas cerradas (nº 28 multi-item) que permiten auditar la documentación de los procedimientos terapéuticos al detalle,de manera objetiva y con una alta frecuencia (semanal).Dichos resultados han de servir de base para elaborar las propuestas de mejora consensuadas entre los propios profesionales, responsables y directivos.

Discusión: La Auditoria Interna anual como propone la Norma ISO nos parece excesivamente dilatada en el tiempo para dar respuesta adecuada en Oncología.

Las auditorías internas de alta frecuencia y con personal propio del servicio facilita la realización de las mismas al disponer de los conocimientos necesarios.y no deben representar un coste añadido a la empresa.

Resultados y Conclusiones: Este sistema permite detectar los puntos débiles con más facilidad y permite aplicar las medidas correctivas/preventivas con mayor brevedad. Es, desde nuestra opinión, una muy buena herramienta liderada por enfermería.

Contacto: Juan Luis Ribes Bernal
jlribes@iconcologia.net

P-265.- APLICACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN PARA EL TRASLADO DE LA ACTIVIDAD AL NUEVO HOSPITAL DE CIUDAD REAL.

Fuentes-Cabañas J, Calahorra-Fernández L, Solano-Herrera I, Ortiz-Valdepeñas J.

Objetivos: Facilitar el proceso de comprensión en relación al traslado e inicio de la actividad en un nuevo hospital, mediante la comunicación a los públicos interno y externo de los cambios que se van a producir, con el fin de posibilitar una actitud responsable y facilitadora en el cambio, estimulando la participación de los sectores implicados.

Métodos: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, como órgano operativo y asesor de la Dirección a la hora de diseñar, llevar a cabo y evaluar la eficacia de todas las acciones previstas en el Plan de Comunicación.

El Plan se desarrolla en tres fases: 1º desde un año antes del comienzo del traslado de la actividad a dos meses antes, con acciones preparatorias y de comunicación general a colectivos amplios; 2º Desde dos meses antes de la apertura hasta la finalización del traslado, con acciones directas, interpersonales y dirigidas a un público selectivo, y 3º durante el primer año de funcionamiento, con acciones tendentes a facilitar la adaptación al nuevo hospital.

Resultados: Primera fase y dentro de la comunicación interna: edición de un boletín informativo mensual de carácter permanente y el Plan de Visitas Programadas para toda la plantilla. Para público externo se instaló un punto informativo con nueva imagen corporativa y la maqueta, atendido por voluntario
Segunda fase y para el público externo: visitas institucionales para colectivos estratégicos, culminadas con una multitudinaria Jornada de Puertas Abiertas (5.000 personas). Puesta en marcha de un teléfono de información gratuito; creación de un servicio de información y acompañamiento al usuario; entrega de un dossier corporativo; edición de tres videos (estructural, tecnológico e institucional); edición de folletos informativos y la información y publicidad puntual en los medios de comunicación de referencia local y provincial.
Para público interno se organizaron Jornadas de Bienvenida en el momento de incorporación al nuevo puesto de trabajo; se actualizó la guía de información al trabajador; se mantuvieron más de cien reuniones para preparar el traslado; se elaboraron dossieres por servicios y se continuó con los boletines informativos.
Conclusiones: El traslado a un nuevo entorno tan complejo como es el sanitario necesitó de la elaboración y desarrollo de un Plan de Comunicación abierto a todos los colectivos relacionados con el nuevo Hospital, que facilitó la adaptación de trabajadores y usuarios mediante el uso de instrumentos de información directos e indirectos.
Contacto: Jesús Fuentes Cabañas
jesusf@sescam.org

P-266.- CUADROS DE MANDO.IMPLICACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA GESTIÓN DEL CENTRO.
Ballester N.

Objetivo: El Cuaderno de Mando, auténtico sistema de información y gestión, debe servir para crear una línea estratégica entre gestores y clínicos. Al trasladar la información hasta los propios servicios, realizadores de la actividad, se consigue su compromiso en la gestión del Centro.
Método: Se crea un Cuaderno de Mando integral en cuyo diseño y estructura intervienen las tres áreas del Centro: área Médica, de Enfermería y de Gestión.
El contenido de los Cuadros de Mando integra el conjunto de datos que reflejan el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Los servicios del área médica recogen ítems de actividad asistencial e indicadores clásicos (estancias medias, porcentajes de suspensiones, listas de espera, etc). Pero para gestionar los servicios de enfermería y de gestión es necesario instaurar, estandarizar, informatizar y evaluar un sistema de información concreto con indicadores de actividad, de calidad y de eficiencia.
Las tecnologías de la información permiten la difusión de la información de manera rápida, dinámica y personalizada, conforme a perfiles predeterminados.
Resultado: Sistema de Información que integra datos de actividad asistencial, docente e investigadora con indicadores de calidad y analíticos.
Conocer la actividad realizada a través de los datos e indicadores de los Cuadros de Mando nos permite conocer su evolución en el tiempo y así poder hacer un diagnóstico anual de situación y las correspondientes propuestas de mejora.
Con estos Cuadros de Mando se consiguen un objetivo propio de los sistemas de información: proporcionar información para realizar tareas de gestión y evaluar las actuaciones sanitarias en cuanto a efectividad, eficiencia y equidad.
La actividad debemos medirla no solo en términos cuantitativos, también en términos cualitativos, en términos de calidad.
Estamos de acuerdo con los autores Rober S. Kaplan y David P. Norton cuando dicen:
"Las mediciones son importantes: si no puedes medirlo, no puedes gestionarlo"
(The Balanced Scorecard)
Conclusiones: Utilizamos los Cuadros de Mando como mecanismos de transmisión y análisis de la información necesaria para organizar y dirigir tanto a nivel de Servicio, como a nivel de Centro.
Implicamos a los Servicios en las tareas de planificación – firma de objetivos- como base para actuar y mejorar la gestión.
Contacto: Nieves Ballester Fernández-bravo
nballester@sescam.org

P-267.- CIRUGÍA MENOR DERMATOLÓGICA: MODELO DE GESTIÓN DEL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD.
Marrón SE, Ferrando A, Artal A, Tomás L.

Objetivos:
1º La implantación de un modelo de gestión de la Cirugía Menor de los tumores cutáneos y de las diferentes dermatosis en la que quede perfectamente establecido las competencias de los diferentes niveles asistenciales y que diversifique la actividad. 2º Mejorar la accesibilidad de los pacientes a la asistencia sanitaria con la descentralización al nivel de atención primaria de la asistencia de siete grupos patológicos : Fibromas blandos; Queratomas seborreicos; Verrugas vulgares; Nevus sin signos de alarma; Queratomas actínicos incipientes; Queloides y cicatrices hipertróficas y Actividad quirúrgica en urgencias.
Métodos:
La incorporación de los Centros de Salud al programa fue en función de su interés y de las disponibilidades del momento. En primer lugar determinaron las patologías y métodos terapéuticos a realizar en cada uno de los niveles. A continuación se realizaron cursos específicos en los propios centros de salud para capacitar a los profesionales (médicos y enfermeras).. Todo ello coordinado y supervisado por el Servicio de Dermatología. En todos los centros de salud se formaron equipos quirúrgicos de medico y enfermera. Se seleccionaron los materiales necesarios para realizar la actividad incluyéndolos como dotación básica de los centros de salud.
Resultados:
Con la consolidación del presente modelo de gestión que presentamos, y en el que llevamos trabajando desde 1997, se han ido incorporando al programa todos y cada uno de los centros de salud del sector.
Conclusiones:
Podemos concluir diciendo que estamos consiguiendo una gestión de la cirugía menor dermatológica que garantiza la satisfacción del paciente y del profesional (médicos y enfermeras) dentro de los diferentes niveles asistenciales, con una percepción de calidad superior a la obtenida con el sistema tradicional. Se ve como imprescindible la formación continuada en lo referente a procesos quirúrgicos a utilizar y en el diagnóstico y diagnóstico diferencial de las enfermedades a incluir en el programa. Contamos con la colaboración de la Gerencia de Sector que facilita el desarrollo de la iniciativa.
Contacto: Servando Eugenio Marrón Moya
semarron@salud.aragon.es

P-268.- COPIANDO A LOS DEMÁS. EL BENCHMARKING COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE Y MEJORA CONTINUA EN EL HOSPITAL DE ZAMUDIO.
López-Ortiz M, Pereira-Rodríguez C.

La sistematización del Benchmarking en el Hospital de Zamudio ha sufrido una evolución acorde el despliegue de un modelo de Gestión por Procesos basado en el Modelo de Excelencia de la EFQM. En 2004 se implantó un nuevo proceso con la misión de identificar mejores prácticas de gestión e implantar aquellas viables en el Hospital que inciden en la mejora de la gestión y por tanto de los resultados del Hospital, así como identificar referentes con quien compararse en resultados. Este proceso forma parte del Proceso de Planificación y Gestión de la Estrategia y liderado por el Director Gerente del Hospital funciona como motor de la mejora en la gestión estratégica. El Hospital ha identificado fuentes de información para captar experiencias de gestión de organizaciones consideradas "best in class" o modelos de buenas prácticas. A pesar de la orientación estratégica planteada en el despliegue inicial, en los últimos años el Benchmarking se ha introducido como herramienta de mejora continua utilizada por los gestores de los procesos del Hospital. En este sentido se han multiplicado las visitas de Benchmarking a otros Hospitales como una fuente de identificación de ideas para la resolución de problemáticas que, previamente, habían sido identificadas como áreas de mejora. La aplicación de una guía propia de buenas prácticas para la realización de visitas de Benchmarking y para la elaboración de informes está facilitando aprovechar y compartir el conocimiento con otras organizaciones.
Contacto: mónica lópez ortiz
monica.lopez@hzam.osakidetza.net

P-269.- GESTIÓN INTEGRADA AMBIENTAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL COMARCAL DEL BIDASOA.
Molero B, Martín F, Mendiguren N.

Introducción: El Hospital Comarcal del Bidasoa ha sido uno de los pioneros en la asunción de diversos métodos, modelos y herramientas de Gestión Medio Ambiental, al interiorizar los conceptos de Calidad y Ambiental como elementos fundamentales en el devenir y en el desarrollo del Hospital. Como consecuencia de esta filosofía se ha propiciado los procesos de certificación que garanticen esta idea.
Objetivos: El objetivo primario era conseguir un plan de minimización de residuos sanitarios. Posteriormente la meta era certificar con la Norma ISO 9001:2000 el proceso de Gestión Intracentro de Residuos. Este objetivo evolucina hacia uno más ambicioso que implica las certificaciones UNE- EN ISO 14001:2004 de Sistemas de Gestión Ambiental y el certificado Gestión para la Mejora Ambiental EKOSKAN®..
Metodología . En el año 2003 se certifican el Servicio de Restauración y la Gestión Intracentro de Residuos liderados por por los Gestores de cada Proceso.
En el año 2004 se procede a certificar los procesos de Limpieza y Mantenimiento, en este momento analizamos el proceso de Gestión de los Sistemas Certificados y concluimos que seguir por ese camino significaría una atomización de procesos certificados, con falta de coordinación. Este mismo año se plantea el objetivo de la unificación, creandose la figura de Gestor en Calidad y Medio Ambiente.
En el año 2005 , concluidos con éxito los objetivos de los años anteriores, se amplia la certificación al Proceso: Económico-Financiero y a las certificaciones UNE- EN ISO 14001:2004 de Sistemas de Gestión Ambiental y el certificado Gestión para la Mejora Ambiental EKOSKAN®...
En el año 2006 se está trabajando en la mejora continua y en sucesivas ampliaciones a la certificación Integral.
Resultados:Creación de un Sistema de certificación en Calidad y Gestión Integral Ambiental que tenga la capacidad de ampliar cualquier alcance.
Conclusiones: Bondades de un Sistema Integrado con una cultura común, consolidación de alianzas, un impulso a la gestión del conocimiento, eficacia y eficiencia desde un punto de vista económico, reducción de tiempo en las ampliaciones de certificaciones posteriores, sistema garantista al trabajar el Sistema varios gestores de procesos diferentes, involucración de todo el personal del Hospital en la Política Ambiental, así como la satisfacción de la sociedad.
Contacto: blanca molero pérez
bmolero@hbid.osakidetza.net

P-270.- PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS ELECTROMÉDICOS.
Alarcon P, Molina JA.

Objetivo: Establecer los criterios y responsabilidades asociados a la realización del Mantenimiento de equipos electromédicos en el Complejo Hospitalario de Toledo.
Método: Se ha realizado el análisis sistemático, de la secuencia de actividades que constituyen el proceso de gestión del mantenimiento de equipos electromédicos, ordenando los flujos de trabajo para hacerlos más eficientes y adaptarlos a las necesidades de los clientes internos.
Resultados: I) Mediante una representación gráfica, se han indicado la secuencia de actividades que forman el Proceso de Gestión de Mantenimiento de equipos electromédicos, así como los documentos que intervienen.
Dentro de las tareas de mantenimiento realizadas en el Hospital se han distinguido las tareas asociadas al Mantenimiento Preventivo y al Mantenimiento Correctivo.
Mantenimiento Preventivo: Realizado con el fin de prevenir y evitar averías o daños en los equipos médicos . Se ha partido de la planificación anual, que se realiza teniendo en cuenta los equipos existentes y el Plan de mantenimiento, en función de lo cual se distingue la realización del mantenimiento, mediante recursos propios o externos.
Mantenimiento Correctivo: Realizado con el fin de reparar equipos médicos averiados. Hecha la solicitud de reparación, se atiende la petición en función de la prioridad asignada, por el personal de mantenimiento de equipos electromédicos. Se evalúa la avería, optando por la reparación o por la retirada del equipo.
II) Se han incorporado indicadores, que marcan los niveles aceptables de respuesta, en la realización del mantenimiento de equipos electromédicos.
Conclusiones: La realización de diagramas de flujo, nos permite definir responsabilidades, planificar la evaluación, establecer un ciclo de mejora y estabilizar el proceso.
Contacto: Piedad Alarcón Gascueña
palarcon@sescam.jccm.es

P-271.- DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS Y DE DOS PROCESOS EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.
López-Valverde M, Fraca M, Martínez-Astorquiza T, Avellanal JP, Valtierra A, Masach R.

Se dice que la gestión por procesos es una de las herramientas de mayor utilidad en los centros sanitarios para la mejora continua de la calidad del servicio de atención a los pacientes y usuarios. Sin embargo, la orientación asistencial de los profesionales y, por tanto, la necesidad de una formación específica en procesos dificulta su implantación en un servicio clínico.
Objetivos: 1. Describir la metodología a seguir por un servicio asistencial que esté interesado en una definición de su mapa de procesos y 2. Elaborar una ficha de proceso que contenga los elementos que lo definen de manera comprensible y útil.
Métodos: 1) Se constituye el grupo de trabajo; 2) Se define la Misión del Servicio; 3) Se identifican y se representan en un mapa los procesos más importantes del mismo, clasificados en estratégicos, operativos y de apoyo; 4) Se consensúa la ficha de procesos del Servicio (elementos que la constituyen) y se va rellenando en sesiones del grupo de trabajo.
Resultados: 1. El Mapa de procesos del Servicio comprende dos procesos estratégicos (Planificación estratégica y Mejora Continua); 2. Los procesos operativos descritos son la atención en Urgencias, en Consultas y el ingreso en Hospitalización; 3. Los procesos de apoyo descritos son la gestión y desarrollo de las personas, la gestión de la tecnología y la gestión del conocimiento; 4. Se han definido el proceso de planificación estratégica y la atención en Urgencias (misión, entradas, salidas, diagramas de flujo de las actividades e indicadores). 5. Se han asignado responsables de estos procesos y se ha diseñado una sistemática de seguimiento de los indicadores y de las acciones de mejora fruto del análisis de causas de las no conformidades definidas.
Conclusiones: 1. Desde su descripción, el mapa de procesos del Servicio orienta e impulsa las acciones que afectan a éste, garantiza que se entienden los procesos y que sus objetivos han sido bien especificados. 2. Ayuda a determinar puntos de monitorización de su eficacia y abre el camino de la mejora. 3. Propicia la reflexión y la participación de las personas del Servicio y unifica la orientación de las personas que en ellos trabajan. 3. Facilita un acercamiento entre la cultura de los clínicos y la de los gestores en torno al día a día de unos y otros.
Contacto: Miguel López-valverde
mlopez@hbas.osakidetza.net

P-272.- DISEÑO DEL PROCESO "ATENCIÓN AL USUARIO" EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.
Caamaño-Martínez MD, Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, González-Olveira J, Cegarra-García MS.

Objetivo: Diseñar y documentar el Proceso de Atención al Usuario, clave en nuestro mapa de procesos, utilizando la metodología de gestión por procesos, que nos permita conocer el funcionamiento del mismo, disminuir la variabilidad entre los profesionales del Servicio de Atención al Usuario (SAU), disponer de un sistema de medición y control para ofrecer un servicio plenamente satisfactorio.
Método: En el marco del proyecto de mejora "Implantación de la Sistematización de procesos" se priorizó sistematizar el proceso y se designó un propietario. En la primera fase se analizó toda la información, documentación y registros disponibles del SAU. Se identificaron mediante la técnica del grupo nominal los puntos fuertes y débiles del SAU, así como las áreas de mejora. En una segunda fase se identificaron y definieron la secuencia de acciones, tareas, procedimientos y puntos críticos del proceso. Se siguió el proceso "sistematización de procesos" aprobado.

Resultados: proceso sistematizado definiendo Misión, visión, alcance; clientes y partes interesadas; requisitos de calidad; salidas; recursos; entradas; interacciones; fases, responsables y productos, procedimientos; propietario y participantes; sistemas de medición e indicadores (no conformidades en el registro de entradas del proceso, tiempo de notificación de recepción de reclamación al usuario menor de 2 días, tiempo de respuesta a reclamaciones menor de 15 días, tiempo de respuesta a informes de asistencia inferior a 15 días, tiempo de respuesta de informes a juzgados inferior a 15 días y número de reclamaciones del SAU inferior a 5 por cien expedientes tramitados); sistema de ajuste y mejora basados en el análisis de resultados e indicadores trimestral; criterios del modelo EFQM relacionados; glosario de términos y apartado de Anexos: ficha de proceso, de indicadores, diagrama de flujo , listado de distribución, de documentos en vigor, de registros. Elaboración de tres instrucciones técnicas relacionadas. Se ha diseñado un registro específico que nos permita automatizar los informes de gestión. El proceso se ha difundido a las partes interesadas con copias controladas y a través de la Intranet corporativa.
Conclusiones: A través del trabajo en equipo se ha profundizado en el conocimiento del proceso y de las necesidades y expectativas de los usuarios permitiendo conocer mejor el comportamiento del mismo y la detección de áreas de mejora que antes pasarían desapercibidas. La experiencia ha servido para generar una cultura de calidad en el Servicio.
Contacto: Mª Dolores Martín Rodríguez
lola.martin.Rodríguez@sergas.es

P-273.- DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.
Martín-Rodríguez MD, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez M-D, Penas-Penas M, Barreiro-Díaz MV, Cegarra-García MS.

Objetivo: Identificar, describir y documentar las interacciones entre los procesos que conforman el sistema de gestión de las actividades y recursos de la organización. Esta necesidad surge de la autoevaluación EFQM que identificó como área de mejora la documentación y sistematización de procesos.
Método: 1 Constitución de un grupo de trabajo. 2 Revisión bibliográfica sobre Gestión por procesos, diseño y elaboración de Mapas de Procesos. 3 Entrevistas y reuniones con responsables de los diferentes departamentos para la identificación y descripción de los procesos de la organización. 4 Clasificación de los procesos en estratégicos, claves y de apoyo. 5 Identificación de herramientas y software para la representación del Mapa de procesos. 6 Asignación de propietarios a los procesos reflejados en el Mapa.
Resultados: Hemos definido un mapa de procesos y su representación gráfica en dos niveles: nivel 1 y nivel 2. En el nivel 1 se han identificado los siguientes procesos estratégicos: Control de Gestión; Plan de Negocio Anual; Planificación y Desarrollo Estratégico; Comunicación Externa; Gestión de la Calidad; Gestión de Alianzas y Proveedores. Procesos Clave: Gestión de la demanda de atención sanitaria urgente, Docencia, Gestión de dispositivos sanitarios de riesgo previsible. En los procesos de apoyo: Gestión de mantenimiento; Gestión económica; Gestión de personas; Gestión del conocimiento e información; Gestión logística; Asesoría jurídica; Gestión de residuos; Innovación tecnológica.
El mapa de procesos nos ha permitido identificar las interrelaciones e interacciones entre los procesos de la organización, comprender mejor su funcionamiento e identificar los puntos críticos. Se ha puesto en evidencia la necesidad de que todos los líderes de la organización se impliquen en la configuración de la estructura de procesos y asignación de propietarios/responsables de los mismos.Se han asignado propietarios a los procesos, responsables de la gestión y de los resultados de los mismos, hecho fundamental en aquellos procesos en los que participan varias áreas o departamentos.
Conclusiones: El esquema general de procesos sirve para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos a la hora de hacer realidad la política y estrategia al hacernos reflexionar sobre las salidas de cada proceso y hacia quién van (clientes), las entradas del mismo y de dónde vienen, los recursos que consume y su procedencia así como los determinantes de los mismos.
Contacto: Mª Dolores Martín Rodríguez
lola.martin.Rodríguez@sergas.es

P-274.- MONITORIZACIÓN DE PROCESOS DEL SERVICIO DE ALMACÉN DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO.
Nicolás-Lax C, Sanz-Illan JJ,. Castaño-Ortelano JJ, Gil-Gil G, Gómez-Ruiz R, Martínez-Martínez JM.

Objetivo: Analizar y monitorizar la actividad respecto de los procesos de adquisición y distribución de material en el Servicio de Almacén.
Materia y Métodos:
Lugar Hospital General Universitario de 400 camas.
Estudio retrospectivo y autoevaluativo.
Indicadores: I.- Todos los artículos solicitados por las unidades ,se entregan (Hay existencias en el almacén),
I.2.-Pedidos a proveedor con más de 3 artículo (agrupación de artículos en un mismo pedido a proveedor.)
Período de monitorización : mayo a abril años 2.003, 2.004, 2.005, 2.006.
Muestra: Universo muestral I.1 y muestra de conveniencia I .2
Análisis estadístico : Comparativo meses y años.
Descripción: Las unidades tienen pactadas unas necesidades del material que utilizan que se les suministra semanalmente en unos artículos y mensualmente en otros. Si no hay existencias en el almacén , se reclama la mercancía al proveedor, que tiene un día establecido, siempre el mismo para suministrar el material.
Al solicitar material a los proveedores, se agrupan artículos en un mismo pedido, hasta un limite de 12.000 € en compras directas y sin límite en Concursos y se reduce la documentación, pedidos, albaranes, facturas y el tiempo dedicado a su tramitación.
Año 2003/2004 Artículos 109.860 se entregan 106.929 97,32%. Pedidos 412 con mas de 3 artículos 37 9,12%.
Año 2004/2005 Artículos 102.914 se entregan 101.288 98,42% Pedidos 298 con más de 3 artículos 60 20,13%.
Año 2005/2006 Artículos 111.866 se entregan 110.236 98,54% Pedidos 264 con más de 3 artículos 87 32,95%.
Conclusiones: Tras la monitorización se ha observado que se mantiene el nivel de calidad del proceso I .1 , se reduce el tiempo destinado a las tareas de solicitud y entrega de artículos no servidos, y ha aumentado significativamente la calidad del proceso de agrupación de artículos en un mismo pedido , reduciendo el tiempo de tramitación de pedidos, albaranes y facturas, así como la satisfacción de los clientes internos al tener cubiertas las necesidades de material.
Contacto: Concepción Nicolás Lax
concepción.nicolas@carm.es

P-275.- REVISIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA TRAS UN AÑO DE EXPERIENCIA CON ISO 9001:2000.
Garotano B, Zugaza C, Puelles A, Mirabel JL, Preciado E, Santos I.

Introducción. La calidad es un factor primordial hoy en día para cualquier actividad y también como es lógico para los Laboratorios de Análisis Clínicos.
Dentro de los sistemas de certificación de calidad, las normativas ISO son las más extendidas.
El Laboratorio de Bioquímica del Hospital Txagorritxu realiza 1.080.000 pruebas/año. Atiende la demanda generada en el propio hospital (400 camas) así como realiza las pruebas más especiales (Hormonas, Marcadores Tumorales, Autoinmunidad...) generadas en la Comarca y en 3 hospitales del entorno con laboratorios menos especializados.
En septiembre de 2004, este Laboratorio obtuvo el certificado expedido por ENAC según norma ISO 9001:2000.
Objetivo: Detallar aspectos de nuestra experiencia, por si pueden ser de utilidad y referencia a otros Laboratorios que se encuentren en vías de certificación.
Material y métodos: Se ha utilizado la documentación preparada para el proceso de certificación ISO y los datos de los indicadores del año 2005.
Resultados: El Proceso. Mediante un cuadro se plasman de forma esquemática los datos más significativos del proceso certificado:
1.1 Misión
1.2 Clientes
1.3 Subprocesos
1.4 Procesos de apoyo
Indicadores. De manera abreviada se recogen los indicadores que se establecieron en cada fase del proceso, así como los objetivos fijados para cada uno de ellos.

Se presentan además, las diferentes acciones establecidas en cada indicador y sus consecuencias.
Conclusiones: Entre las modificaciones que la implantación y el desarrollo del sistema de aseguramiento de la calidad ISO ha aportado a nuestro Laboratorio podríamos destacar:
1. Haber podido obtener datos reales de la situación de las fases más importantes del proceso: desde la extracción y recepción de muestras hasta la emisión de informes de resultados.
2. Analizar los datos de incidencias y no conformidades, para establecer las correspondientes acciones preventivas y correctivas, que han contribuido a la mejora de nuestro proceso
Contacto: Begoña Garitano Tellería
bgaritano@htxa.osakidetza.net

P-276.- MEJORA DE LA EFICACIA DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES
Rodríguez JM, Elosegi M, Olano JG.

Objetivo: Tras la experiencia acumulada en la realización de auditorías internas a los SGC de los procesos asistenciales del Hospital del Bidasoa, con un "enfoque a cuestionario", se ha considerado necesario mejorar su eficacia orientándola a un "enfoque de gestión por procesos".
Métodos:
1. Constitución del equipo de auditores internos
2. Descripción y alcance de la auditoría
3. Formación específica al equipo auditor sobre: finalidad, planificación y realización, elaboración del informe de auditoría, seguimiento y cierre de observaciones y/o no conformidades detectadas
4. Aporte metodológico de las Unidades de Calidad y Gestión Sanitaria en dicha formación, elaborando un Manual del Auditor Interno
5. Realización de la auditoría por una consultoría externa con auditores internos del Hospital como observadores
Resultados:
1. Unificación de criterios de auditoría en base al nuevo enfoque a procesos.
2. Auditoría interna planificada y realizada en base a nuevo enfoque
3. Informe final de Auditoría útil para la gestión del proceso; con descripción de puntos fuertes, áreas de mejora y No conformidades
Conclusiones:
1. Hemos conseguido dotar al Proceso de Realización de Auditorías Internas de una metodología eminentemente práctica y orientada a la gestión por procesos.
2. Se ha mejorado sensiblemente la interiorización por parte del personal auditadode los aspectos operativos de la gestión por procesos.
3. El hospital dispone de un equipo auditor con criterios homogéneos de interpretación del alcance de la gestión por procesos.
Contacto: Juan Mª Rodríguez Le Halper
jmrodri@hbid.osakidetza.net

P-277.- EL PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS EN LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE OSAKIDETZA/SVS.
Serna- Rodríguez F, Beitia-Fernández C, Blasco-Altuna JA.

En el marco del proyecto corporativo de Osakidetza dirigido a la implantación de la gestión por procesos en el ámbito de los recursos humanos, el primer paso fue la elaboración del documento "Gestión por procesos en el ámbito de gestión de las personas" en el que se establecía el modelo de referencia para la descripción y gestión de los procesos de personas en Osakidetza, así como los manuales de los procesos corporativos derivados de la declaración de la política de RRHH. Transcurrido un año desde la elaboración del manual anterior, se ha avanzado un paso mas en la implantación del modelo profundizando en la descripción del proceso propio de una organización de servicios (hospital, comarca de atención primaria, ..). El resultado ha sido el documento titulado "El proceso de gestión de personas en las organizaciones de servicios de Osakidetza – Guía para la elaboración del manual de proceso". Este documento presenta un modelo de proceso de personas propio de una organización de servicios (OS) y establece las líneas básicas para la descripción del proceso por cada organización, incluyendo el Manual del proceso. El documento parte de las siguientes premisas: 1) Descripción homogénea del proceso de gestión de personas en las distintas OS en aquellos elementos comunes: misión, subprocesos, actividades principales, procedimientos comunes derivados de los procesos corporativos de RRHH, requisitos e indicadores. Esta homogeneidad básica permitirá realizar un seguimiento de la gestión del proceso en cada OS, permitiendo establecer comparaciones y afrontar estrategias de mejora surgidas de la gestión del conocimiento y el benchmarking. 2) Gestión de la variabilidad del proceso por cada OS a través de la organización de los recursos que le parezca mas apropiada, estableciendo los procedimientos que estime oportunos. 3) Partiendo del modelo general propuesto en el documento, cada organización realizara las adaptaciones precisas para la gestión del proceso en términos de eficacia y eficiencia, así como para su adecuada integración en la política y estrategia de la misma. Al objeto de la continuación del proyecto, desde la organización central se establecerá un plan de acción con cada OS en el que se acordaran los términos de la implantación del modelo y de la estabilización del proceso de personas. El marco metodológico en que se desarrolla este proyecto es el propio del sistema de gestión de excelencia de la EFQM y del sistema de gestión de la calidad conforme a los requisitos establecidos en la norma ISO 9000:2000
Contacto: Francisco Serna Rodríguez
pserna@sscc.osakidetza.net

P-278.- PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA.
Catalina M, Carrasco AL, Tellez ME,. Martín ML, González MT.

Objetivos: La comunicación tiene por objeto presentar un modelo de implantación de un programa de mejora de la calidad de los cuidados en una Unidad de Enfermería Quirúrgica.
Métodos: Un grupo de trabajo integrado por la Supervisora de una Unidad de Hospitalización y la Enfermera de Calidad de planta del Hospital Clínico Universitario de Valladolid con el asesoramiento externo de un auditor médico de hospitales efectuó el diseño del modelo.Posteriormente dicha propuesta fue discutida en un grupo ampliado con participación de profesionales del equipo de enfermería de la Unidad y se introdujeron modificaciones y mejoras.
Resultados: El modelo propuesto consiste en las siguientes fases de implantación:1ª) Definición del programa de mejora de calidad de los cuidados en el marco de los objetivos de calidad de la Dirección de Enfermería del hospitalen reunión plenaria del personal de enfermería de la Unidad, 2ª) Asignación de responsabilidades por la Supervisora de la Planta definiendo especialmente el perfil de tareas de la Enfermera de Calidad de la Unidad, 3ª) Diseño del plan operativo para el desarrollo del Programa, 4ª) Desarrollo del trabajo de campo de evaluación de los cuidados por la enfermera y la auxiliar designadas, 5ª) Análisis de los resultados obtenidos por dichos profesionales con la Enfermera de Calidad, 6ª) Presentación de resultados en una reunión plenaria del equipo de enfermería de la planta, discusión y formulación de conclusiones, 7ª) Aprobación por consenso en dicha reunión plenaria del plan de medidas de mejora de los cuidados a implementar, 8ª) Puesta en marcha del plan de mejora, 9ª) Reevaluación en el plazo fijado,por una enfermera y una auxiliar distintas a las que hicieron el trabajo de campo en la etapa previa,para verificar la efectividad de las medidas de mejora adoptadas, 10ª) Propuesta de nuevas medidas correctoras en su caso si proceden.
Conclusiones: El modelo propuesto en opinión de los autores facilita una implicación activa del personal afectado en el programa de mejora de la calidad eliminando las habituales resistencias y permitiendo un desarrollo adecuado de los programas de evaluación y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.
Contacto: Montserrat Catalina Pascual
montsecatalina@hotmail.com

P-279.- MAPA DE PROCESOS NIVEL CERO DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
López-Picazo JJ, Lázaro MD, Sanz G, Alarcón-González JA, Alarcón-Sabater P, Villaescusa ME.

Objetivo: Nuestra Gerencia realizó su primera autoevaluación EFQM en 2005. En ella detectamos, como una de las áreas de mejora prioritaria, que los procesos existentes no eran definidos sistemáticamente en función de la estrategia ni desarrollados de forma ordenada. Por ello, uno

de nuestros primeros objetivos para 2006 fue la construcción del mapa de procesos nivel 0, y posterior desarrollo de los procesos detectados.
Métodos: Constituido el grupo de trabajo a partir del equipo de autoevaluación EFQM, y tras revisar la definición de misión asumida por la Gerencia, se identificaron los procesos más importantes que deben llevarse a cabo, asignándolos a grupos según se trate de procesos operativos (clave), estratégicos y de soporte. Se analizan sus interrelaciones y se plasma en una ficha de proceso.
Resultados: Identificamos 3 procesos estratégicos: (1) "estrategia y planificación", que incluye los la fijación de objetivos y la organización y gestión de la oferta de servicios; (2) "servicios externos" a nuestros hospitales de referencia, Servicio de Salud y Consejería de Sanidad; y (3) "relaciones externas".
Como procesos de soporte representamos: (1) "Procesos para el soporte interno", que incluye las áreas de comunicación interna, sistemas de información, gestión de tarjeta sanitaria, de calidad, de farmacia, docencia e investigación, atención al usuario y gestión de reclamaciones, así como las de mantenimiento y de informática; y (2) "Procesos de gestión", que incluyen las unidades de gestión de prestaciones, de personal, de contabilidad y de logística, así como la de cobros a terceros
Los procesos clave incluyen: (1) "Atención al cliente", con las áreas de recepción, información y reclamaciones; (2) "Atención de salud", de tipo agudo, crónico, urgente, preventivo, comunitaria y a domicilio; (3) "Gestión de servicios externos y prestaciones", en donde se enmarca la gestión de la incapacidad laboral, prescripción, interconsultas, visados y pruebas de laboratorio; y (4) "Formación e investigación", en sus aspectos de pregrado y postgrado, formación continuada e investigación.
Las interdependencias y relaciones se expresan en el mapa de procesos construido.
Conclusiones: La construcción del mapa de procesos permite orientar e impulsar el abordaje de procesos de forma lógica y ordenada, garantizando su comprensión global, interrelaciones y finalidad. Al exigir indicadores de monitorización también favorece la mejora continua.
Contacto: Julio José López-picazo Ferrer
julioj.lopez-picazo@carm.es

P-280.- NORMA UNE-EN-ISO 9004 PARA LA EVALUACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA.
Emparan C, Lacabex J.

Objetivos: la evaluación de cumplimiento directivo y su evolución en el tiempo es una tarea compleja en los centros hospitalarios. Para tratar de poder evaluar a las mismas se propone la aplicación de la norma UNE-EN-ISO 9004 en la evaluación del funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica.
Material y Métodos: durante el año 2004 y 2005 se analizó de forma prospectiva mediante un autocuestionario el cumplimiento de la norma ISO 9004 en 5 Unidades de Gestión Clínica y el funcionamiento del propio hospital en ocho apartados: enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque basado en procesos, enfoque de sistema para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.
En todas las Unidades de Gestión se analizó el impacto de distintos hitos en la evolución de su evaluación según norma ISO 9004 evaluándolas entre 0 y 5 puntos. Los hitos considerados fueron los siguientes: certificación de procesos ISO 9001, certificación ISO 14001, implantación del modelo OSHAS, y la autonomía de gestión clínica.
Resultados: las Unidades de Gestión Clínica mejoraron su puntuación de forma paralela a la del Hospital, objetivándose de forma clara aquellas Unidades "motor" (puntuaciones superiores a 3 puntos, o mejoras de un 20% en 2 años), de las rémoras (puntuaciones inferiores a 3 puntos). De todos los apartados analizados el que mayor desarrollo presentó fue el de liderazgo, participación del personal y enfoque basado en procesos que sirvieron de punto de arranque para la creación de las unidades de gestión clínica. En las unidades con puntuaciones totales inferiores a 3 los puntos débiles fueron asimismo el liderazgo, la participación de las personas y el enfoque basado en procesos y gestión con hechos.
Conclusiones: la norma ISO 9004 es un instrumento eficaz, parametrizable, con trazabilidad y objetivo de evaluar las unidades de gestión clínica de un Hospital. Con su uso sistematizado se pudieron objetivar los puntos fuertes y áreas de mejora de cada una de las unidades de gestión clínica realizando benchmarking interno.
Contacto: Carlos Emparan García de Salazar
cemparan@fhcalahorra.com

P-281.- INTRODUCIENDO LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL ÁREA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL.
Hijós LA, Campos C, Figueras C, Martínez-Sánchez R, Andrés MJ, Ara D.

Introducción: Tras la puesta en marcha de la gestión por procesos en nuestro EAP, vislumbramos la necesidad de llevarla a un terreno más concreto y práctico. El proceso crítico seleccionado es el Mantenimiento del área de Atención Continuada.
Fue elegido por su importancia, por la franja horaria y por el uso compartido por todos los profesionales sanitarios del EAP.
El objetivo final era mantener la operatividad de esta zona en todo momento, dentro de unos criterios de calidad establecidos.
Metodología: Se ha desarrollado el procedimiento del mantenimiento de la sala de urgencias (proceso de primer nivel: Apoyo logístico):
1. Definir el proceso
 - Misión/interrelaciones/clientes
2. Asignar propietario.
3. Realización de los Indicadores.
4. Implantación.
Se ha realizado el stock de material de las distintas dependencias de atención continuada, bolsas de atención a domicilio....
Resultados: En el año 2005 se realizaron tres monitorizaciones. La realización de controles en el Área de urgencias fue del 95.04%. La cumplimentación por el personal de medicina fue del 80.58% (rango 74,58-86.15%) y por Enfermería fue del 93.36 (rango:91.53-96.92). El numero de incidencias/mes inicial fue de 14,33 pasando a ser de 7,33 en la ultima monitorización. Comparando el numero de incidencias detectadas en cada semestre observamos una disminución del 36.3%. En el gráfico de Pareto, se observa como oportunidad de mejora las subsanación de las incidencias relativas a material fungible/medicación (59,09%).
Conclusiones: En primer lugar, resaltar que tras la realización del procedimiento sobre el mantenimiento de esta Área y las distintas monitorizaciones se propusieron oportunidades de mejora de tipo organizativo (Creación y modificación del libro de registro, planificación del control del orden del carro de urgencias y de los maletines de transporte, establecer un sistema de solución/ comunicación urgente para el material RCP....).
Las Áreas de mejora de este proceso encontradas en esta ultima monitorización son:
- fomentar la realización de los controles por el personal de medicina.
- planificar la actuación ante las incidencias del material fungible/medicación.
Para dar continuidad a las medidas organizativas hasta la total integración de las actividades en la rutina laboral, el propietario del proceso establecerá las monitorizaciones, medidas de control y propuesta de mejora al resto de miembros del EAP.
Contacto: Luis Alfonso Hijós Larraz
lhijos@salud.aragon.es

P-282.- ORIENTACIÓN AL CLIENTE: GESTIÓN POR PROCESOS DEL ÁREA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO.
Rivera F, Carreras M, Garrastachu E, SanMartín B, Román M, Larrea J.

Objetivos: La Dirección de Procesos de Información y Atención al Cliente del Servicio Riojano de Salud (SERIS) es la unidad cuya misión es liderar el diseño, la implantación, el seguimiento, el control y la mejora de los procesos relacionados con la atención al cliente, coordinándose con las áreas asistenciales y con el resto de Direcciones de Procesos, para garantizar la equidad y la accesibilidad de los servicios en toda la Comunidad Autónoma de La Rioja, con el fin de resolver las necesidades sanitarias de sus usuarios, especialmente las relacionadas con la información, el trato, el tratamiento de sus quejas, reclamaciones y sugerencias y posibilitar la incorporación de la voz de los ciudadanos para la mejora continua de los servicios del SERIS
Métodos:
 Descripción de la misión , visión, mapa de procesos de la dirección de procesos de Información y Atención al Usuario

• Nombramiento de responsables de área
• Priorización de procesos.
• Descripción del proceso de derivación a dispositivo sociosanitarios
• Implantación del proceso
• Evaluación
Resultados:
• Procesos implantados: Reclamaciones, quejas y sugerencias / Citación /Tramitación Tarjeta Sanitaria / Documentación Clínica / Recepción, Información y Direccionamiento / Elección de Médico / Recetas de Largo Tratamientos / Acogida
• Nº de profesionales implicados: 47 (Administrativos, enfermería, médicos, abogados, periodista, informáticos y directivos)
• Porcentaje de profesionales formados
Conclusiones:
• El ciudadano es el eje principal sobre el que orientamos la actuación considerando su satisfacción como nuestro objetivo básico, especialmente en las necesidades de información y trato.
• Los trabajadores son los artífices de esta tarea, potenciando su participación y orientando nuestra gestión a disponer de personas altamente competentes integradas y satisfechas.
• La innovación, la mejora continua y el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación son las herramientas clave para la optimización de nuestros servicios y nuestro funcionamiento
• La contribución a la coordinación y la integración de los diferentes unidades/centros/dispositivos (tanto internos como externos al SERIS) del sistema es un requisito fundamental para la calidad y la efectividad de nuestros servicios.
Contacto: Félix Rivera Sanz
frivera@riojasalud.es

P-283.- GESTIÓN DEL PROCESO DE QUIRÓFANO EN UN HOSPITAL COMARCAL SEGÚN EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM.
García A, Valiente F, Albarracín M, Cantero MJ, Carrillo R, Ruiz R.

Objetivo: Desarrollar la gestión por procesos como proyecto de mejora continua en nuestro hospital
Metodología: Se ha elegido el proceso de quirófano y se han constituido grupos de trabajo formados por profesionales implicados en esta área.
Se estableció un cronograma de trabajo y se desarrolló la siguiente metodología:
1. Descripción del proceso (misión, objetivo, destinatarios y expectativas, proveedores y requisitos, límites, subprocesos)
2. Representación gráfica (entradas y salidas, guías y recursos, diagramas nivel 1, diagramas nivel 2 y diagramas de flujo)
3. Elaboración de procedimientos y establecimiento de indicadores que permitan el seguimiento.
Resultados: Se ha completado la descripción del proceso y la representación gráfica en los nivels 1 y 2.
Nos encontramos en el desarrollo de los diagramas de flujo y establecimiento de indicadores para su posterior seguimiento.
Conclusiones:
1. El desarrollo de la gestión por procesos nos permite adoptar el modelo EFQM como referencia de evaluación y mejora.
2. La creación de grupos de trabajo fortalece la implicación de los profesionales en la mejora continua y refuerza el sentido de pertenencia.
3. La gestión por procesos nos permite a los profesionales tener una herramienta ágil y sencilla para abordar los problemas de salud con una visión centrada en el paciente.
4. Los indicadores nos permiten la monitorización del proceso para garantizar su adecuado cumplimiento y aseguramiento de la calidad día a día.
Contacto: Alfonso García
alfonso.garcía3@carm.es

P-284.- MAPA DE PROCESOS DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Santiago-García C, Martínez-García J, Barragan-Pérez A, Moreno-Valero M, Álvarez-Domínguez G, Fontcuberta-Martínez J.

Objetivos: Diseño y desarrollo de un sistema de gestión de procesos.
Definir los procesos y elaborar el mapa.
Metodología: Autoevaluación con metodología EFQM. Diseño y desarrollo de un sistema de gestión de procesos (Criterio 5), liderado por los directivos (Criterio 1), coherentes con la política y estrategia de la organización (Criterio 2). Se elaboró el mapa de procesos nivel 0 con la siguiente metodología:
1. Definición: Consensuar y compartir misión, visión y líneas estratégicas de la Organización.
El Equipo Directivo de la Gerencia de Atención Primaria elaboro un primer borrador que se traslada a sus profesionales a través de las vías habituales (Responsables de los Equipos: Coordinadores Médicos, Responsables de Enfermería, del Personal Administrativo y Responsables de Calidad), pidiéndoles aportaciones. Tras maduración y modificaciones dentro del Equipo Directivo se consensúa un documento. Se seguirá difundiendo y se irán incorporando las sugerencias de los miembros de la organización.
2. Identificación de los Procesos de la Organización.
En varias sesiones y reunidos el Equipo Directivo mediante "lluvia de ideas" se identifican los procesos que componen la estructura de la organización.
3. Clasificación de los procesos de la Organización. El mismo grupo de personas una vez listados los procesos, procede a clasificarlo en 3 tipos:
Clave u operativos: Son los procesos ligados directamente con la realización del producto y/o la prestación del servicio.
Estratégicos: Son aquellos procesos vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección y principalmente al largo plazo. Se refieren fundamentalmente a procesos de planificación y otros procesos que se consideran ligados a factores clave o estratégicos.
De Soporte: generalmente estructurales.
4. Agrupación en macroprocesos.
Resultados: Se elaboraron varios borradores del mapa de procesos nivel 0, fueron presentados a la Subdirección General de Calidad que, con su apoyo y el de un facilitador externo, ayudaron a perfilar y encajar los procesos en el mapa. Finalmente se dispone de un mapa de procesos de toda la organización, dinámico y actualizado. Finalmente, se han priorizado.
Conclusiones: La gestión por procesos es una herramienta útil para comprender la organización.
La clasificación de los procesos y la elaboración del mapa de la organización ayuda a la Gestión.
La implicación de todo el equipo directivo aporta un valor añadido: mejora la cohesión.
Contacto: Carmen Santiago García
carmen.santiago@carm.es

P-285.- FRENOS Y MOTORES EN LA GESTIÓN POR PROCESOS.
Gallego-Camiña I, Rabanal-Retolaza S, Guajardo-Remacha J, Castelo-Zas S, Chueca-Ajuria A, Domínguez-Fernández M.

Objetivo: Identificar los frenos que dificultan un correcto despliegue de la gestión por procesos y utilizar los motores como un instrumento facilitador de resultados.
Método: Técnicas cualitativas de consenso, a través de un grupo de trabajo compuesto por personas que trabajan en cada uno de los procesos abordados, con el apoyo y coordinación de la Unidad de Calidad del Hospital.
Resultados: 1. A lo largo de la planificación, despliegue, revisión y ajuste de la gestión por procesos nos hemos ido encontrando por el camino con frenos que han dificultado el buen desarrollo del abordaje de la metodología. 1a) Al tratarse de herramientas de gestión novedosas para muchos de los profesionales, ha requerido de un importante apoyo metodológico y formativo. 1b) La distancia de los trabajadores con la gestión, la resistencia al cambio y la necesaria implicación de la Dirección. 1c) Los sistemas de información aún no del todo informatizados, sumado a la necesidad de diseñar algunos registros ha requerido del apoyo de los servicios/productos informáticos. 1d) La gestión por procesos, en todas sus etapas aunque en especial en el inicio, requiere de mucha dedicación a formación y a reuniones. 1e) Relaciones laborales y clima laboral; reivindicaciones sindicales, relaciones interpersonales, falta de liderazgo, no-asunción de responsabilidades, enfrentamientos, presión asistencial. 2. A pesar de todo siempre hemos dispuesto de motores que han teniendo más fuerza. 2a) Aumento del grado de satisfacción e implicación del personal, aumentando el sentido de pertenencia, la motivación, el reconocimiento, la mejora del clima laboral, empowerment y participación en la gestión, la mejora del trabajo en equipo, el aprendizaje e innovación. 2b) Comunicación interna: aumento del grado de conocimiento de la organización, el despliegue de obje-

tivos, disminución de la distancia con la Dirección. 2c) Interacciones: ubicación en el hospital, gestión de las interacciones y sinergias. 2e) Mejora continua: cultura de registro de incidencias y análisis de causas, medición y toma de decisiones con datos objetivos.
Conclusiones: 1) Los motores han resultado tener más fuerza a la hora de abordar la gestión por procesos en el hospital, 2) Conociendo los frenos que nos vamos a encontrar en el camino, podemos establecer acciones preventivas. 3) Trabajar sobre los factores que ayudan a una implantación más satisfactoria nos puede ofrecer unas mayores garantías de éxito.
Contacto: Inés Gallego Camiña
igallego@hgda.osakidetza.net

P-286.- GESTIÓN POR PROCESOS, GESTIÓN DE CALIDAD.
Martí-Usón R, Blázquez-Jiménez M, Hernández-Saez S, Sánchez L, Giménez-Pérez R.

Objetivos: Desde que el centro empezó el camino hacia la calidad el sistema de gestión siempre ha sido el mismo, la gestión por procesos. Ello ha permitido poder seccionar su actividad principal "prestación de servicios sanitarios" en múltiples actividades que conforman el proceso desde que el paciente contacta con el centro hasta que recibe la asistencia solicitada.
Métodos: En primer lugar se desarrolló un "mapa de procesos" que diferencia los procesos claves (7) de los procesos de apoyo (7). Entendemos por procesos clave aquellos en los que se entra en contacto con el paciente y como procesos de apoyo aquellos que, aún no teniendo contacto directo con el paciente, son imprescindibles para que los clave se lleven a cabo.
Una vez definidos los procesos, éstos son documentados a través de procedimientos, instrucciones de trabajo y registros, con el fin de especificar todo aquello que se lleva a cabo cuando un paciente entra en cualquiera de ellos. Esta documentación es revisada periódicamente por los responsables de cada proceso, incorporando los cambios requeridos y sometiéndolo a aprobación a los miembros del Comité de Calidad. Una vez aprobada, es publicada a través de un sistema informático y comunicada al personal del centro.
Por último, para comprobar que nuestros procesos funcionaban correctamente, establecimos unos indicadores de calidad que nos permiten conocer de manera frecuente la evolución y desarrollo de nuestros procesos.
Resultados: Gestionar por procesos nos ha permitido definir las actividades que se llevan a cabo en cada proceso desde que el paciente entra hasta que sale. Nos ha proporcionado la posibilidad de especificar y estandarizar estas actividades, asegurándonos de que se realicen siempre de la misma manera, independientemente del personal que se encuentre; Nos ha permitido establecer un control sobre la documentación y actualizarla en tiempo real, proporcionando así una información actualizada al personal del centro.
Conclusiones: Con la implantación de este sistema de gestión nos hemos anticipado a situaciones futuras y hemos podido actuar mediante acciones correctivas gracias a los indicadores de calidad de cada uno de los procesos, pues a través de sus mediciones periódicas hemos obtenido capacidad de actuación a priori, durante el proceso y no sobre el resultado final, en nuestro caso, la prestación del servicio sanitario. Sin duda, una gestión por procesos, es una gestión de calidad.
Contacto: Mª José Blázquez Jiménez
calidad.val@quiron.es

P-287.- MAPA DE PROCESOS DE UN HOSPITAL: ELABORACIÓN DEL DIAGRAMA NIVEL 1 DE CONSULTAS EXTERNAS.
Alcaraz J, Ros J, Rueda ML, Guarnizo E, Aguiran L, Paredes A.

Mapa de Procesos de un Hospital: Elaboración del diagrama nivel 1 de Consultas Externas.
Objetivos: El objetivo es la realización del mapa de procesos de Consultas Externas de nuestro Hospital. Este es un objetivo previo para la mejora de los procesos asistenciales que se dan en las mismas.
Metodología: Durante el primer trimestre de este año y tras la realización de unas Jornadas de formación en metodología IDEF0 y diseño de procesos, se revisó el mapa de procesos nivel 0 del Hospital. Posteriormente se escogió el subproceso "Consultas Externas" para su desarrollo. El trabajo se ha desarrollado en sesiones de diseño individual y puesta en común y discusión por las direcciones de Gerencia, Médica, de Enfermería, de Gestión y el coordinador de Calidad. Posteriormente se ha realizado la exposición de la propuesta de mapa de procesos ante el resto de directivas de Hospitales de la Región y el formador en Procesos, con objeto de recibir aportaciones para el diseño definitivo.
Resultados: Se ha definido la misión del proceso, identificando los límites iniciales y finales, la identificación de actividades, así como los clientes y proveedores del mismo.
Se ha dibujado el diagrama nivel 1 siguiendo la metodología IDEF0.
Así mismo se han definido los indicadores que permitirán, mediante su medida, darnos una información sobre el desarrollo del proceso. En cada uno de ellos se han incluido origen de datos, formula de cálculo, responsable, nivel de cumplimentación recomendable, periodicidad y fecha de revisión
Conclusiones: Se ha elaborado el diagrama nivel 1 de consultas externas, dentro de la implantación de la gestión por procesos en el Hospital
Contacto: Julián Alcaraz Martínez
julian.alcaraz2@carm.es

P-288.- DISEÑO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN A TERCEROS EN UN HOSPITAL.
Egea-Romero MD, Díaz-Hernández JM, Montesinos-Urban VJ, Fernández-Pérez TS.

Objetivos: Mejorar el proceso de facturación a terceros, como una forma de contribuir a la recuperación parcial de los recursos invertidos en la asistencia de determinados pacientes por el sistema sanitario público.
Métodos: En la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad Autónoma se ha optado por la implantación de un Modelo de Calidad Total EFQM. Tras la autoevaluación efectuada por los equipos directivos de todas las gerencias del sistema sanitario público, se detectó la necesidad de potenciar la gestión por procesos, para mejorar la calidad y se nos ha proporcionado formación específica para que podamos diseñar los procesos relevantes dentro de nuestra organización.
Realizamos el mapa de procesos nivel 0 del hospital, en el que se identificaba como proceso de apoyo la facturación.
Se formó un grupo de trabajo constituido por el equipo directivo y la persona designada como responsable del proceso de facturación a terceros, en el que se analizó el proceso con la metodología IDEF.
Resultados: En las reuniones se definieron la misión del proceso, sus límites, los elementos del entorno afectados y los subprocesos en que se descompone: Recoger la información y documentación pertinente; clasificar según tipo de financiación; verificar consistencia, fiabilidad y veracidad de los datos; completar datos; emitir factura; enviar factura al obligado al pago y a los servicios centrales del Servicio Murciano de Salud; comprobar periódicamente que se han cobrado las facturas emitidas.
Se ha realizado la representación gráfica, el mapa de proceso nivel 1 y la descripción completa del proceso identificando sus proveedores, entradas, requisitos, clientes y sus necesidades, salidas, así como los indicadores relevantes para comprobar que se cumplía adecuadamente la misión del proceso.
Conclusiones:
1) La reflexión necesaria para la descripción de los procesos asegura una mejor identificación de la razón de ser del proceso y las actividades en que se descompone, y también de su relación con otros procesos, contribuyendo a la comprensión global de la organización.
2) El diseño de procesos contribuye a conocer los puntos críticos, y eliminar aquellas actividades que no aportan valor para mejorar la calidad del proceso o la satisfacción de los clientes.
Contacto: Mª Dolores Egea Romero
mdolores.egea2@carm.es

P-289.- GESTIÓN DEL PROCESO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN UN HOSPITAL COMARCAL SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM.
Valiente P, García A, Calvo E, Rojas MJ, Soriano P, Albarracín M.

Objetivo: Desarrollar la gestión por procesos como proyecto de mejora continua en nuestro hospital.

Metodología: Se ha elegido el proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y se han constituido grupos de trabajo formados por profesionales implicados en esta área.
Se estableció un cronograma de trabajo y se desarrolló la siguiente metodología:
1. Descripción del proceso (misión, objetivo, destinatarios y expectativas, proveedores y requisitos, límites, subprocesos)
2. Representación gráfica (entradas y salidas, guías y recursos, diagramas nivel 1, diagramas nivel 2 y diagramas de flujo)
3. Elaboración de procedimientos y establecimiento de indicadores que permitan el seguimiento.
Resultados:
Se ha completado la descripción del proceso.
Se han realizado los diagramas, completando la representación gráfica en los nivels 1 y 2.
Se han desplegado los diagramas de flujo asociados a su procedimiento y se han establecido indicadores de medida para control y seguimiento.
Conclusiones:
1. La gestión por procesos nos permite planificar, controlar y mejorar nuestra actividad diaria, mejorando la calidad asistencial en beneficio de nuestros pacientes.
2. La representación de un proceso permite de forma clara un mayor conocimiento y optimización de los recursos humanos y materiales disponibles.
Contacto: Francisco Valiente Borrego
francisco.valiente@carm.es

P-290.- APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS AL PLAN DE EXCELENCIA DEL HOSPITAL.
Martínez-Ochoa E, Valle-Bernard R, García-Rodríguez J, López-Maza R, Garrido-Gómez JC, Roiz-Mesones MP.

Objetivos: En la segunda autoevaluación EFQM realizada en el Hospital, la primera área de mejora priorizada fue "Aplicar metodologías de gestión por procesos a la organización".
Los objetivos fueron:
1- Elaboración del Mapa de Procesos del Hospital.
2- Aplicación del Mapa de Procesos al Plan de Excelencia.
3- Implicación de todas las personas de la organización en el camino hacia la Excelencia.
Métodos: Para la definición de los procesos de la organización y la elaboración del Mapa de procesos se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, de 9 personas con conocimientos previos en gestión por procesos, que elaboraron un borrador, siguiendo las directrices de la misión, visión y valores del hospital.
La aprobación del Mapa de Procesos se desarrolló en fases:
1- Ejercicio de consenso con el equipo directivo.
2- Envío del borrador del mapa a través de carta personalizada a todos los mandos intermedios del hospital, solicitándoles aportaciones y sugerencias en los procesos en los que estuvieran implicados.
3- Difusión del borrador del Mapa vía Intranet con invitación a emitir sugerencias para todo el personal del centro.
4- Nuevo ejercicio de consenso con el equipo directivo.
Para la elaboración del Plan de Excelencia se incluyeron todos los objetivos del Hospital (Contrato de Gestión, Autoevaluación EFQM, Singulares y Auditoría Docente) en cada uno de los procesos y subprocesos del Mapa, asignando propietario, indicadores y cronograma para cada objetivo.
Resultados:
1- Con las aportaciones recibidas se aprueba el primer Mapa de Procesos del Hospital compuesto por 15 procesos y 88 subprocesos:
- Procesos estratégicos: Relaciones Externas, Gestión de la Información, Gestión estratégica, Gestión de la Calidad, I+D+I, Sostenibilidad.
- Procesos clave: Admisión, Atención al cliente, Proceso asistencial, Procesos de apoyo clínico, Gestión de altas y derivaciones.
- Procesos de soporte: Servicios Generales, Gestión Económico-Administrativa, Gestión de Instalaciones, Gestión de las Personas.
2- La matriz del Plan de Excelencia está compuesta por 95 objetivos; corresponden a Procesos Estratégicos 47, Procesos Clave 30 y Procesos de Soporte 18. De cada objetivo se realizó una ficha de seguimiento.
3- Presentación del Mapa y Plan de Excelencia a todo el personal.
Conclusiones: La aplicación del Mapa de Procesos al Plan de Excelencia ha permitido desarrollar todos los objetivos en los que el Hospital está trabajando, contando con la implicación activa del personal hacia el camino de la excelencia.
Contacto: Ana Rosa Díaz Mendi
adiaz@hsll.scsalud.es

P-291.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN ANDALUCÍA.
Santamaría-Carmona S, Morales-Reyes M, García-Cubillo M, Morales-Torres JL, Fernández-Sierra MA, Sordo- del Castillo L.

Objetivo: describir la metodología de evaluación de las Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales instaurados en un hospital de tercer nivel de referencia de varios distritos sanitarios en Andalucía.
Métodos: utilizamos el muestreo de aceptación de lotes (LQAS), basado en la distribución binomial, usando tamaños maestrales reducidos. En nuestro caso extraemos una muestra aleatoria de 19 historias clínicas (y 19 de reserva) y contamos el número de casos en los que el requisito de calidad no se cumple. La variable que se evalúa sólo puede tener 2 valores posibles, acierto o fallo. Definimos previamente los criterios de aceptación y rechazo del indicador a evaluar y el número mínimo de criterios aceptados para darlo por válido. Fuentes de información: fundamental Conjunto Mínimo Básico de Datos y otras fuentes adicionales. Para cada proceso se evalúan las normas de calidad procedentes del Contrato-Programa del Servicio Andaluz de Salud y algunos indicadores adicionales tanto en práctica médica como enfermera. Previamente se realiza identificación de criterios, construcción de indicadores y se establece el circuito de recogida de información. Tras la evaluación se recogen las dificultades encontradas, comentarios y propuestas de interés, grupo evaluador y se exponen los resultados en una tabla. La puntuación obtenida se valora en función del porcentaje alcanzado de cumplimiento en la muestra de 19 historias: a un nivel de cumplimiento del 85% (0 Fallos), corresponden 10 puntos, si es mayor o igual del 70% (1 - 2 Fallos) corresponden 8 puntos, si es mayor o igual del 50% (3 - 6 Fallos) serían 4 puntos y menor del 50 % (más de 6 Fallos) le corresponden 0 puntos.
Resultados: se obtiene una tabla de resultados por cada proceso, con una puntuación específica tanto en práctica médica como enfermera.
Conclusiones: con los resultados obtenidos podemos hacer comparaciones de cada proceso a lo largo de los distintos años evaluados y ver el grado de implantación de los mismos, hacer propuestas para su mejora e incluso hacer comparaciones con otros centros.
Contacto: Marina Morales Reyes
marinamoralesreyes@hotmail.com

P-292.- ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA MEDIANTE EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.
Tomás-García N, Coy-Fuster L, Fernández-Ramos I.

Objetivos: El trabajo que se presenta se refiere a la implantación de la gestión por procesos basadas en el modelo EFQM de una unidad de media estancia de un Hospital Psiquiátrico.
Métodos: El modelo EFQM se basa en la determinación de los resultados que se quieren obtener y a partir de ellos planificar y desarrollar el objetivo propuesto.
Resultados: Dentro de este modulo,estaría definido proceso como la secuencia de actividades en las que intervienen personas,materiales,energía y equipamiento de forma lógica para obtener el objetivo planeado en la misión de la unidad.En esta presentación se expone el desarrollo de los niveles 0,1 y 2 de la gestión de la Unidad de Media Estancia de acuerdo con este modelo.
Conclusiones: Esta experiencia nos ha permitido mejorar la gestión funcional de la unidad,en cuanto a conocimiento,interacción,competencia e implicación de los profesionales y de los resultados obtenidos en pacientes,familiares y sociedad.
Contacto: Nuria Tomás García
tmgr1970@yahoo.es

P-293.- GESTIÓN POR PROCESOS.
Vaquero S.

Introducción: Los sistemas de Gestión por Procesos, permiten Planificar, Desarrollar, Controlar y Mejorar, en todo momento el trabajo desarrollado en unidades asistenciales.

Objetivo: evaluar el control en todo momento de la actividad desarrollada en la unidad a través de indicadores, implantar acciones correctivas a las no conformidades detectadas y proponer acciones de mejora, todo ello orientado al cliente-paciente.
Métodos: Implantación del modelo ISO 9001-2000 de la gestión por procesos en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
1º- Planificación de que hacer, para que hacerlo, para quién hacerlo, el como hacerlo y quién lo hace.
2º- Desarrollo de lo planificado.
3º- Control de si lo que se hace es lo que se tiene que hacer, son las actividades conformes , se realiza un seguimiento del proceso a través de datos de actividad, indicadores, grado de cumplimiento de objetivos , revisión por la dirección.
4º- Actuación según los resultados obtenidos, para ello se instauran acciones correctivas y se proponen acciones de mejora.
Resultados: Hemos obtenido un incremento en el flujo de pacientes (31 %), una mejora en la información recibida (0,01 %), en la atención asistencial (0,03 %) y un aumento en la satisfacción del paciente (1,21%).
Conclusiones: Con la sistemática de trabajo a través de la Gestión de Procesos, se consigue mejorar los resultados de las unidades, aumentando su eficacia y efectividad.
Contacto: Sylvia Vaquero Galán
svaquero@fhcalahorra.com

P-294.- MAPA DE PROCESOS DEL SUMMA 112.
Fernández-Campos MJ, Huerta A, Muñoz R.

Objetivo: El SUMMA 112, nace de la conjunción de dos servicios sanitarios que ofrecían asistencia urgente y de emergencia en la Comunidad de Madrid, el 061 y el SERCAM, siendo en la actualidad el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid, teniendo asignada la misión de la asistencia sanitaria a las Urgencias, Emergencias, Catástrofes y situaciones especiales en la Comunidad Autónoma de Madrid. Además, es referente en la coordinación funcional entre los distintos niveles asistenciales.
Métodos: El enfoque de la gestión de procesos en el SUMMA 112 se orienta a la revisión sistemática y continua de todos los procesos de la organización para:
- Identificarlos
- Establecer misión
- Describir elementos básicos y restricciones
- Representarlos gráficamente o por otros medios
- Medir sus características
- Someterlos a seguimiento y mejora con el objetivo de eliminar deficiencias crónicas, determinar sus causas e implantar medidas correctoras.
Resultados: El SUMMA 112 ha determinado cuáles son sus procesos, los ha clasificado y ha establecido sus interacciones en un mapa de procesos.
PROCESOS ESTRATÉGICOS: 1, 30, 31
PROCESOS CLAVE: 2-9
PROCESOS DE SOPORTE: 10-29
Conclusiones: Una buena gestión de procesos produce solamente beneficios a corto plazo (seis a veinticuatro meses) a menos que todas las estructuras y sistemas de gestión estén alineados para apoyar el desempeño de los mismos.
Contacto: Raúl Muñoz Romo
rmunozr.summa@salud.madrid.org

P-295.- ABORDAJE DE LA COMUNICACIÓN INTERNA MEDIANTE POSTULADOS EFQM Y MAPA DE PROCESOS.
Vicente-López JC, Pacheco-Guevara R, Sánchez-Álvarez MM, Martínez-Escandell R, Ferrandez-Cámara MJ, Soler-García R.

Objetivos:
1. Estructurar la comunicación interna en el Hospital, con herramientas EFQM (Mapa de Procesos).
2. Adecuar el funcionamiento de la Unidad Técnica de Comunicación (UTC) del Hospital a los modelos de Mapa de Procesos.
3. Establecer los orígenes de los contenidos que animan la comunicación interna en un centro hospitalario, identificando los suministradores de los contenidos y sus diferentes tipos y clases.
4. Determinar los flujos verticales y horizontales de la comunicación en el interior de la organización.
5. Confeccionar los procedimientos de elaboración y transmisión de la información generada a través de los diferentes canales y soportes.
Metodología:
1. Encuesta realizada al personal del Centro para conocer el estado de la comunicación formal interna, así como la imagen que se tiene de ella por parte de los trabajadores.
2. Reuniones periódicas, impulsadas por la UTC, con los diferentes estamentos del Hospital, para detectar las necesidades, demandas y concepto de la comunicación interna.
3. Reunión Equipo de Preparación del Mapa de Procesos de la Comunicación Interna.
4. Análisis DAFO institucional.
Resultados:
1. Se han determinado quienes son los proveedores de contenidos de la comunicación interna, segmentados por estamentos:
a) Profesionales del Centro (Junta Facultativa, Equipo Directivo, Comisiones Clínicas/Comités, Servicios, Secciones y Unidades, Sindicatos).
b) Entorno Social: medios de comunicación, instituciones sociales y pacientes.
c) Entorno corporativo: Comunidad Autónoma, Consejería de Sanidad y Servicio Regional de Salud.
2. Se han obtenido los requisitos que validan los contenidos de la comunicación interna por cada uno de estos estamentos.
3. Determinación de las necesidades referidas a la comunicación interna de cada uno de los estamentos, así como las expresiones concretas (canales y formas de comunicación) a través de las cuales dar satisfacción a esas necesidades.
4. Establecimiento de los indicadores y guías para el seguimiento de la comunicación interna.
Conclusiones:
1. El Mapa de procesos de la comunicación interna, como herramienta EFQM, permite un desarrollo del entorno de la comunicación interna, con parámetros de calidad y mejora continua.
2. La UTC es el soporte adecuado para vehiculizar y dinamizar la comunicación interna.
3. La comunicación interna ayuda a la consecución de una organización participativa, cohesionada y enfocada a los logros y objetivos estratégicos, y valores y principios que determinan la cultura propia de la institución.
Contacto: José Carlos Vicente López
josec.vicente@carm.es

P-296.- DE LA GESTIÓN POR PROCESOS A LA CERTIFICACIÓN ISO EN ATENCIÓN AL USUARIO DE L'HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET.
Tejero P, Mompó C, Sales E, Casademont J.

Objetivo: Describir los beneficios que aporta la implantación de requisitos ISO en los procesos de la Unidad de Atención al Usuario puestos en control dentro del marco del Sistema de gestión por procesos en un hospital de agudos.
Metodología: Puesta en control de los procesos Voz cliente, Gestionar satisfacción del usuario, Atender usuarios.
Detección de los requisitos ISO 9001/2000 no cumplidos.
Incorporación de acciones de mejora para cumplir los requisitos.
Evaluación de las mejoras obtenidas.
Resultados: Previo a la gestión por proceso:
- Objetivos de la unidad, derivados de la planificación estratégica del centro.
- Indicadores de cantidad e iniciación en indicadores de cualidad.
- Protocolos y procedimientos de intervención.
GPP:
- Sistemática de revisiones de acciones de mejora y resultados.
- Análisis periódico del estado de los procesos con el personal del área.
- Sentimiento de pertenencia a un nuevo método de trabajo con el resto de procesos de la organización.
- Permite tener una visión en profundidad de cada proceso.
- Incorporar como acciones de mejora las derivadas de diferentes fuentes (ISO, Pla de Salut, acreditación, análisis de los usuarios del proceso, etc.).
ISO:
- Documentación actualizada e interrelacionada, documentación codificada y controlada.
- Definición de puestos de trabajo y evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos.

- Reafirmar la definición de acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos.
- Reafirmar la revisión de los resultados de los procesos por la dirección.
- Permite tener una visión global de la Unidad.
- Trazabilidad entre líneas estratégicas del centro, factores críticos de éxito, objetivos e indicadores de los procesos.
- Retroalimentación desde las no conformidades a las acciones de mejoras.
- Incorporación de la opinión de los clientes (externos o internos) en la planificación de objetivos.

Conclusiones: El establecimiento de una dinámica de gestión de calidad como la gestión por proceso y la certificación ISO, hace que toda la unidad tenga un compromiso con la mejora continua y que esta se tenga totalmente integrada en su trabajo diario.
La gestión por procesos prevé la mayoría de los requisitos establecidos por la norma ISO. Nuestra experiencia nos muestra las dificultades para el cumplimiento de algunos de estos requisitos. La necesidad de una auditoria externa para conseguir la certificación supone un compromiso mucho mayor que obliga al cumplimiento de dichos requisitos.

Contacto: Palmira Tejero Cabello
palmira.tejero@sanitatintegral.org

P-297.- CALIDAD EN EL ALUMBRADO DE EDIFICIOS SOCIOSANITARIOS EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EUROPEO GREENLIGHT.

García-Sanz J,. Díaz-Maldonado E, García-Fernández J, Rubio-Solano B, Tomé-Pérez A, Vega-Dionisio P.

Objetivos: El Programa Greenlight es una marca de calidad con reconocimiento a nivel nacional y europeo por su contribución a la reducción de emisiones de CO2 que proporciona la Comisión Europea, mediante placas de reconocimiento, uso exclusivo de logo, participación en premios y campañas de comunicación a nivel europeo, acreditando así la eficiencia energética del edificio al que se le conceda.
Métodos: En el sector de edificios no residenciales, la iluminación tiene un impacto significativo en el Medio Ambiente, al suponer cerca del 40 % de su consumo eléctrico, y según estudios realizados por la Comisión Europea, existe un potencial de ahorro en iluminación, estimado entre un 30-50 %, invirtiendo en sistemas de iluminación eficientes.
Derivado de lo anterior, y ante las posibilidades reales de conseguir un ahorro energético sustancial, el Servicio Extremeño de Salud inicia en el año 2004 una política de eficiencia energética, cuyos objetivos pasan por reducir el impacto ambiental asociado a la utilización de las diferentes fuentes energéticas.
El Servicio Extremeño de Salud se adhirió al Programa a finales del año 2004; con el objetivo de reducir los consumos energéticos a través de la iluminación consiguiendo disminuir la emisión de CO2 así como conseguir una iluminación de calidad en sus centros.
Como principales medidas empleadas, se han utilizado fuentes de luz de alta eficacia, fotosensores, sensores de presencia, temporizadores, aprovechamiento de la luz natural, y la sustitución de reactancias electromagnéticas por balastos electrónicos.
Resultados: Bajo las anteriores premisas, se han conseguido un ahorro medio de un 33% en los edificios donde se realizan los trabajos, siendo el periodo de retorno de la inversión inicial menor a tres años, implementando en los centros de nueva construcción las conclusiones de las actuaciones realizadas, logrando una importante mejora en la condiciones de trabajo de profesionales sanitarios.
Como reconocimiento a la contribución a la protección del Medio Ambiente y a la reducción del consumo energético en iluminación, el Servicio Extremeño de Salud ha sido ganador de la III Edición de los Premios Anuales del Programa Greeenligth, concedidos por la Comisión Europea.
Conclusiones: La implementación de medidas de eficiencia energética repercute directamente en la calidad asistencial

Contacto: Justo García Sanz-calcedo
justo.García@ses.juntaex.es

P-298.- ANÁLISIS ESTACIONAL Y DE ACTIVIDAD DE CONSUMOS EN PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL EMAS SANITARIOS.

González R, Arrechea R, Ascaso J, Dewisme M, Emparan C.

Introducción: el sistema de gestión ambiental EMAS en un modelo hospitalario trata de optimizar los consumos de recursos ambientales críticos (agua, electricidad, gas, gasóleo) dentro de los parámetros de actividad inherentes a los sistemas sanitarios.
Objetivo: analizar si los consumos de agua, electricidad y gasóleo están relacionados con variaciones estacionales (calefacción, aire acondicionado) o de actividad (producción hospitalaria en UCH, o niveles de ocupación de camas hospitalarias y uso de consultas).
Material y Métodos: desde Enero 2003 hasta Mayo de 2006 se han analizado los consumos de elementos energéticos ambientales con seguimiento mensual, al mismo tiempo que se recogía la actividad hospitalaria por UCHs. Todos los parámetros se analizaron estadísticamente para valorar mediante análisis multivariante la relación entre consumos y época del año, y/o actividad hospitalaria. Asimismo se analizó mediante un modelo DEA la eficiencia de recursos naturales empleados en la actividad sanitaria.
Resultados: el consumo de agua sigue un claro patrón estacional con mayores consumos en los meses de verano, aunque se ha visto progresivamente optimizado con la inclusión de xerojardines, y sistemas de ahorro de agua. El consumo de gasóleo se ve asimismo afectado por la estacionalidad invernal, así como el de electricidad (aire acondicionado) por el verano. No obstante todos los elementos analizados se vieron significativamente influidos ($p< 0,05$) por la producción global del hospital, así como por el número de camas hospitalarias utilizadas.
Conclusiones: El consumo de recursos energéticos y ambientales se ve incrementado de forma relacional con el incremento de actividad, y de forma más estrecha con la estacionalidad.

Contacto: Carlos Emparan García de Salazar
cemparan@fhcalahorra.com

P-299.- ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y PRODUCCIÓN DE RESIDUOS EN PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL EMAS SANITARIOS.

Dewisme M, Antoñanzas MP, Muñoz I, Garnica J, Emparan C.

Introducción: los programas de gestión ambiental EMAS analizan el impacto de la actividad hospitalaria con el entorno ambiental. En los hospitales juega un papel primordial la producción de residuos en relación con la actividad hospitalaria realizada.
Material y Métodos: desde el año 2003 se han analizado la producción de residuos ambientales (Tipos I-II urbanos no peligrosos, y tipos III-IV urbanos peligrosos)) con seguimiento mensual, al mismo tiempo que se recogía la actividad hospitalaria por UCHs. Estos parámetros se analizaron estadísticamente para valorar mediante análisis multivariante la relación entre consumos y época del año, y/o actividad hospitalaria. Asimismo se analizó mediante un modelo DEA la eficiencia en la gestión de productos ambientales utilizados en la actividad sanitaria.
Resultados: a pesar de que la producción neta de residuos se ha ido incrementado progresivamente en los últimos años, la producción de los mismos no ha superado los objetivos establecidos en relación con la actividad hospitalaria en UCHs. Todos los tipos de residuos han sido mejor gestionados si consideramos el grado de complejidad inherente a los procesos hospitalarios. El análisis de congestión en eficiencia de gestión de residuos demuestra que el tipo I ha conseguido mejorar significativamente a pesar de un incremento de un 80% en la actividad asistencial entre el 2003-06. Los residuos tipo III y IV no consiguieron optimizarse de forma tan relevante, al demostrarse un importante vínculo entre actividad-complejidad hospitalaria y la producción de este tipo de residuos.
Conclusiones: la gestión de residuos va asociada a la actividad hospitalaria de forma directa y su impacto puede ser minimizado con un adecuado sistema de gestión de residuos hospitalarios que enfoque especialmente a los residuos sanitarios urbanos no peligrosos.

Contacto: María Dewisme Prados
mdewisme@fhcalahorra.com

P-300.- VOLUNTARIADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SEVET: 15 AÑOS DE ACTIVIDAD COORDINADA POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR.

Marco M, Vela ML, Blecua MJ, Abad R, García-Mata JM.

Desde hace más de 15 años, en el Hospital Universitario Miguel Servet existen programas de voluntariado. En esto momento colaboran 10 ONGs con una cartera de más de 200 voluntarios
Para la puesta en marcha de programas y coordinación, se puso en marcha un grupo de trabajo constituido por profesionales de diferentes estamentos y áreas de actuación, y con participación voluntaria; desde

el mismo se normalizó la entrada y prestación de voluntarios en el Hospital Universitario Miguel Servet
- Todo el voluntariado del Hospital ha de estar integrado en una ONGs, no permitiendo el voluntariado individual. A todos los voluntarios se les facilita identificación.
- Necesidad de formación e información previa, tanto desde la propia ONG como desde el Hospital.
- Reparto de responsabilidades: cada componente del grupo se responsabiliza de coordinar diferentes programas y organizaciones.
- Potenciar la inter-relación entre las diferentes ONGs
- Impulsar actividades de reconocimiento hacia los voluntarios
- Cada año se marcan nuevos objetivos a desarrollar

Los objetivos del año 2005-2006 han sido:
A) Adecuación de un espacio para todas las organizaciones que actúan en el hospital infantil, de forma que todos los días de la semana (mañana y tarde), excepto 20 días del mes de agosto, los niños ingresados cuentan actividades lúdicas y apoyo de voluntariado. En estos momentos comparten un mismo espacio organizando el tiempo, y las actividades tres ONGs
B) Análisis de los diferentes tipos de enfermos (ancianos, oncología , niños, lesionados medulares, etc) / por programa de voluntariado, con el fin de incidir y programas nuevas actividades en aquellos tipos de enfermos con menos atención de voluntarios.
Conclusiones: La existencia de un grupo de trabajo formado por profesionales de diferentes áreas de competencia ha sido el motor, impulso y mantenimiento de los programas de voluntariado en el Hospital; haciendo posible la actuación armónica de las diferentes ONG en un mismo espacio y actuando sobre los mismos enfermos.
De un primer análisis de la situación, se concluye la conveniencia de poner en marcha programas enfocados al anciano.
Contacto: Mª Monlora Marco Arbues
mmmarco@salud.aragon.es

P-301.- BIOSEGURIDAD EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
Castillo C, Sánchez F, Ródenas V, Andrés J, Valdés F.

Introducción y objetivo: Las políticas de mejora de la calidad enfocadas a promover la cultura de la seguridad se deben extender a todos los niveles de la atención sanitaria. En relación a la extracción de sangre la seguridad debe dirigirse tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y al entorno. El objetivo de este trabajo fue investigar, como paso previo a posteriores programas educacionales, el nivel de conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la prevención de riesgos en la extracción sanguínea.
Materiales y métodos: La población evaluada fue todo el personal de enfermería del Área V de Salud de la Región de Murcia. El estudio se realizó por medio de un cuestionario de 20 preguntas con respuestas múltiples: 7 preguntas sobre temas generales de prevención de riesgos, 9 sobre extracción sanguínea, y 4 sobre la opinión de los profesionales acerca de algunos procedimientos de prevención. Como datos personales se solicitaron los años de experiencia profesional y el puesto de trabajo. En las preguntas de conocimiento se cuantificaron los porcentajes de aciertos, y en la valoración de los procedimientos se calculó un índice de importancia que varía entre 1-3 (poco importante-muy importante).
Resultados: De un total de 180 cuestionarios enviados se recibieron 100 (56%). La media de experiencia profesional de los participantes fue de 14 años. Un 86% de los cuestionarios tuvo un porcentaje de aciertos mayor o igual al 50%, pero sólo un 34% tuvo más de un 70% de aciertos. En dos preguntas, las que trataban sobre la actuación inmediata frente a una lesión percutánea y la utilización adecuada de los guantes no estériles, la respuesta correcta no fue la más señalada. La valoración de los procedimientos tuvo un índice medio de 2,6; siendo el más valorado (2,9), el de no reencapuchar las agujas, y el menos valorado (2,2), el uso de los portatubos desechables. La falta de tiempo fue considerada la causa más importante de que los protocolos de prevención no siempre se cumplan.
Conclusiones: La enfermería es el sector de profesionales sanitarios con mayor riesgo y, por tanto, valora muy positivamente todos los temas de prevención. No obstante, la falta de conocimientos, en algunos casos, y de tiempo, en la mayoría, impiden la realización de unas prácticas laborales adecuadas. Los protocolos y materiales más seguros no serán eficaces si el personal que los tiene que utilizar no dispone de unos programas de educación continuada y unas condiciones laborales apropiadas.
Contacto: Carmen Castillo Gómez
carmen.castillo@carm.es

P-302.- ACTUACIÓN ANTE DERRAMES Y VERTIDOS DE CITOSTÁTICOS.
Diego C, Flores G, Hoyos I, Maruri MJ, Horna R, Sampedro I.

Objetivo: Elaboración del protocolo de actuación ante derrames y vertidos de citostáticos para el personal del Hospital de día de nuestro Centro.
Métodos: Fijar responsables voluntarios del proceso. Actualizar tras revisión bibliográfica y con el asesoramiento de los técnicos del servicio de prevención de riesgos laborales, el esquema de requerimientos generales. Decisión consensuada del resto de los profesionales implicados para adaptar la generalidad a la realidad concreta del servicio, describiendo las tareas de cada persona paso a paso. Reunión de aprobación y puesta en marcha.
Resultados: Siempre se encuentran accesibles y disponibles para su uso en caso de necesidad dos cajas con dos equipos completos de protección cada una. El equipo protector está constituido por: A- Material necesario (gafas de seguridad, dos pares de guantes quirúrgicos de látex o guantes de doble grosor, dos batas de baja permeabilidad desechables, calzas, material absorbente, 2 bolsas para residuos tóxicos, 6 Mascarillas de seguridad de protección respiratoria, contenedor de objetos cortantes y paleta y escobilla) y B.-Hoja informativa, con las instrucciones de actuación, para evitar la formación de aerosoles y actuar con rapidez y sin crear alarma, que deben realizar específicamente la persona que detecta el derrame, el resto de personal de área, los administrativos y celador, así como el equipo de limpieza. Si el vertido ha permanecido en el área más de 15 minutos sin ser recogido, se trasladan los pacientes. Tras la limpieza y una vez ventilada la zona al menos 30 minutos, se vuelve a habilitar el área afectada. La supervisora comunica el vertido a la dirección de Gestión y al servicio de PRL una vez resuelto, según documento oficial existente. Se realiza además un registro de incidencias en el libro de la Unidad (fecha, fármaco, personal afectado, incidencias a corregir)
Conclusiones: La experiencia del servicio a la hora de asegurar una actuación correcta ante un derrame de fármacos con riesgo potencial para trabajadores y pacientes ha demostrado que además de la redacción de un documento general de "Procedimiento de trabajo seguro en la administración IV de citostáticos", y la existencia del material necesario, es una actividad esencial la elaboración entre todos de un documento para "determinar la función concreta que debe desempeñar cada trabajador ante una fuga o derrame accidental" y la existencia de un registro.
Contacto: Isabel Sampedro García
hadsgi@humv.es

P-303.- ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DE ÁMBITO SANITARIO EN EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (PLAN PERSEO).
Ruiz AJ, Sanz F, Gómez C, Gutiérrez R, Larios D, Peñalver R.

El Servicio de Salud de Castilla- La Mancha (SESCAM) a través de su Plan General de Prevención y su Servicio de Prevención Propio, ha sido pionero al implantar el Plan de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio (Plan Perseo) abordar el problema de la violencia en el lugar de trabajo.
1. PREVENIR riesgos, agresiones y actos de violencia.
2. PROTEGER a profesionales, usuarios, bienes y servicios del SESCAM.
3. GARANTIZAR asistencia sanitaria, letrada y estudio del incidente.

Metodología: Ámbito actuación: trabajadores, usuarios, estructuras y bienes del SESCAM.
Mediante Normas, Procedimientos y estructuras de seguimiento y control:
• Estructura organizativa multidisciplinar de seguridad integral e integrada en Servicios centrales y gerencias.
• Registro informatizado y mapa de riesgos para planificar estrategias de prevención.
• Plan de comunicación.
• Plan de formación a trabajadores, directivos y representantes sindicales: comunicación, conflictos, control del estrés, contención mecánica, planes de autoprotección...
• Dotación de equipos de protección, sistemas de vigilancia activa y pasiva,...

• Procedimientos de asistencia médica y letrada.
• Procedimientos de resolución de conflictos a través de la mediación
• Coordinación y colaboración con ayudas exteriores (Delegación de Gobierno).
• Procedimientos y normas de seguridad.
Resultados: Creación de la Comisión Gestora de Seguridad.
Elaboración del Plan e implantación de Procedimientos: Mediación con usuarios y de trabajadores. Asistencia letrada. Asistencia médica...
Presentación a responsables, sindicatos y medios de comunicación.
Reconocimiento de los tribunales como delito de atentado contra funcionario público.
Creación de una cultura de rechazo frente a cualquier acto de violencia.
Inclusión en el Contrato de Gestión entre la Consejería de Sanidad y el Servicio de Salud.
Reconocimiento del Plan: Gobierno de Murcia, forenses, fiscalía, Universidad,...
Conclusión: La Prevención frente a la violencia en un Servicio de Salud, dada su complejidad, tiene más posibilidades de éxito si su abordaje es Integral, con base científica y desde varios niveles simultáneamente mediante Políticas Institucionales como el Plan Perseo.
Un sistema de Prevención, Protección y Reacción, frente a la violencia hacia trabajadores, bienes y/o usuarios, permite coordinar y optimizar los recursos humanos y materiales minimizando los riesgos y consecuencias, garantizando la calidad total de la actividad asistencial.
Contacto: Antonio José Ruiz Moruno
ajruiz@sescam.org

P-304.- ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN PERSEO EN EPISODIOS CONFLICTIVOS EN CENTROS SANITARIOS DEL ÁREA DE PUERTOLLANO.
Ruiz-Moruno A, Martínez-García J, Olmo-Mora M, Rodríguez-Soler M, Giner-González J, Sanz-Cortes J.

Introducción: La violencia en el lugar de trabajo es un fenómeno creciente, el resultado de una compleja interacción multifactorial. Su crecimiento progresivo está determinado por un comportamiento cada vez más intolerante de la sociedad actual y un deterioro progresivo de las relaciones personales.
Su abordaje debe realizarse desde diferentes sectores sociales y niveles, considerando que no existe una solución única o sencilla. Las organizaciones sanitarias, debido a su complejidad, presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia.
Material y Métodos: El objetivo del proyecto es analizar los casos registrados de incidentes y agresiones en el área sanitaria de Puertollano previa publicación del Plan Perseo y tras su implantación en nuestra Gerencia de Área, con el objetivo de establecer estrategias de prevención que eviten su reproducción.
Tratamos de obtener una visión más global del problema de la violencia en los centros de trabajo, con delimitación de los puntos de mayor incidencia (mapa de riesgos o de puestos críticos).
Resultados: Durante el período comprendido entre febrero y julio de 2005, se han registrado 44 episodios violentos en el área sanitaria de Puertollano (7,3 casos/mes). El perfil del episodio es: agresor varón (63,6%), incidentes ocasionados por usuarios (84,1%), afectando a mujeres (72.7%). Se han obtenido resultados en cuanto al mes de declaración, lugar de producción y distribución por categorías profesionales de los episodios violentos.
Conclusiones:
1. Los centros sanitarios con episodios violentos registrados con mayor incidencia de casos son: Hospital Santa Bárbara, C.S Barataria y Carlos Mestre.
2. Se han trasladado a Asesoría Jurídica y al SIAU las investigaciones de los procesos registrados, de conformidad con el Plan Perseo.
3. No es admisible aceptar interpretaciones personales ni complacer demandas asistenciales que no se ajusten a la normativa vigente.
4. La eficacia de las medidas precisa de la coordinación de todos los sectores implicados, reevaluando permanentemente los condicionantes y variables asociadas a cada episodio violento y su constante variabilidad.
5. Los trabajadores deben implicarse y concienciarse del problema creciente de la violencia en los lugares de trabajo.
Contacto: José Javier Martín García
jjmartin@sescam.jccm.es

P-305.- REGISTRO DE EVALUACIÓN DE CONFLICTOS. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA BASADO EN LA EVIDENCIA.
Ruiz AJ, Sanz F, Larios D, Gutiérrez R, Jiménez AJ, Peñalver R.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha elaborado un Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio, el Plan Perseo. Este Plan incluye en su ámbito de aplicación a usuarios y profesionales y se convierte en un marco de gestión para la adopción de acciones. La adopción de acciones concretas tendentes a la minimización o eliminación de los riesgos y situaciones que puedan generar episodios violentos hacia trabajadores, usuarios y bienes, requiere un conocimiento actual y permanente de la situación.
El abordaje pionero introducido por el Plan Perseo impone la necesidad de contar con un registro de los incidentes violentos que se den en el SESCAM con independencia de si la violencia afecta a los trabajadores, bienes y usuarios. Estos incidentes han de ser estudiados por los Servicios de Prevención y de Atención al Usuario. La explotación de estos datos permite realizar un mapa de riesgo regional, identificando todos los elementos que interactúan en el conflicto, y establecer las diversas medidas que deban adoptarse por parte de la Organización.
metodología: La aplicación se creó mediante la evolución de prototipos como metodología de desarrollo. Es una aplicación web que utiliza una base de datos SQL Server (se va a migrar a Oracle) y está desarrollada en Java, JSP, HTML y javaScriptInspección.
En la elaboración de la herramienta participó junto al personal del Área de Tecnologías de la Información del SESCAM, el Comité Técnico de Seguridad de Datos del SESCAM y los Servicios de Prevención, de Atención al Usuario y Derecho Sanitario y Bioética.
El pilotaje de la aplicación se desarrolló en las Áreas de Ciudad Real, Mancha Centro, Talavera y Puertollano.
Resultados: La información registrada se almacena en una misma base de datos que permite explotar los datos con carácter general, por Áreas, Gerencias y Servicios identificando aquellos más conflictivos.
Junto a los datos de los sujetos y circunstancias del conflicto se registran los informes del Servicio de Prevención y, en su caso, de los Servicios de Atención al Usuario y las medidas de mejora propuestas además de permitir el seguimiento de las asistencias letradas e incidencias judiciales de los conflictos que deriven a procesos judiciales.
Esta herramienta on-line se configura como el medio más eficaz para la evaluación y adopción de decisiones tendentes a la mejora de la seguridad de los usuarios, trabajadores y bienes del SESCAM.
Contacto: Antonio Ruiz Moruno
ajruiz@sescam.org

P-306.- EXPOSICIONES OCUPACIONALES A AGENTES BIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.
López-Márquez R, Cuerva-Carvajal A, Perea-Rafael R, Gasch-Illescas A, Po-Rodríguez C, Conde-Herrera M.

Objetivos: Describir las características de las exposiciones ocupacionales notificadas al S° de Medicina Preventiva entre 2001-04. Determinar factores que pueden influir en la finalización del seguimiento.
Métodos: DISEÑO: Cohortes abiertas. VARIABLES: Datos del accidentado, del accidente, y de la fuente; medidas postexposición, seguimiento y finalización del protocolo. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Frecuencias para descripción y chi-cuadrado para comparación de variables.
Resultados: Se notificaron 1070 exposiciones, 970 percutáneas y 97 muco-cutáneas. La tasa de incidencia por 100 camas ocupadas aumentó en el período tanto para exposiciones percutáneas (16,18 en 2001 a 19,32 en 2004), como para las cutáneo-mucosas (1,27 en 2001 a 1,92 en 2002). Las categorías más afectadas fueron enfermería, auxiliares de clínica, estudiantes de enfermería, médicos y MIR (orden decreciente de frecuencia). El 57,4% de los accidentados tenía más de 10 años de experiencia. La causa de la exposición percutánea fue la aguja en un 69,5% (9,6% al reencapuchar). Para la fuente, se desconoce el estado HbsAg, antiVHC y antiVIH en el 59,6, 50,3 y 41,7% de los accidentes, respectivamente. En el momento del accidente, estaba vacunado frente a VHB un 76,2% de los trabajadores. La profilaxis postexposición para VHB se efectuó en 225 trabajadores; 23 iniciaron profilaxis frente a VIH. A todos los trabajadores se les indicó seguimiento, aunque sólo lo finalizó un 44,7%. La frecuencia de visitas disminuyó a medida que se distanciaban del accidente. El riesgo de finalizar el seguimiento fue

mayor para los expuestos a fuente VIH positiva (OR=2,344; IC 95%,1,281-4,290), que para los expuestos fuente VHC positiva (OR=2,276; IC 95%, 1,487-3,483) y VHB positiva (OR=1,116; IC 95%, 0,450-2,769). El riesgo de finalizar el seguimiento fue mayor si se adoptaron medidas de profilaxis frente a VHB [OR=1,490 (IC 95%, 1,108-2,005)] y frente VIH [OR=4,345 (IC 95% 1,600-11,800)].
Conclusiones: Los datos resultan semejantes a los de estudios de nuestro entorno de similares características, aunque presentamos tasas por 100 camas ocupadas superiores . Es deseable que las variables utilizadas en nuestro sistema de vigilancia se ajusten más a las peculiaridades del centro, para facilitar el cálculo de tasas, la valoración de riesgos, la implantación de medidas más específicas y la investigación de las causas de los abandonos en el seguimiento, para buscar alternativas que mejoren la adherencia.
Contacto: María de los Reyes López Márquez
reyeslo@gmail.com

P-307.- SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS BASADO EN LA NORMA AUS/NZS 4360: [1999].
Emparan C, Martínez A, Marrodan LM.

Objetivos: la gestión integral de riesgos dentro del ámbito sanitario no se encuentra claramente sistematizada y habitualmente se encuentra desglosada en múltiples apartados no conectados entre sí.
Material y Métodos: Desde el inicio de su actividad FHC ha realizado planes de actividad anuales con evaluaciones no sistematizadas de sus planes de inversiones y ampliaciones, sin analizar de forma sistematizada sus riesgos. La Comisión de Dirección (Diciembre 2005) inicia un primer proceso en la que los coordinadores y gestores realizan una evaluación de los principales riesgos de sus Unidades en los contextos: asistencial, financiero, de recursos humanos y de gestión del conocimiento. Todos ellos desarrollan un plan de riesgos con el que se sistematizan sus inversiones emergentes durante el siguiente año.
El modelo de gestión está basado en el: AS/NZS 4360: [1999] Risk Management – Estándar Australiano de riesgos sanitarios. Siguiendo es modelo, las evaluaciones de riesgos se sistematizan siguiendo un enfoque de probabilidad, exposición al riesgo y tipo de riesgo siguiendo argumentos de probabilidad y daño ocasionado a la FHC.
Resultados: Las 15 Unidades de Gestión identificaron 345 riesgos para sus unidades o el Hospital, tras el que se hizo un análisis de diagrama de Pareto, seleccionando 15 de ellas para realizar el plan de inversiones del 2006. Tras aplicarse el mismo, las nueva revisión y monitorización identificó que los riesgos TOP15 habían disminuido su sus argumentos de probabilidad y daño en más de un 50% de promedio.
Conclusión: la norma AS/NZS 4360: 1999 es una herramienta útil y de fácil aplicación para la evaluación de riesgos hospitalarios, permitiendo el uso racional de las inversiones y evaluando el impacto de las mismas de una forma objetiva.
Contacto: Carlos Emparan García De Salazar
cemparan@fhcalahorra.com

P-308.- ACEPTACIÓN DEL MATERIAL DE BIOSEGURIDAD TRAS TRES AÑOS DE USO EN EL HOSPITAL DE GUADARRAMA DE MADRID.
Fernández AB, Palacios MJ, Salazar R, Bischofberger C.

Introducción: Hace tres años el Hospital de Guadarrama introdujo toda la gama de productos de bioseguridad. El cambio ha mostrado unos buenos resultados en términos de disminución del riesgo de accidente biológico.
Objetivo: Recoger la opinión del personal de enfermería respecto al diseño, seguridad percibida por el trabajador y seguridad percibida para el paciente de este tipo de dispositivos.
Obtener datos objetivos que ayuden en la toma de decisiones para mejorar y adquirir estos productos.
Material Y Métodos: Se realizó un estudio transversal mediante cuestionario dirigido a las enfermeras del Hospital. En el cuestionario se recogieron tres dimensiones de aceptabilidad: el diseño adecuado del dispositivo, la percepción de seguridad del trabajador y la percepción de seguridad para el paciente. El grado de aceptación se valoró según escala de Likert de 1 a 5 siendo (1 menos - 5 lo más valorado). Se puntuaron cada uno de los dispositivos.
Resultados: La respuesta fue de un 60%. Toda la gama de dispositivos ha sido puntuada por encima de cuatro en las dimensiones de sencillez en el manejo y en seguridad frente al riesgo de inoculación accidental. La jeringa precargada con suero fisiológico junto con el tapón de seguridad fueron los más puntuados (4.71 y 4.69 respectivamente respecto s su sencillez y facilidad en el manejo y 4.9 y 4.7 respecto a la seguridad percibida por quien usa el dispositivo). La aguja de extracciones para el sistema de vacío fue el dispositivo menos valorado tanto en relación con la sencillez en el manejo con un 4.5 como en cuanto a la percepción de seguridad con un a 4.15.
Cuando se trataba de evaluar la dimensión de seguridad para el paciente, nuevamente, la jeringa precargada es el material mejor valorado (4,27) y también la aguja de extracciones para el sistema de vacío la peor valorada, con un 3.36. El dispositivo para canalizar vías periféricas ha sido valorado también por debajo de 4.
Conclusiones: El personal de enfermería de nuestro Hospital, considera estos dispositivos muy fáciles de usar y percibe mayor seguridad o menor riesgo de inoculación accidental en todos ellos. La jeringa precargada con suero salino es la más valorada respecto a la seguridad que significa para el paciente.
Contacto: Cornelia Bischofberger Valdés
cbischofberger.hesc@salud.madrid.org

P-309.- RETO Y REALIDAD: EVALUAR LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.
Viura M, Gratacos M.

Evaluar las competencias profesionales forma parte del ciclo de calidad de nuestro hospital. En 1997, se diseñó el primer registro de evaluación de competencias y, durante el primer semestre de 2005, se procedió a su revisión, actualización y validación del nuevo registro, teniendo en cuenta la misión, visión y valores de nuestro centro.
Los profesionales y la sociedad cambia, es por ello que debemos adecuar las herramientas a dichos cambios y, no solo nos planteamos evaluar los conocimientos y habilidades, sino también las capacidades y las actitudes en nuestros puestos de trabajo.
Objetivo principal: Elaborar un registro actualizado de evaluación de competencias de los profesionales de la Dirección de Enfermería
Objetivos específicos:
- Implicar a representantes de cada grupo profesional en el contenido de sus propias competencias
- Diseñar una herramienta operativa e interactiva entre evaluador y evaluado
- Realizar un análisis objetivo de los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes de los profesionales
- Dar reconocimiento a los profesionales como elemento motivador
- Detectar las necesidades formativas de los profesionales como elemento motivador

Método:
Creación de un grupo de trabajo nominal.
Participación de representantes de cada grupo profesional para identificar, definir y priorizar sus propias competencias a través de brainstorming.
Aprobación por parte del propio grupo y de la Dirección de Enfermería
Elaboración del documento y de la plantilla correctora
Puesta en marcha del proyecto
Previsión de evaluación del instrumento
Resultados:
Se ha elaborado un nuevo diseño y contenido de evaluación de competencias
Han participado en su confección tanto responsables como representantes de cada grupo profesional
La puesta en marcha se realiza a mediados de agosto de 2005, y en el mes de marzo de 2006 se explotan los primeros datos.
Conclusiones: El esfuerzo e inversión al elaborar un documento de evaluación de competencias se rentabiliza en el mismo momento de su puesta en marcha, ya que la participación de los propios profesionales induce una buena recepción del instrumento de evaluación y se consigue de forma objetiva y confidencial (fundamento ético) medir aspectos técnicos y aspectos actitudinales.
Al evaluar las competencias se consigue motivar a los profesionales.
Consideramos pues que la evaluación de competencias establece un feed-back inductivo-deductivo entre los profesionales y en el marco de la calidad.
Contacto: Montserrat Viura Soler
mviura@hgc.es

P-310.- PLAN DE FORMACIÓN Y REGISTROS DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

Chueca-Ajuria A, Gallego-Camiña I, Castelo-Zas S, Gonzalez-Ladislao N, Domínguez-Fernández M, Rico-Alonso F.

Objetivo: Implantar un sistema que permita una gestión eficaz de la formación en los procesos y que sirva de herramienta para la planificación de necesidades y seguimiento de las actividades de formación previstas.
Método: Utilización de técnicas cualitativas de consenso, a través del equipo de proceso de alimentación al paciente (y) con la colaboración de la Unidad de Calidad.
Resultados: 1. Categorización de la formación en dos líneas básicas; capacitación y formación continuada. Y esta última, a su vez, en 3 tipos diferentes; Básico, Medio y No Programada. 2. Desarrollo del procedimiento operativo donde se detallan responsabilidades, metodología y contenido de las distintas acciones formativas, actividades referidas a la capacitación y formación continuada establecidas por el Gestor del Proceso. 3. La creación de una base de datos que recoge la actividad formativa del personal del proceso, y campos relativos a la valoración de aquellas actividades que así lo requieran. 4. Recogida de encuestas de valoración de la formación recibida. 5. El diseño del un Plan de formación del proceso, que contiene las acciones formativas ligadas objetivos a desarrollar, horas, personal destinatario, recursos, fechas, responsable y tipo de evaluación que requiere.
Conclusiones: 1. La definición de cada tipo de formación nos permite identificar mejor las necesidades formativas del personal del proceso. 2. Al haberse establecido que tipo de formación requiere de una valoración, nos facilita ver si la formación resulta eficaz con respecto a las necesidades detectadas. 3. La implantación de un registro de actividades, con las valoraciones correspondientes y fechas previstas permite realizar el seguimiento del Plan de Formación del proceso. 4. El cumplimiento de los planes de formación tiene un impacto directo sobre la eficacia de nuestro proceso, de ahí la importancia de registrar, revisar y evaluar la formación del personal del proceso. 5. El modelo establecido resulta aplicable a todos los procesos, y las herramientas diseñadas para el mismo, han facilitado la gestión de la formación.
Contacto: Ana Chueca Ajuria
achueca@hgda.osakidetza.net

P-311.- EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN APLICATIVO INFORMÁTICO ASISTENCIAL TRAS SU IMPLANTACIÓN.

Leal-Llopis J, Martínez-García JA, Cortes-Parra C, Paredes-Sidrach de Cardona A, Peñalver-Hernández F, Álvarez-Victoria A.

Objetivo: Evaluar la percepción del personal de enfermería del aplicativo informático implantado en sus unidades de hospitalización
Material Y Métodos: Se ha diseñado un estudio descriptivo transversal sobre la valoración que tiene el personal enfermería del hospital Morales Meseguer de Murcia sobre el aplicativo informático implantado. EL estudio se ha realizado el 20 de abril en las unidades de hospitalización informatizadas. La muestra se ha obtenido de las enfermeras y auxiliares que trabajan en las unidades de enfermería de estudio, seleccionando a todas aquellas que trabajan en los tres turnos del día de estudio. Para la recogida de datos se utilizo un cuestionario de elaboración propia en el que se evaluaban diversos aspectos: datos sociodemográficos, valoración de la implantación, valoración del aplicativo informático, comparación con los registros en papel y valoración global. Así mismo se recogieron los aspectos positivos y negativos que les reportaba el aplicativo informático para su trabajo diario.
Resultados: Se evaluaron a 69 trabajadores (64,7% enfermeras y 35,3% auxiliares de enfermería), teniendo una edad media de 34, 6 años. El tiempo medio que llevan utilizando el aplicativo informático es de aproximadamente 8 meses y expresan que le dedican por turno una media de 56,8 minutos (70,5 enfermeras y 32,2 auxiliares). Respecto al proceso de implantación los aspectos mejor valorados son el soporte técnico y la información previa recibida. En relación a la valoración de los formularios (registros) del aplicativo informático obtienen mejor puntuación los formularios de constantes vitales, control de glucemia y cuidados de ulceras por presión. Los peor valorados son la gráfica y la valoración de enfermería. El 63,23% indican que los registros de enfermería en el aplicativo informático son de igual o mejor calidad que los que se utilizaban en papel y el 79,4% creen que tras la introducción del aplicativo informático los cuidados de enfermería que reciben los pacientes son iguales o de mejor calidad. Respecto a la valoración global el 40,30% indica que es buena o muy buena y 37,31% se muestra indiferente.
Conclusiones: Existe una percepción adecuada de proceso de implantación del aplicativo informático y también están bien valorados diversos formularios. Esto no debe de desviar la atención de la mejora que requieren algunos registros según el personal, ni el excesivo tiempo que requiere la aplicación informática.
Contacto: Jesús Leal Llopis
jesus.leal@carm.es

P-312.- ¿PODEMOS SER LAS SUPERVISIONES GESTORAS DE CUIDADOS EN EL CONTEXTO ACTUAL?.

Crespo-Montero R, Heredia-Borrego L, Hidalgo-Paz C, León-Boissier F, Muñoz-Poyato J, Giráldez A.

El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la opinión de las supervisiones de un hospital de tercer nivel sobre la gestión del cuidado (GC) y si es posible asumir esta competencia en el contexto actual.
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en el que se ha recogido la opinión de las supervisoras de un hospital de tercer nivel de la red pública del Sistema Nacional de Salud, mediante cuestionario autoadministrado y anónimo, con 10 variables.
Se recogieron 20 cuestionarios. Todas manifestaron conocer el significado de GC. A la pregunta si la función de la supervisión responde a rol de gestora de GC, el 42% opinó que Poco, el 53% Algo y el 5% Bastante. Sobre si es posible ser GC en el contexto actual, el 21% respondió Si y el 79% No. Para poder ejercer de GC, priorizaron por orden: Liberarte de otras tareas, Cambios en la estructura funcional, Apoyo institucional, Formación y Tiempo. Dentro de las funciones que realizan actualmente, clasificaron por orden: Planificación de los recursos humanos, Tareas administrativas, Atención al usuario, Función cuidadora. A la pregunta de qué crees que el personal a tu cargo valora más de la supervisión, priorizaron: Planificación de los recursos humanos, Función cuidadora, Comunicación y Coordinación. Sobre qué crees que la organización espera de la supervisión ordenaron: Planificación de los recursos humanos, Función cuidadora, Coordinación. En cuanto a dificultades para el desempeño de las funciones priorizaron: Dificultad para planificar, Falta de autonomía, Escasez de recursos, Falta de participación. Para impulsar el cambio hacia GC, eligieron: Definir con claridad sus funciones y concretar que se espera de ellas, Mayor disponibilidad del tiempo para el desarrollo de tareas asistenciales, Mejorar sus conocimientos en metodología enfermera, Un modelo de dirección más participativo. Respecto a como ocupan su tiempo: Gestión de personal 34%, Planificación 11%, Gestión de los cuidados 10%.
Podemos concluir que la mayoría cree que no es posible ser GC en el contexto actual, que para poder ejercer este rol necesitarían liberarse de otras tareas y cambios en la estructura funcional y que para impulsar este cambio es necesario definir con claridad sus funciones y concretar que se espera de ellas. Asimismo, la función que más importancia tiene y ocupa más tiempo es la gestión de recursos humanos.
Contacto: Rodolfo Crespo Montero
rodolfo.crespo.sspa@juntadeandalucia.es

P-313.- SISTEMAS DE APOYO Y FACILITACIÓN EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

Ceballos-Pozo M, Almuedo-Paz A, Cáceres-Valverde A, Rita-Acosta MJ, Salguero-Cabalgante R, Santana-López V.

Objetivo: Describir el proceso de acreditación de competencias profesionales iniciado en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y los instrumentos facilitadores puestos a disposición de los profesionales para su desarrollo.
Metodología: La publicación en 2003 de tres leyes básicas de aplicación al ámbito del SNS en las que se abordan determinados aspectos relacionados con el desarrollo profesional, y con la evaluación o acreditación de las competencias profesionales, ha reavivado el interés de las distintas CC.AA por contar con nuevos instrumentos orientados a tal fin. En SSPA, la experiencia previa en cuanto a la aplicación de la gestión por competencias, iniciada tras la publicación del I Plan de Calidad en el año 2000, y la consideración de la innovación y el

desarrollo profesional como principales procesos estratégicos para crecer en calidad, impulsados desde el II Plan, en 2005, han permitido poner a disposición de los profesionales, de manera pionera, un modelo de acreditación de competencias profesionales que además, ha sido recientemente vinculado al de carrera profesional acordado para el Servicio Andaluz de Salud. Unos 400 profesionales expertos en cada disciplina, y representantes de medio centenar de Sociedades Científicas, han elaborado más de 50 Manuales de Competencias (uno por cada categoría profesional o especialidad) en los que se recogen las competencias identificadas en cada caso, las buenas prácticas, o los comportamientos esperados en relación con tales competencias, y las evidencias y pruebas que permiten medirlas. El proceso de acreditación consiste en una revisión sistemática de la propia práctica real, que realiza el profesional y en aportar una serie de pruebas (audit de historias, resúmenes de la historia de salud de pacientes atendidos, y documentos acreditativos de la realización de determinadas actividades). El proceso se soporta en una aplicación en entorno web (ME_jora P), a modo de portafolios electrónico semiestructurado. Dado el volumen de profesionales (más de 35.000), y la novedad del instrumento, se hace necesario acompañar el proceso de elementos de ayuda suficiente para hacer factible su implementación.
Resultados: Para facilitar el desarrollo de estos procesos se han elaborado materiales formativos multimedia, se ha simplificado la aplicación informática tras testearla con una muestra de profesionales, y se ha creado una figura, el tutor guía para dar apoyo al profesional desde múltiples canales (foro web, plan de acción tutorial, etc.)
Contacto: Vicente Santana López
vicente.santana@juntadeandalucia.es

P-314.- PROYECTO DE MEJORA EN UN BLOQUE QUIRÚRGICO: PAPEL DEL RESPONSABLE DE ENFERMERÍA.
Prieto P, Niento C,. Comes N,

Introducción: Tras el análisis de situación del área quirúrgica, se detecta un deterioro organizativo a todos los niveles. Debido a la trascendencia del servicio (cirugía en un centro privado y con conciertos con la sanidad pública), se decide implantar una serie de cambios que afectarán a las infraestructuras y la tecnología, así como a la gestión, nombrando un coordinador responsable de enfermería para ese bloque. Se le asignan funciones como mando intermedio, enfocadas al paciente, a los profesionales sanitarios y a la propia organización.
Objetivo: Centrar en el responsable de enfermería la coordinación del proceso quirúrgico, gestionando los recursos, las tareas, los conocimientos y las habilidades del personal sanitario, así como los posibles conflictos, con el fin de mejorar la productividad, la calidad percibida, las relaciones externas, y cuantificar esas mejoras mediante indicadores de actividad, de calidad y de costes por proceso.
Metodología: Se sustituye el modelo organizativo anterior, pasando de las funciones tradicionales de supervisión de enfermería a otras responsabilidades de coordinación que requieren mayores conocimientos de gestión.
Desde la Dirección se definen una serie de funciones y objetivos concretos en mejoras de procesos, circuitos internos, gestión de recursos materiales y de personas. El coordinador deberá, entre otras tareas, asegurar una correcta dotación de plantilla, facilitar el desarrollo personal y profesional, evaluar competencias profesionales, propiciar un ambiente de trabajo adecuado y favorable y saber gestionar conflictos. Se programa una evaluación de resultados en unos plazos determinados.
Resultados: A los dos años se constatan mejoras en el rendimiento y competencias profesionales del personal sanitario, en la propia gestión de los recursos humanos,un aumento de la satisfacción de los profesionales como resultado de un incremento del liderazgo,una mejora de los procesos asistenciales medidos en términos de productividad, indicadores de actividad y de calidad, reducción de los costes por proceso, aumento de la calidad percibida y de las relaciones externas.
Conclusiones: Se demuestra que tras la implantación de un cambio organizativo basado en la creación de la figura de coordinador de enfermería del área quirúrgica, se consiguen importantes mejoras en la gestión a todos los niveles.
Palabras clave: Cambio, Función, Responsable.
Contacto: Natividad Comes Gorriz
ncomes@fjd.es

P-315.- COMISIÓN DE COMPRAS: GESTIÓN PARA LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS MATERIALES Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO.
Aznar MA, Rodríguez T, Cabañas P, Carrión P, Elorriaga J, Puente R.

Objetivo. La Comisión de Compras (CC) tiene por objeto analizar y dar respuesta a las solicitudes de nuevos productos de consumo sanitario demandados por las Unidades y Servicios para su incorporación al Hospital. Está compuesta por el D. de Gestión, D. Médico, Responsable de Compras, Adjunta de Enfermería de R. Materiales y un administrativo de Compras.
Metodología. Al recibir la solicitud de incorporación de un nuevo material por parte de Jefes de Servicio o Supervisoras, en el formato establecido, un profesional de Compras, recoge información de los propios solicitantes y de distintos proveedores. Con esta información elabora el registro de presentación a la CC, con los siguientes datos: material solicitado, ventajas, consumo anual estimado, precio del artículo, importe total del consumo anual estimado, datos del material al que sustituye, en su caso y el importe neto anual a incorporar. La CC analiza las solicitudes recibidas y decide su aprobación o desestimación en función de criterios asistenciales, coste-beneficio, seguridad para el paciente y para el profesional. Posteriormente se comunica al Servicio, por escrito, la decisión tomada y se evalúa y controla el consumo previsto.
Resultados. En 2005 se recibieron 60 solicitudes procedentes de 27 especialidades o Servicios. De ellas fueron aprobadas 55, desestimadas 3 y quedaron 2 pendientes de respuesta a final de año. La media de días, desde la recepción de la solicitud hasta el primer contacto para ampliación de información, fue de 9 días. El tiempo medio hasta su inclusión en el orden del día de la CC fue de 29 días. La media para la aprobación o desestimación y comunicación al servicio fue de 40 días en total desde la solicitud. El Servicio con mayor número de solicitudes fue Cirugía General (6), seguido de Anestesiología, Cuidados Intensivos y Oftalmología con 5 cada uno. Urología y ORL cursaron 4 solicitudes. El importe neto que supuso las incorporaciones de los artículos solicitados y aprobados, fue de 1.337.973 euros y los Servicios que más incrementaron su gasto fueron Anestesiología, Digestivo, Cirugía General, Cuidados Intensivos, Cirugía Vascular y Neurocirugía.
Conclusiones. Conocimiento, en todo momento de los materiales que se van a utilizar, por implantación de nuevas técnicas o modificación de las existentes. Ha mejorado la gestión y el control del gasto en este apartado. Se observa un elevado grado de satisfacción de los solicitantes, por el procedimiento establecido y el breve tiempo de respuesta.
Contacto: Mª Asunción Aznar Urbieta
maaznar@chdo.osakidetza.net

P-316.- ENCUESTA DE CLIMA LABORAL ENTRE EL PERSONAL NO SANITARIO.
Gómez M, Lillo P.

Objetivo: El H. Virgen de la Luz se plantea, como uno de los objetivos en la calidad asistencial, conocer el grado de satisfacción de sus profesionales con el fin de identificar áreas de mejora. Durante el año 2004 se hizo una pequeña encuesta entre el personal sanitario. Para completar la evaluación nos planteamos realizar, en el año 2005, la misma encuesta entre el personal no sanitario.
Método: Durante el periodo julio-septiembre, se distribuye un pequeño cuestionario, a través de una carta personalizada remitida desde la Unidad de Calidad, al total de celadores y personal administrativo. Las áreas que recoge la encuesta son las siguientes: retribución económica, condiciones de trabajo, relación mando/colaborador, percepción de la Dirección, organización, clima de trabajo y promoción y desarrollo profesional. Se incluye además un apartado en el que se recogen las sugerencias más frecuentes. Los resultados se exponen en porcentaje, en una escala que va desde nada satisfecho hasta muy satisfecho.
Resultado: Porcentaje de personas que contestaron la encuesta: un 29,59%. Respecto al grupo profesional contestaron el 38% del personal administrativo y un 19% de los celadores. El tiempo medio de antigüedad en años fue de 13,45. DT: 7. Los resultados más destacados por áreas son los siguientes: En el área de retribución: el 39% y el 42,2% están nada y poco satisfechos, presentando menor porcentaje de satisfacción los celadores. En el área de las condiciones de trabajo el 36,4% está satisfecho. Llama la atención que el 40% de los trabajadores está satisfecho con su jefe y casi el 38% y 28% de los entrevistados está satisfecho y muy satisfecho con su Dirección. En cuanto a la relación

con sus compañeros casi el 37% de los trabajadores está satisfecho, presentando un menor grado de satisfacción los celadores que el personal administrativo. El área de promoción y desarrollo profesional es la que presenta peores resultados pues el 74,6% no está nada satisfecho con sus posibilidades de ascenso.
Conclusiones: Tan sólo 1 de cada 3 trabajadores han contestado el cuestionario, existiendo una mayor colaboración entre el personal administrativo.
Las áreas peor consideradas han sido el área económica y sobre todo el área de promoción y desarrollo profesional, con mayor grado de insatisfacción entre los celadores.
Contacto: Mar Gómez Santillana
marg@sescam.org

P-317.- PAPEL DE LA MEDICINA DEL TRABAJO EN LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES.
Castellanos A, Carrasco AL, Casado A, Alonso MA,. Echerren JI, Chiquiza A.

Objetivos: Análisis de la aportación de la Medicina del Trabajo a través de la biología molecular en la mejora de los procesos asistenciales usando la gestión por procesos.
Métodos: Se valoró en el estudio como parámetro bioquímico el malondialdehido(MDA) medido en los trabajadores mediante técnicas inmuno-histoquímicas realizadas en el Departamento de Biología Molecular Humana del Consejo Superior de Investigaciones Científicas como marcador del rtimo de oxidación celular y por tanto del envejecimiento precoz de los trabajadores.El conocimiento de dichos valores aplicado al mapa de organización consecuente a la gestión por procesos en un servicio médico imaginario, permitía optimizar la valoración del indicador "recursos humanos" entendido como fundamental de la eficacia de la calidad del proceso.
Resultados: Por rangos de edad el porcentaje de personas con un nivel de malondialdehido por encima del normal, indicativo de la presencia de estrés oxidativo, fue: de 20 a 29 años del 57%, de 30 a 39 años del 80%, de 40 a 49 años del 75% y de 50 a 50 años del 85%.La redefinición de las tareas a través de la gestión por procesos por el responsable del mismo trás la modificación de los puestos de trabajo en función de la carga de trabajo y nivel de oxidación celular condicionaron un descenso de los porcentajes de trabajadores afectados entre un 10 y un 20% según el rango de edad.Las variaciones de los niveles de MDA oscilaron 7 nM MDA/mg(+/-8nM MDA/mg).
Conclusiones: Un mejor conocimiento del recurso humano a través de su situación celular permite a la Medicina del Trabajo incorporar sus consecuencias en el diseño del mapa que define los pasos a seguir en la gestión por procesos de un servicio médico.La redistribución de los puestos de trabajo y la reorganización del proceso hace posible una mejora de los niveles de MDA superiores al 15% en más del 50% de los trabajadores, favoreciendo una mejora del clima laboral y de la eficacia de la productividad.
Contacto: Alberto Castellanos Asenjo
acastellanos@grs.sacyl.es

P-318.- EL ESPEJO: CÓMO NOS VEN NUESTROS CLIENTES.
Vela ML, Egido P, Revillo MJ, Miembros del Grupo de Mejora de la Calidad

Introducción: Los árboles, a veces, no permiten ver el bosque. Mirar una organización desde el punto de vista del usuario aporta percepciones originales y distintas a las de los miembros de la organización. Las encuestas de satisfacción son un método establecido para conocer nuestra imagen externa.
Objetivos:
1. Conocer cómo nos valoran los clínicos de nuestro hospital
2. Detectar áreas de mejora a través de la percepción de nuestros clientes
Material y métodos:
1- Se diseñó una encuesta de 28 preguntas que recogían las principales áreas de relación con los clínicos (volantes, informes, confianza en los resultados):
Todas las preguntas se valoraban del 1 al 10 excepto las 2 últimas que eran preguntas abiertas
2- La encuesta fue validada por el grupo de calidad.
3- En una primera fase, se envió la encuesta a 22 facultativos del hospital estratificados por áreas clínicas (grupo pretest).
4- Posteriormente, se remitieron 699 encuestas a los profesionales clínicos del sector sanitario en el mes de mayo de 2005.
Resultados: Respondieron 11 facultativos del grupo pretest (50%) y 87 facultativos (12.7 %) de los profesionales encuestados.
La puntuación media global estaba por encima de 7 puntos.
No se detectaron diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el grupo pretest y las obtenidas en la totalidad de las encuestas recibidas.
Los items que obtuvieron mejor puntuación fueron los siguientes:
- Grado de confianza en los resultados (Media de 8.36 puntos).
- Volante de petición: Facilidad para indicar diagnóstico (Media de 8.22 puntos).
- Trato personal con el laboratorio (Media de 8.16 puntos).
- Claridad en el informe de resultados (Media de 8.11 puntos)
Los items que obtuvieron peor puntuación fueron los siguientes:
- Conocimiento de la cartera de servicios (Media de 5.99 puntos)
- Conocimiento de los tiempos de respuesta (Media de 6.28 puntos)
- Información acerca de la recogida de las muestras (Media de 6.51 puntos)
Conclusiones:
1- El Servicio de Microbiología es valorado muy satisfactoriamente en el hospital.
2- El Servicio debe revisar y mejorar los mecanismos de transmisión de información.
3- Las encuestas de satisfacción pueden hacerse entre un nº pequeño de facultativos, sin menoscabo de la validez de los resultados obtenidos.
4- La encuesta es un buen punto de partida para definir áreas de mejora.
Contacto: Pilar Egido Lizán
pegido@salud.aragon.es

P-319.- IMPLANTACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA GERENCIA DE A. P. DE CIUDAD REAL.
Fortes Álvarez JL, Torres-Consuegra J, Palacios-López MC, Sobrino-Peco F.

Palabres clave: Manual de acogida, cliente interno, calidad asistencial
Se elaboró un plan de recepción para todo trabajador que se incorporase por primera vez a la Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, asumiendo que las nuevas incorporaciones no tiene porqué conocer el funcionamiento interno del Área ni de diferentes ámbitos de trabajo y por tanto a través del mismo intentamos dar respuesta a esta necesidad de información que los nuevos trabajadores puedan tener sobre la Organización en el Área, facilitando su ubicación en los diferentes entornos laborales.
Este plan está dirigido tanto a profesionales Sanitarios como no Sanitarios que acuden a trabajar por primera vez a un Centro o Unidad de Área.
Inicialmente hay dios niveles o estaciones de información, uno general, al que responde el contenido de éste Manual, que intenta reflejar la interacción con los Servicios Centralizados (se entregará al firmar el contrato) y otro más específico, a nivel de cada centro/ equipo de trabajo, que lo entregará al nuevo profesional el Coordinador Médico o una persona encargada al efecto (Responsable de enfermería, Responsable de Calidad).
Se establece un circuito de retroalimentación, donde se da opción a los nuevos trabajadores para que nos den una aportación o sugerencia si hay algún aspecto que no coincida con la realidad.
En definitiva es una experiencia muy enriquecedora donde estamos aprendiendo todos, los nuevos y antiguos, mejorando la información de nuestro entorno, podemos dar una asistencia de calidad mejor a los usuarios.
Contacto: José Luis Fortes Álvarez
jlfortes.sescam.jccm.es

P-320.- VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS "CLIENTES" DEL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA.
Izquierdo S, Vela ML, García-de Jalón A, García-Mata JM.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los clientes del Servicio de Bioquímica Clínica como instrumento para alcanzar la excelencia, y realizar una gestión eficaz.

1. Identificar los clientes, así como sus necesidades y expectativas.
2. Planificar y realizar una encuesta de satisfacción como herramienta para conocer las necesidades y expectativas.
3. Evaluar los resultados obtenidos e implantar áreas de mejora.
Metodología: El Grupo de Mejora heterogéneo, constituido por profesionales de todos los estamentos y a través de la técnica de trabajo focal procedió a identificar a todos sus clientes. Se agrupó en diferentes áreas las necesidades y expectativas de su principal cliente (facultativo de hospitalización): Grado de conocimiento del catálogo de pruebas, suficiencia para sus necesidades diagnósticas, calidad analítica, nivel de satisfacción sobre el modelo de solicitud de pruebas, informe resultados, horario del Servicio, tiempos de respuesta diagnostica, comunicación directa con el Servicio.
Se diseñó una encuesta de 22 preguntas con escala de 1 a 10, y dos preguntas abiertas, validándose mediante pre-tets a 22 profesionales
Se estudió a un total de 484 facultativos válidos tras descartar a los del pre-test y otros.
Se siguió el mismo procedimiento para los médicos residentes, quedando un total de 215 médicos residentes.
Se enviaron, por tanto, 699 encuestas en la última semana de mayo del año 2005, por correo interno, con sobre para la devolución de la encuesta y carta explicativa.
Resultados: Se recibieron 87 encuestas, lo que supone un porcentaje de 12,4 observándose que no existen diferencias significativas entre los resultados del pretest y del global de las respuestas.
La media obtenida de todas las respuestas está en 7,22, siendo los aspectos mejor valorados los relacionados con la calidad analítica, el informe de resultados y comunicación con el servicio; estas mismas áreas son las que se destacan como aspectos más positivos en las preguntas abiertas.
Para todas las áreas que han sido puntuadas por debajo de 7 puntos el grupo de mejora ha propuesto líneas y actividades de mejora.
Conclusiones: El estudio de las conclusiones de las encuestas y la planificación de áreas de mejora debidamente estructuradas es el camino a seguir, proporcionando indicadores de calidad y de gestión que permitirán la comparación del Servicio de Bioquímica Clínica con otros Servicios de similares características, no solamente en cuanto a actividad se refiere.
Contacto: Silvia Izquierdo Álvarez
sizquierdo@salud.aragon.es

P-321.- ¿LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL PERPETUO SOCORRO TENEMOS SÍNDROME DE BURNOUT?.
Fagoaga-Gimeno ML, Lucas-Imbernon F, Gascón-Santos S, Martínez-Jarreta B, Simarro-López C, Galán-Traba MA.

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción laboral y desgaste profesional en el personal del Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (HPPS) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).
Metodología: Tipo de estudio: Transversal, de prevalencia y asociación cruzada entre variables. Período: Realizado entre Septiembre 2004 y Marzo 2005. Marco de la muestra: Personal sanitario y no sanitario del HPPS. Herramienta de análisis: Se diseñó un cuestionario especifico dividido en tres partes: 1. Datos de afiliación, sociodemográficos, y laborales. 2. Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) valorando cansancio emocional CE, despersonalización DP,y falta de realización personal RP. 3.Cuestionario sobre estrés laboral y personal. Análisis Estadístico: Paquete estadístico SPSS, estudio de proporciones y medias. Análisis univariente y multivariante. Nivel significación estadística $p<0,05$.
Resultados: Se formalizaron 81 cuestionarios, correspondiendo a un 23,14% del total de profesionales del HPPS. El 11,1% (n=11) son médicos psiquiatras; El 43,2% (n=35) son enfermero/as; El 7,4% (n=6) son técnicos; el 19,8% (n=16) son Auxiliares de clínica y Técnicos de radiología; el 11,1% (n=11) son auxiliares administrativos; el 7,4% (n=6) son celadores. El 88,9% son mujeres, el 76,3% casadas/pareja estable, el 61,6% tienen 2 ó más hijos. Tienen plaza en propiedad el 55,6%, la antigüedad en la profesión es de una media de 16,27 años (DE±8,54) y en el puesto actual 7,17años (DE±7,41). La edad media del personal es de 41,47años (DE±8,05). El 51,9%(IC:40,0-62,8%) de los profesionales consideran la causa más frecuente de desgaste profesional es el exceso de presión asistencial. El 68,9% (IC:58,9-78,9%) tienen un CE medio-alto; el 81,3%(IC:73,3-88,3%) tiene una DP media-alta; El 87,8%(IC:80,8-94,8%) tiene una falta de RP media-alta. El estrés personal es medio-alto en el 63%(IC:52,5-73,5%) de los profesionales; el estrés laboral es medio-alto en el 95,7%(IC:92,7-98,7%) de los profesionales.
Conclusiones. El perfil de los profesionales de HPPS del CHUA más frecuente es mujer con pareja, con 2 ó más hijos, con plaza en propiedad, con una edad en la 5ª década de la vida y una antigüedad en la profesión de 16,24 años. La presión asistencial es la causa más frecuente del desgaste profesional. El personal del HPPS del CHUA presenta cansancio emocional CE y desgaste personal DP bajo y en cuanto a la realización personal RP es alto. Los profesionales tienen un estrés laboral alto y estrés personal.
Contacto: Mª Luisa Fagoaga Gimeno
mlfagoaga@sescam.org

P-322.- EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA, Y ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD, DEL HOSPITAL DE BASURTO.
Herrero R, Darpón J, Arizabaleta J.

Objetivos: El hospital de Basurto en el año 2002, tras lo resultados de la encuesta realizada a las persona que trabajan en el centro en el año 2001, desarrolló un Plan de Mejora en Gestión de Personas donde se priorizaron cinco factores, de los 12 evaluados. Uno de los factores evaluados era el de INFORMACIÓN / COMUNICACIÓN. Consecuencia de este plan y como una de las acciones a llevar a cabo en el área de la comunicación interna y externa es la creación del PLAN DE COMUNICACIÓN DEL H. DE BASURTO.
Método: Para conocer el nivel de evaluación inicial se realizó una encuesta en el año 2001 a todo el personal del hospital y los resultados del análisis de la misma (además de hacerlo por los distintos grupos profesionales)
El número de preguntas realizadas fue de 51 más 1 sobre satisfacción general
La evaluación de cada una de las preguntas se hizo entre los valores 1 a 5.
El índice de participación fue del 49,63 % sobre un universo de 2.557
Para desarrollar el plan de mejora en Gestión de Personas y seleccionar las áreas prioritarias se realizaron entrevistas en grupo diferenciadas por colectivos.
Se ha realizado otra encuesta en el año 2003 a todo el personal La participación fue del 43,56 % sobre un universo de 2.571 personas.
Se ha revisado el plan de comunicación interna.
Se ha creado un grupo focal para la evaluación de la comunicación interna.
En el año 2005 se ha realizado una tercera encuesta.
Resultados: Para la realización de la comparación de los resultados de la encuestas de satisfacción de las personas realizadas en el Hospital de Basurto en los años 2001 y 2003, se han tenido en cuenta únicamente las preguntas comunes a ambos cuestionarios.
Índices de preguntas comunes y dimensiones.

	2001	2003	dif.01/03	2005	dif.03/05
P33. Infor. para la ejecución del trabajo	2,81	2,92	0,11	3,34	0,42
P34. Inform. decisiones que pueden afectar	2,3	2,42	0,12	2,82	0,4
P35. Escucha y consideración de sugerencias	2,32	2,5	0,18	2,96	0,46
Índice general de valoración de la comunicación	2,48	2,80	0,32	3,12	0,51

Conclusiones.: Tras el breve tiempo de implantación del Plan de Comunicación se han dado mejorías muy importantes en la valoración de dicho ítem por parte de las personas del centro (ver cuadro adjunto)
Contacto: Rafael Herrero Heredero
rherrero@hbas.osakidetza.net

P-323.- UN MODELO DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL.
Montero-Del Amo B, Guirado-Sánchez F, Gómez-García MJ, Marín-Sánchez A, Barqueros-Valero C, Martínez-Hernández A.

La Ley de Autonomía del Paciente (2002) obliga al personal hospitalario a realizar un esfuerzo de comunicación y otorga al paciente el derecho a decidir sobre su enfermedad. La emancipación de los

usuarios apunta un cambio en la relación clínica, de la que los pacientes esperan mayor información y un trato más humano. A ello puede contribuir la Comunicación Institucional a través de la gestión de valores compartidos.
Objetivos:
1. Formulación de valores para la construcción de una organización más humana, a partir de la participación de todos en el desarrollo de una identidad corporativa acorde con las exigencias de un paciente activo
2. Elaboración y difusión de mensajes que recreen estos valores con el objetivo de hacer evolucionar la cultura
3. Medición de percepción y compromiso con valores y satisfacción con comunicación.
Metodología:
1. Entrevistas cualitativas con comité de dirección para consensuar valores.
2. Diseño y elaboración de herramientas de comunicación interna.
3. Encuesta al personal.
Resultados:
1. Respeto, participación e integración de/hacia los profesionales, colaboradores y ciudadanos.
2. Máxima confidencialidad, rapidez de respuesta y excelencia en la relación cliente-médico-hospital.
3. Compromiso de educar y ayudar a los pacientes en los temas relacionados con la salud.
Fueron dotados de contenidos y difundidos en discursos institucionales internos:
1. Decálogo para la buena asistencia
2. Spot publicitario de televisión
3. Manual de acogida al empleado
Medimos el conocimiento e implicación mediante encuesta distribuida al personal: un 70 por ciento afirma que es fácil encontrar información sobre el hospital y un 57 que es suficiente. El 58 conoce los objetivos y el treinta y tres los valores -estos rigen su trabajo en un 34 por ciento-. El porcentaje alcanza el 77 por ciento en la importancia concedida a la cultura y a que los valores sean claros y conjuntos. Un 54 la considera bien definida y un 70 el trabajo de su unidad en consonancia con ésta
Conclusiones: El personal considera accesible la comunicación y da mucha importancia a tener una cultura definida y en la que participar con su trabajo, sin embargo algo más de la mitad desearía tener más información y algo menos conoce los valores. La comunicación puede trabajar por la humanización del hospital a través de la gestión de valores compartidos pero es necesario más tiempo (del año que hemos que hemos tenido) para que los mensajes calen y sean susceptibles de modificar comportamientos.
Contacto: Beatriz Montero
amarin@hotmail.com

P-324.- MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN DE TUTORES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CASTILLA LA MANCHA.
Carbayo JJ, Marín A, Torijano ML, Sánchez-Holgado J, Ramírez E, Gonseth J.

Objetivo: El objetivo principal es explorar los aspectos que influyen en la motivación e incentivación de los tutores de MIR de MFC y su percepción en cuanto a su condición de tutor.
Método: Se distribuyó una encuesta anónima auto-administrada al total de unidades docentes de Castilla La Mancha (UDs) en el período 31 de Agosto hasta el 21 de Septiembre del 2005, la cual debía ser contestada y remitida en sobre cerrado.
La encuesta estaba compuesta por 5 variables descriptivas del tutor, 6 variables resultado con posibilidad de respuesta de una escala de 1 a 10 con orientación mediante enunciados identificativos del significado del valor de la puntuación y por último 4 variables de texto libre en los que se solicitaba una priorización.
Con los resultados se realizó un análisis descriptivo en el seno de un grupo de trabajo "ad hoc".
Resultados: Respondieron 67 tutores de un total de 146 (45.8% , con tasa de respuesta por UDs min. de 39% y máx. de 66%). El 74% era propietarios de la plaza y tenían un promedio de 7 años como tutores. En general, se observó una valoración positiva de la condición de tutor (valoración media 6.9 SD 1.8), disfrutando de su actividad (valoración media 7.12, SD 2.1)) y beneficiándose en aspectos importantes de su profesión (valoración media 7.56, SD 1.85), aunque esto representara un esfuerzo adicional (valoración media 6.25, SD 1.75). La percepción del reconocimiento de su labor ha sido baja (valoración media 5.22, DS 2.8) al considerar no haber percibido ningún tipo de reconocimiento y estar poco satisfechos con los incentivos por parte de la administración (valoración media 2.04, DS 1.17) , estando desmotivados principalmente por la sobrecarga asistencial (53% de los encuestados con más de 30 pacientes/día y 40% con 30 ó menos pacientes/día). Respecto a su formación como tutores el 87% consideran que tiene alguna carencia metodológica y el 80.6% se mostraron partidarios de la reacreditación como tutores. No tenemos información en relación a los tutores que no respondieron a esta encuesta.
Conclusiones: Los resultados sugieren que el tutor de MIR de MFyC mantiene un grado de motivación elevado, considerando que su labor se compensa profesionalmente, pero sintiéndose insatisfecho con los pocos incentivos que recibe. La mayoría prioriza la necesidad de tiempo para ejercer su labor con calidad e igualmente considera que puede mejorar sus deficiencias metodológicas docentes y de investigación, siendo favorable a un sistema de reacreditación periódico.
Contacto: José Juan Carbayo García
jjcarbayo@sescam.jccm.es

P-325.- IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ACOGIDA DE NUEVOS PROFESIONALES. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA TRAS 2 AÑOS DE IMPLANTACIÓN.
Lekuona-Sanz L, Franganillo-Ortega R, Iruin-Sanz A, Aparicio Telleria M.

Objetivos: La puesta en marcha, en Enero de 2004, de un plan de Acogida a nuevos profesionales en la Organización de Servicios Salud mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa supuso la implicación de los Centros asistenciales y de la propia administración en un proceso definido como muy importante en Osakidetza: la Gestión de las Personas.
El objetivo de este trabajo es conocer y revisar la opinión de los profesionales acogidos sobre el propio proceso.
Métodos: Se revisaron las encuestas realizadas a los profesionales acogidos durante los años 2004 y 2005, analizándose los datos en su totalidad y por grupo profesional. Al mismo tiempo, se diferenciaba la opinión respecto al proceso realizado en la Administración de Salud Mental y al realizado en el propio Centro de Salud Mental de destino.
Resultados: Tanto en el año 2004 como en el 2005, el proceso de acogida ha obtenido una puntuación media superior a 8; si bien, los resultados en 2005 son inferiores a los de 2004. En el desglose por ítems, un 50% de ellos reflejan disminuciones significativas y sólo en el apartado de "Información de funciones" se registra un pequeño incremento.
Conclusiones:
- El grado global de satisfacción es alto y refleja la implicación de la Organización con el proceso de integración de nuevos profesionales
- Es necesario el análisis y la discusión, desde el Consejo Técnico de la Organización, de las posibles causas del descenso generalizado.

Contacto: Lierni Lekuona Sanz
llekuona@chdo.osakidetza.net

P-326.- LOS BOLETINES INTERNOS COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN.
Lekuona-Sanz L, Iruin-Sanz A, Franganillo-Ortega R.

Entre las múltiples herramientas de comunicación utilizadas por Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, se puso en marcha en 2002 un Boletín de Información al Personal de periodicidad inicialmente cuatrimestral. Nuestra metodología de trabajo, basada en la Mejora Continua, llevó a elaborar una encuesta para el personal que pudiese proporcionarnos nuevas ideas y contenidos para el futuro tras dos años de edición.
Métodos: Se elaboró un cuestionario "ad hoc" que se envió mediante una carta personalizada desde la Gerencia a todos los profesionales que en Diciembre de 2004 trabajaban en la Organización. Este abarcaba aspectos de conocimiento del mismo y otros de utilidad, extensión, periodicidad, formato y contenidos.Tras su cumplimentación de manera anónima, era remitido a la Técnico de Calidad de la Organización para su procesamiento
Resultados: A pesar de un índice de respuesta del 37,2%, se considera que los datos son representativos como para poder extraer conclusio-

nes de lo que opinan las personas. No obstante, puede deducirse que este bajo índice de respuesta viene motivado fundamentalmente por la fecha de realización (diciembre)
El aspecto mejor valorado es el interés de los contenidos (55,8% de las personas contestan por encima de 7) y peor valorado la periodicidad (22,4%). El resto de aspectos obtienen prácticamente la misma puntuación entre ellos: Utilidad 43,1%, Extensión 43,2%, formato 41,2% y apariencia/presentación (45,1%)
La sección o área que más destaca, por su interés, es la de nuevas incorporaciones (51%), seguida por la relativa a "noticias breves" (39,2%) y "asuntos de Reuniones de Jefes de Centro" (35,3%).
Respecto a qué otros temas o informaciones se deberían incluir, las respuestas recibidas mencionan los siguientes dos apartados: Cursos de Osakidetza relacionados con Salud Mental y Avisos, recordatorios etc. relacionados con el buen funcionamiento del servicio.
Conclusiones: De las sugerencias y aportaciones del personal se pueden concluir las siguientes líneas de trabajo:
Aumentar la periodicidad: elaborar y distribuir el boletín con una periodicidad bimensual Incluir noticias y asuntos relativos al Consejo Técnico y sus comisiones posiblemente dentro del apartado de Plan Estratégico. Incluir noticias y avisos sobre cursos relacionados con Salud Mental incluyendo un nuevo apartado denominado Agenda.
Mejorar el formato, apariencia y presentación
Constituir Consejo de Redacción estable.
Contacto: Lierni Lekuona Sanz
llekuona@chdo.osakidetza.net

P-327.- CUANDO LOS PACIENTES CREEN TENER RAZÓN: LA ASERTIVIDAD COMO ÍNDICE DE CALIDAD ASISTENCIAL.
Rumbo JM. Arantón L, Tenreiro MA.

Introducción: Los profesionales sanitarios nos encontramos, a menudo, ante situaciones conflictivas que repercuten en la calidad de la atención y que contribuyen a "etiquetar" como conflictivas a aquellas personas consideradas problemáticas por su demanda constante de atención. Es frecuente, desde nuestro estatus profesional, considerar que son los demás los que se comportan de forma indebida y deben corregir sus actitudes y expresiones. Además, nos cuesta admitir que también nosotros causamos problemas y/o contribuimos a que esto se agrave con nuestras palabras, gestos y modales, haciendo casi imposible el mutuo diálogo respetuoso.
Objetivo: Conocer el grado de asertividad que los profesionales (DUE y TER) de radiodiagnóstico tienen ante situaciones conflictivas de tipo relacional derivadas de la atención asistencial a pacientes y/o familiares.
Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante cumplimentación del test de actitud asertiva ante situaciones conflictivas de tipo relacional de Gordon Bower. Se diseñaron cinco situaciones conflictivas derivadas de la atención en el ámbito laboral de RX . El análisis estadístico empleado fue el Chi-Cuadrado de Pearson para variables cualitativas y comparación de porcentajes, y la prueba de la T de Student para la comparación de medias y varianzas; utilizado para el análisis estadístico el SPSS 11.
Resultados: Se recogieron 16 cuestionarios (53,4% del total del staff). Por categorías, contestaron 7 DUE (77,8%) y 9 TER (42,9%). De los 5 conflictos analizados, el caso nº 1 alcanzó el valor máximo: disconformidad del paciente por falta de información (39,59) y , el mínimo (37,49): protesta por el retraso para realizar la prueba. La puntuación media del cuestionario de Asertividad de manera global fue de 38,57 (conducta asertiva moderada).
Conclusiones: El poseer habilidades sociales y dominar alguna técnica de comunicación, como la asertividad, permite al profesional sanitario dirigir y/o resolver situaciones conflictivas y mantener un alto grado de calidad asistencial en estas situaciones. En nuestro caso, todos los profesionales de RX encuestados se situaron en valores de una conducta asertiva moderada esto presupone al profesional de RX obtener beneficios tanto en el área personal, aumentando la autoestima y confianza personal, como en el ámbito laboral, mejorando su imagen social, disminuyendo su frustración, incrementando la eficacia, la calidad y la su competencia profesional.
Contacto: Luis Arantón Areosa
luis.aranton.areosa@sergas.es

P-328.- ACTIVIDAD PROFESIONAL Y SATISFACCIÓN LABORAL EN MÉDICOS DE ÁREAS CRÍTICAS.
de la Torre-Prados MV, García-Alcántara A.

Objetivos: Identificar y valorar los agentes y factores que intervienen en el desarrollo de los profesionales del sistema sanitario público, con especial relevancia en facultativos de áreas críticas.
Método: Estudio prospectivo y descriptivo en un ámbito geográfico autonómico específico. Cuestionario anónimo con cuarenta cuestiones, diez abiertas y resto cerradas. La muestra incluye facultativos médicos con ejercicio en áreas críticas y relacionados con asistencia a eventos científicos específicos y a través de correo convencional, durante el periodo octubre de 2004 a noviembre de 2005. Las variables descriptivas de la actividad profesional han sido la definición de funciones, espacio de trabajo individual, ambiente laboral de respeto interpersonal, de participación y de trabajo en equipo.
Resultados: Se analizaron un total de 184 cuestionarios, 52,5% del total distribuidos. La edad media fue de 37,64 ± años. El 61% eran varones. Un 30% no tenía definida sus funciones como profesionales, con mayor incidencia en los contratos inestables con un 41% de un total de 49 entrevistados, en los hospitales de especialidades con un 37% de un total de 59 casos y de las áreas de Cuidados Intensivos con un 33% de un total de 77 de este grupo. Solo el 47% de los encuestados expresaron de forma positiva la disponibilidad de espacio en las áreas de trabajo, siendo las áreas de Cuidados Intensivos con un 38%, los médicos inestables y los médicos en formación los más afectados. El respeto interpersonal se encuentra presente en la mayoría de los entornos laborales (82%), tanto en relación al tipo de hospital como el área específica, si bien el porcentaje mas reducido se encuentra en el entorno de los hospitales Generales, 76% de un total de 41 casos. La participación activa de los miembros del equipo sanitario se aprecia en el 72% de un total de 144 casos entrevistados, con menos realidad participativa en los hospitales de especialidades (58%) y en los contratos laborales inestables, 67% de un total de 49 entrevistas. El equipo de trabajo esta presente en un 73% de los encuestados, siendo los hospitales de segundo nivel con 58% donde menos está desarrollado este aspecto asistencial.
Conclusiones: La asistencia al paciente crítico conlleva un importante esfuerzo y desgaste físico y emocional que deben en parte modularse con un desarrollo profesional basado en la cultura del trabajo en equipo, con adecuado espacio y organización como es la definición de funciones así como una estrategia de apoyo institucional.
Contacto: Mª Victoria De La Torre Prados
med009666@nacom.es

P-329.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN PALIATIVA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.
Pascual A, Subirana M, López C, Moreno E, Català E, Pardo N.

Objetivos: En los últimos años los adelantos en el tratamiento específico del cáncer han comportado un aumento de la supervivencia y una mejora en la calidad de vida de los enfermos. Este hecho, junto con el envejecimiento gradual de la población y el aumento progresivo de la prevalencia de algunas enfermedades hace que haya un gran número de enfermos en situación terminal de su enfermedad. Ante esta situación, hay una demanda generalizada de una atención centrada en el ser humano, de calidad y con costes razonables, que permita una vida y una muerte dignas. La respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los enfermos en fase terminal y de sus familiares se encuentra en la medicina paliativa. Con la finalidad de garantizar la calidad y la seguridad de los cuidados a los pacientes en fase terminal de su enfermedad se ha elaborado una guía de práctica clínica.
Métodos: Para la elaboración de esta guía se creó un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado des del Programa de Calidad, se llevó a cabo una busca bibliográfica con una estrategia previa diseñada en las bases Cochrane Library Plus y MEDLINE, y se consideraron aquellos elementos esenciales contemplados en los criterios del instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe). Una vez elaborada, la guía ha sido sometida a revisión y crítica por un grupo seleccionado de profesionales del centro. La actualización de la guía está prevista para el noviembre de 2007 o antes si existe nueva evidencia científica disponible que sea relevante.

Resultados: La guía, que se elaboró en 3 años durante los cuales se realizaron 50 reuniones, se estructura en ocho capítulos: 1. Introducción a la atención paliativa; 2. Curas y atención integral al enfermo; 3. Control de los síntomas; 4. Las últimas horas; 5. Urgencias en medicina paliativa; 6. Comunicación con el enfermo y la familia. Estrategias de información; 7. Bioética al final de la vida; 8. Aspectos diferenciales en la atención paliativa al niño.
Conclusiones: El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables. Esta guía ayuda a los profesionales a homogeneizar la atención paliativa y promueve un conocimiento de las opciones de atención y de tratamiento basados en la evidencia y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. Además, garantiza una atención de calidad a los enfermos y establece las bases para una posterior evaluación.
Contacto: Mireia Subirana Casacuberta
msubirana@santpau.es

P-330.- IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
Dierssen-Sotos T, Salcedo F, López- Madurga E, Grupo de implementación de la guía de HTA en el SCS.

Objetivos: Describir el proceso de implementación de una Guía de Práctica Clínica (GPC) en un Servicio de Salud.
Métodos: El proceso para desarrollar un plan de implementación se ha realizado con el soporte metodológico y técnico de GuíaSalud, estructurándose en las siguientes fases: 1 Creación del grupo de trabajo con profesionales de Atención primaria (clínicos y gestores), Atención especializada (nefrólogo, medicina interna, medicina preventiva) y de la gerencia del Servicio Cántabro de Salud (Farmacia, Atención Primaria). 2 Evaluación de la calidad científico-técnica de la guía mediante la aplicación del Instrumento AGREE, en el contexto de un taller de 4 horas de duración, por grupos de evaluadores con 4-6 miembros cada uno. 3 Evaluación de la aplicabilidad clínica de las recomendaciones: en base al método RAND modificado. El panel de expertos evalúa cada una de las 74 recomendaciones de la GPC puntuando de 1: no la seguiría en absoluto a 9: la seguiría totalmente. Para el desarrollo de esta etapa se ha diseñado un formulario on-line. 4 Priorización de las recomendaciones mediante técnicas cualitativas y utilizando la información de la aplicabilidad clínica, para obtener información sobre infrautilización de prácticas altamente recomendables y sobre uso inadecuado (aplicación de prácticas sin evidencia científica). 5 Estrategias de implementación de cada una de las recomendaciones priorizadas 6 Implementación y evaluación.
Resultados: Tras la evaluación con el Instrumento AGREE la GPC de HTA resulta altamente recomendable. Cuatro de las 6 áreas de la guía alcanzan una puntuación superior al 60%. Estas áreas son alcance y objetivos (88%), rigor en la elaboración (69%), claridad en la presentación (96%) e independencia editorial (100%). Las áreas "participación de los implicados" y "aplicabilidad", obtuvieron respectivamente 47% y 39%. En ambos casos la puntuación ponderada fue superior al 30% Actualmente se está desarrollando la 3ª fase del proyecto (evaluación de la aplicabilidad clínica).
Conclusiones: 1La GPC de HTA presenta una buena calidad científico-técnica. Las áreas con menor puntuación podrán subsanarse ya que se trata de una GPC actualmente uso en otra Comunidad Autónoma y las barreras organizativas potenciales son uno de los aspectos a trabajar en el taller de priorización e implementación. 2 La evaluación de la aplicabilidad clínica de las recomendaciones pretende complementar al AGREE y servir de punto de partida a la priorización.
Contacto: Trinidad Dierssen Sotos
tdierssen@dg.scsalud.es

P-331.- IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA LA SEPSIS GRAVES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.
de la Torre-Prados MV, Castaño-Pérez J, Domínguez-Jiménez R, García-Álvarez JM, Camacho-Pulido J, Machado-Casas J.

Objetivos: Conocer el grado de implementación de guías clínicas basadas en la evidencia en áreas asistenciales de cuidados intensivos en relación a cuadros clínicos con sospechas de sepsis graves y/o shock séptico con elevada mortalidad, alrededor del 50%.
Método: Estudio prospectivo y multicéntrico. Se diseña una hoja de recogida de datos y en el periodo de octubre de 2005 a abril de 2006, se evalúa en 18 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la disponibilidad de protocolos con estándares de calidad asistencial con actuación inmediata o de resucitación en las primeras seis horas y hacia el tratamiento en las primeras 24 horas desde el inicio del cuadro séptico.
Resultados: La disponibilidad del lactato estaba presente en un 59%, protocolización de la normalidad hemodinámica con volumen en un 55% y con drogas vasoactivas en un 72%. La intervención precoz con antibioterapia de amplio espectro en las tres primeras horas en un 61%. La proteína C activada disponible en el centro en un 76% y en protocolo de actuación terapéutica en las primeras 24 horas en un 61%. Tanto el tratamiento con corticoides como un estricto control de la glucemia estaban desarrollados en un 61%. La ventilación mecánica con estrategia protectora en un 55%, y la instauración de la sedación en un 67%.
Conclusiones: Existen marcadores biológicos de gran utilidad, como el lactato, por su discriminación de pacientes respecto a su nivel de gravedad y que sin ser elevado su precio aun no está generalizado su uso. Otras medidas con influencia en la función de los diferentes órganos como la optimización hemodinámica no están igualmente generalizadas. Es necesario realizar intervenciones educativas entre los profesionales relacionados con áreas críticas, médicos y enfermeros para influir de forma favorable en los resultados clínicos.
Contacto: Mª Victoria De La Torre Prados
med009666@nacom.es

P-332.- UN PROTOCOLO DE CUESTIONES ÉTICAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA PARA INTEGRAR LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.
Ríos-Valles L, Griroll-Herandez A, Fernández-García P, Ibiricu-Barro A, Abadia-Lasala E, Doblado-Lopez O.

Objetivo: Durante la acreditación de la Joint Comision , detectamos la necesidad de incluir el registro de los aspectos èticos asistenciales en la historia clínica, lo cual nos hizo definir que aspectos èticos era relevante registrar y de que manera.
Nuestro objetivo es diseñar y evaluar un protocolo de cuestiones éticas como herramienta de mejora del registro de los aspectos éticos que se plantean en la relación asistencial.
Métodos:
1.- Diseño del protocolo de cuestiones éticas por parte de los responsables de ética del centro incluyendo: consentimiento informado (CI), implicación familiar en la asistencia en adulto competente y no competente, Documento de voluntades anticipadas (DVA), Orden de no resucitación (ONR), confidencialidad (analítica HIV, tratamiento de la imagen,...) y manifestaciones reiteradas durante la asistencia (morir en casa, tratamiento de la agonía, etc)
2.- Diseño del soporte informático para integrarlo en la historia clínica
3.- Presentación al equipo del protocolo
4.- Evaluación de la utilización
5.- Implantación de mejoras
Resultados: Desde la implantación del protocolo, en octubre de 2004, el protocolo de cuestiones éticas ha sido utilizado en 7 ocasiones en 2004, 41 en 2005 y 254 en el primer cuatrimestre de 2006, pendiente de nuevos resultados en septiembre de 2006.
El registro más utilizado es la implicación de la familia en la asistencia (30 ocasiones en adultos no competentes y 47 en adulto competente) y el DVA (19 registros).
En el primer trimestre de 2006, y después de introducir cambios en el protocolo, el registro más utilizado es la autorización de vacunación en menores de 16 años.
Los profesionales que mas lo han utilizado son las enfermeras responsables de Atención Domiciliaria y de pediatría, y el responsable de ética.
Conclusiones: La puesta en marcha de un protocolo informatizado de cuestiones éticas integrado en la historia clínica, ha supuesto un mayor registro de las mismas.
La utilización del protocolo favorece la integración de la ética en la actividad asistencial.
Los profesionales de enfermería utilizan más el protocolo, fundamentalmente los relacionados con el programa de atención domiciliaria y pediatría.
Deberíamos incidir en la utilización del protocolo por parte del resto de profesionales.
Contacto: Lidia Ríos Valles
lrios@grupsagessa.com

P-333.- AGRESIÓN PERCIBIDA DURANTE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL POR PROFESIONALES FACULTATIVOS DE ÁREAS CRÍTICAS.
de la Torre-Prados MV, García-Alcántara A.

Objetivos: Conocer el nivel de agresión percibido por los profesionales del sistema sanitario público, con especial relevancia en facultativos médicos de áreas críticas.
Método: Estudio prospectivo y descriptivo en un ámbito geográfico autonómico específico. Se elabora un cuestionario anónimo con cuarenta cuestiones, diez abiertas y resto cerradas. La muestra incluye facultativos médicos con ejercicio en áreas críticas y relacionados con asistencia a eventos científicos específicos y a través de correo convencional. El periodo de estudio comprende desde octubre de 2004 a noviembre de 2005. Las situaciones de agresividad evaluadas son el no respeto a tu persona, no respeto a la categoría profesional o jerarquía del cargo y las condiciones laborales. Se evalua las causas de la agresión y la provocación de la misma.
Resultados: Se analizaron un total de 184 cuestionarios, 52,5% del total distribuidos. La edad media fue de 37,64 ± años con un rango de 25 a 60 años. El 61% eran varones. El sentimiento de haber sido agredido durante la actividad profesional estuvo presente en un 56%, n=103. La mayor frecuencia de forma significativa ($p<0,05$) en áreas criticas extrahospitalarias (89% del total del grupo, n=17) y en urgencias de los hospitales de mayor complejidad o reginales (68% de un total de 40 casos). Entre las principales causas de la agresión destaca no respeto a la dignidad de la persona tanto en la vertiente física como en la moral (desprecio, falta de confianza, ofensiva verbal e intento de agresión física) con un 46% de un total de 162 situaciones, seguido de las condiciones laborales (falta de organización, falta de estabilidad laboral, insuficiencia en la infraestructura, demora asistencial, guardias durante todo el embarazo y maternidad reciente) con un 37% y por último el no respeto a la categoría profesional (no reconocimiento público, no valoración categoría, imposición, discriminación, desestimar criterios) con un 17%. La agresión fue provocada principalmente por familiares en un 34%, seguido de pacientes en un 24% y de cargos directivos internos o externos al servicio por un 20%.
Conclusiones: El ejercicio de la medicina en áreas asistenciales críticas se aprecia en este estudio que podría conllevar un alto desgaste físico y emocional, con repercusiones negativas a nivel personal, por la no respuesta esperada en los aspectos organizativos por los responsables de los servicios y de la administración por las condiciones laborales.
Contacto: Mª Victoria De La Torre Prados
med009666@nacom.es

P-334.- MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL MÉDICO SOLICITANTE AL LABORATORIO.
Herrero MC, Perdomo I, Buhigas I, Azofra A, Rodríguez G, Valor S.

Objetivos: Conocer la percepción de los médicos solicitantes sobre el servicio proporcionado por el Área de Laboratorio.
Métodos:
- Se elaboró un cuestionario de 14 preguntas con posibilidad de respuesta cerrada, en el que se valoraron la percepción del médico solicitante sobre el producto de laboratorio, accesibilidad, colaboración, asesoramiento y confianza y dos preguntas abiertas.
- Se realizó una estimación muestral con una confianza del 95%, un porcentaje esperado de satisfacción global del 85% y una precisión del 5% (n=110). Se hizo un muestreo estratificado por unidad asistencial.
- Se estudia la distribución de frecuencias de cada variable.

Resultados:
- El nº total de encuestas entregadas ha sido 110 y han contestado 96 (87,3 %).
- El nivel de SATISFACCIÓN GLOBAL es percibido como bueno por el 61,5% de los médicos encuestados.
- Se han considerado entre "Buena y Muy Buena" la facilidad para consultar dudas administrativas (71,3%) y dudas clínicas (71,2%), la respuesta a consultas clínicas (67,4%) y la comunicación de alarmas (60,8%).
- La cartera de servicios se considera "Buena" (54,3%), la información sobre novedades y cambios se ha evaluado como "Adecuada" (35,1%), la participación en proyectos de investigación se considera "Buena" (44,7%), la Participación en sesiones clínicas se percibe "Adecuada" (31,7%) y la practicabilidad del Gestor de Peticiones como Buena (51,1%).
- La Credibilidad ha sido evaluada como "Buena y Muy Buena" en Hematología (85%), Bioquímica (79,2%), Microbiología (80%) y Anatomía (75,3%).
- La adecuación del tiempo de respuesta se percibe como "Bueno y Muy Bueno" en Hematología, (66,7%), Bioquímica (66,6%) y Microbiología (70,7%) y entre "Adecuado y Bueno" en Anatomía (62,2%) y Neuropatología (75,6%).
- La Claridad en el Informe se ha evaluado como "Buena y Muy Buena" en Hematología (79,6%), Bioquímica (79,2%), Microbiología (73,9%) y Anatomía (75,3%).
- La Interpretación y Comentarios del Informe se consideran "Buenos" en Hematología (46,7%), Bioquímica (48,4%), Microbiología (46,1%) y Anatomía (41,3%).

Conclusiones: La realización de encuestas a los médicos usuarios del laboratorio nos permiten realizar un seguimiento de la percepción del cliente externo. Su análisis nos permite evaluar donde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en relación con los requisitos relacionados con el cliente y dar respuesta a uno de los requisitos de la norma ISO 9001:2000, recientemente implantada en nuestro laboratorio.
Contacto: Mª Carmen Herrero Alonso
mcherrero@fhalcorcon.es

P-335.- VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INSTITUCIÓN DEDICADA AL ENTRENAMIENTO PROFESIONAL SANITARIO.
Villen JA, Pelaez C, García F, Valverde M, Sánchez C, Vazquez G.

Introducción: En las empresas el mayor activo esta constituido por el capital humano, siendo el conocimiento y las competencias de sus profesionales sus valores principales. La creación de una institución pública, centrada en general, transferir compartir el conocimiento con los profesionales de la sanidad de una Autonomía, y desarrollar en forma de entrenamiento en competencias constituye un esfuerzo dedicado a promocionar su capital humano, y por tanto a mejorar sus resultados asistenciales globales y la calidad de sus prestaciones. Estos objetivos solo se pueden conseguir si se dan dos condiciones, la primera es que sus actividades formativas sean pertinentes a las necesidades asistenciales de su población, y en segundo lugar si dichas actividades llegan a un número suficiente de profesionales, para asegurar un impacto global positivo en sus conocimientos y competencias.
Objetivo: Valorar la estrategia de diseminación de las actividades de entrenamiento mediante el numero de profesionales que han participado en sus actividades y la valoración del entrenamiento recibido.
Método: Las actividades de entrenamiento realizadas por nuestra institución se basan en metodologías presenciales y de eLearning. La diseminación de estas actividades se ha realizado por equipo de profesionales de nuestra institución mediante entrevistas con responsables docentes apoyadas en material didáctico. Simultáneamente otros miembros del equipo se dedicaban a evaluar sistemáticamente el impacto de la accione formativas.
Resultados: el numero de alumnos el primer año de actividad, fue de 3280, pasando a 6082 en el segundo año; el 72 % de los participantes procedían de instituciones públicas sanitarias, siendo los principales clientes los servicios hospitalarios 57%, y el entrenamiento en técnicas básicas de aprendizaje el mas demandado 48%; la metodología empleada fue mixta en el 80% de nuestras actividades y solo un 20% online exclusivamente. La distribución geográfica por provincias varió entre u 5 % y un 25%. La satisfacción global de los alumnos fue del 87%, siendo el parámetro con valoración mas baja la accesibilidad a la formación de eLearning, considerando un 75% que la formación recibida era adecuada a sus necesidades.
Conclusiones: la metodología de diseminación e implantación de nuestras actividades de entrenamiento, han demostrado su efectividad llegando a una masa critica de profesionales. La pertinencia de estas actividades se ha objetivado con la valoración recibida.
Contacto: José Ángel Villén Sánchez
joseangel.villen@iavantefundacion.com

P-336.- CREACIÓN Y APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DE CARGAS DE TRABAJO EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA.
Blanco-Ferrer S, Boixadera-Vendrell M, Donat-Urtos L, Mesa-Castro A, Muñoz-Muñoz I, Quintana-Sánchez I.

Introducción: La Residencia Asistida y Centro de Día Santa Rosa se trata de un establecimiento de titularidad pública, gestionado por una enti-

dad de iniciativa social, situado en Mollet del Valles, provincia de Barcelona y que ofrece atención a 80 residentes y 22 usuarios en el centro de día.
De todos es sabido que la distribución de las cargas de trabajo es un tema que afecta directamente a los profesionales y de lo que cada vez estamos más acostumbrados a oír hablar, sobretodo en organizaciones hospitalarias y desde los Comités de Seguridad y Salud, pero que todavía es algo muy poco utilizado en organizaciones de atención a los ancianos en situación de dependencia.
En nuestro centro desde la que se llevó a cabo la creación del "grupo de mejora" integrado por las enfermeras, éste a sido uno de sus objetivos prioritarios como gestoras de los cuidados.
Objetivos:
1. Conseguir una distribución equitativa de la carga de trabajo entre las gerocultoras.
2. Adecuar de manera eficaz el tiempo de cuidados dedicado a cada usuario según las necesidades individuales de cada uno.
Metodología:
1. Reuniones semanales de equipo de enfermeras.
2. Diseño de la escala de valoración.
3. Aplicación de la escala de valoración a los 80 usuarios en cada turno de trabajo cada 3 meses.
4. Distribución de los usuarios entre las cuidadoras según puntuaciones y/o necesidades específicas de cada persona.
5. Comunicación al equipo cuidador de las nuevas distribuciones.
Resultados: Durante los once años de aplicación de dicha escala a lo largo de los cuales hemos introducido algunas modificaciones que nos han ayudado a mejorarla, podemos constatar que se trata de un instrumento verdaderamente útil el cual nos ayuda a gestionar de manera equitativa, eficiente y eficaz a nuestros equipos de atención directa, consiguiendo una repercusión positiva no tan sólo en los usuarios, sino también en los trabajadores.
Conclusión: Se trata de un instrumento de gran utilidad que no solamente tiene en cuenta las áreas más funcionales de la persona, sino que también analiza otros aspectos como el cognitivo, la morfología, la rigidez, etc.. que pueden influir directamente en el tiempo a la hora de ejecutar los cuidados.
Debido a la poca disponibilidad que existe en el campo de la geriatría de este tipo de instrumentos consideramos importante que grupos de enfermeras reflexionen y trabajen en este tipo de cuestiones con la finalidad de validar instrumentos adecuados a nuestra realidad específica dentro del campo de la geronto-geriatría.
Contacto: Mireia Boixadera Vendrell
mboixadera@menta.net

P-337.- GESTIÓN INTEGRAL PRESUPUESTARIA DE PERSONAL GIP.
Gomar P, García A, Argiles M, Guasch B, Piera J.

Objetivos: Implantar una metodología de trabajo que permita integrar en un único proceso la necesidad de disponer de un presupuesto anual de personal con criterios funcionales, un procedimiento de contratación vinculado a la disponibilidad presupuestaria y un sistema ágil de información contable y de gestión.
Métodos: Hemos desarrollado un sistema de presupuestación basado en los conceptos de CLT (Código de Lugar de Trabajo) y CDP (Código de Gasto de Personal) y método base cero.
Este sistema ha comportado un cambio cultural y de sistema de trabajo, y ha requerido una tarea previa de difusión y formación de los responsables y de revisión de los circuitos implicados.
En el marco del Plan de Sistemas de Recursos Humanos y vinculado con el de gestión administrativa, contable y de información de gestión, hemos diseñado e implantado un aplicativo de desarrollo propio como herramienta de soporte a este nuevo concepto de gestión integral de presupuesto de personal.
Este aplicativo contempla: definición de los CLTs y CDPs que constituyen la base del presupuesto, cálculo y periodificación de los importes, seguimiento mensual y acumulado del gasto, seguimiento actualizado de la plantilla y obtención de información financiera y de gestión.
Resultados: El nuevo método de gestión integral de presupuesto de personal, proporciona un presupuesto detallado, estructurado y perfectamente fundamentado. Facilita la negociación, el pacto y el cierre del presupuesto con los responsables. Permite tener un catálogo de todos los puestos de trabajo permanentemente actualizado. Posibilita la ordenación y el control de la contratación (vinculación con el sistema automático de solicitudes de contratación). Facilita la identificación de las nuevas acciones no presupuestadas (nuevo circuito de autorización).
El soporte informático proporciona una mayor fiabilidad y velocidad en los cálculos, mayor agilidad en la introducción de modificaciones durante el proceso de negociación, facilidad en la extracción de datos, y difusión de la información a la organización mediante la intranet corporativa.
Conclusiones: Esta metodología de trabajo se ha implantado de manera exitosa y ha arraigado plenamente en la organización, propiciando un cambio en la dinámica de funcionamiento diario.
Ha comportado un salto cualitativo tanto en el trabajo interno del Departamento de Recursos Humanos, como en el servicio que presta el Departamento al resto de la Organización (responsables de gestión, directivos y gerencia).
Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

P-338.- ¿ES RENTABLE PARA EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD INVERTIR EN FORMACIÓN CONTINUA?.
Julve-Guerrero MV, Artiaga-Guerrero JR, Aznar-Rico V, Cisneros-Izquierdo A, Gómez-Gutiérrez V, Sancet-Bueno MF.

El Objetivo del trabajo es elaborar un buen Plan de Formación Continua del Servicio Aragonés de Salud a través de la implantación del Protocolo de "Gestión de Procesos Formativos" para normalizar y coordinar la gestión en esta materia.
El Protocolo fue el resultado del trabajo de dos grupos, integrados por una variada representación de agentes y responsables de formación, con una doble finalidad:
1. El análisis sistemático de detección de necesidades formativas
2. La descripción de las actividades que integran los procesos formativos, con indicación de plazos, profesionales y Unidades que intervienen, incluyendo los modelos a utilizar, así como diagramas de flujo.
Son Resultados obtenidos hasta el momento los siguientes:
1. Documento aprobado: "Protocolo de Gestión de los Procesos Formativos
2. Designación de un Responsable de Formación por Sector
3. Normalización de las distintas actividades y fijación de los plazos para realizarlas
4. Implantación de un modelo único de evaluación de reacción
5. Claridad en la información
6. Mejor coordinación
De todo ello, pueden extraerse las siguientes Conclusiones:
Aprobada la implantación del Protocolo el pasado mes de abril, que ha contado con el consenso de todos los participantes en los grupos de trabajo y el refrendo de los máximos responsables de nuestro Organismo, es la herramienta a utilizar para la elaboración de los Planes Anuales de Formación Continua a partir del 2007.
Este Protocolo viene a normalizar el proceso de gestión de la Formación Continua, lo que conlleva la homogeneidad del mismo, sistematizando sus distintas fases y facilitando un constante intercambio de información, sin olvidarnos finalmente de la implantación de un modelo de evaluación común que permitirá conocer el grado de satisfacción de los profesionales y su impacto en el entorno laboral.
La Formación Continua implica cada año para el SALUD un importante presupuesto económico y el esfuerzo y tiempo de muchos profesionales. La puesta en práctica de este Protocolo, al contribuir a una más adecuada selección de las actividades formativas, no busca comprar "precio" sino "calidad", lo que significa asegurar la mejor de las rentabilidades posibles a la inversión realizada.
Contacto: Mª Victoria Julve Guerrero
mvjulve@salud.aragon.es

P-339.- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.
Recasens V, Rubio-Martínez A, Rello L, Giralt M, Vela ML, García-Mata JM.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción y las sugerencias en relación al laboratorio de Hematología por parte de los diferentes servicios hospitalarios a través de encuesta individualizada acorde con la normativa ISO para acreditación de laboratorio.

Metodología: Envío de encuesta de satisfacción en mayo 2005 a personal facultativo descartando servicios centrales y 24 facultativos participantes del pretest (3 Hospital infantil, 2 Maternidad, 2 Traumatología y 15 Hospital General). Misma selección para médicos residentes.
Encuesta de 23 preguntas con respuesta numérica (1-10) en 21 y descripción de aspectos más negativos y positivos en las otras 2. Apartados evaluados: Grado de conocimiento del catálogo de pruebas, suficiencia para sus necesidades diagnósticas, calidad analítica, modelo de solicitud de pruebas y nivel de conformidad, informe de resultados, horario del laboratorio, tiempos de respuesta diagnóstica y comunicación directa con el laboratorio.
Resultados: 699 encuestas enviadas con respuesta en 87. Medias en cada apartado: grado de conocimiento del catálogo de pruebas (6,42), suficiencia para sus necesidades diagnósticas (7,58), grado de confianza en resultado (8,28), garantía de confidencialidad (6,27), facilidad de cumplimentación (7,59), facilidad para indicar diagnóstico de presunción (6,07), importancia de indicar diagnóstico (7,38), nivel de cumplimentación del diagnóstico de presunción (5,43), interés en realizar solicitud vía informática (8,07), identificación paciente (8,51), suficiencia de la información del resultado (8,18), claridad para la comprensión del resultado (8,15), recepción informe vía informática (7,35), horario solicitud de analítica programada (6,50), horario de atención a pacientes ambulantes (6,61), tiempos respuesta de analíticas urgentes (7,04), y de analíticas programadas básicas (7,50), y de pruebas especiales (6.25), comunicación directa con facultativos (7,72), y con secretaría (7,35) y valoración del proceso de informatización del laboratorio (7,84). La media del global de la encuesta se sitúa por encima de 7 puntos.
Conclusiones: La media del global de la encuesta es un buen resultado de partida que podrá superarse implantando las mejoras necesarias. Es necesario desarrollar acciones para dar a conocer mejor el catálogo de pruebas. La calidad de la analítica es muy valorada. La facilidad para indicar el diagnóstico de presunción y su nivel de cumplimentación son aspectos a mejorar.
Contacto: Valle Recasens Flores
vrecasens@salud.aragon.es

P-340.- INFORME DE UN ESTUDIO SOBRE LA ORIENTACIÓN AL CLIENTE DE LOS DIRECTIVOS DEL SESCAM.
Gutiérrez R, Marín MT, Rubio, M Tejero JM, Alcázar F, Chacón J.

Entre los conceptos fundamentales de la "calidad total", en cuya aplicación se basa la obtención de resultados excelentes por parte de cualquier empresa u organización, se encuentra el de "orientación al cliente". Ello significa que su misión principal debe ser orientar su actividad hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación al cliente se corresponde por tanto, con todas aquellas actividades que se realizan para aumentar su nivel de satisfacción. La búsqueda de la misma debe ocupar un lugar central en su planificación, tanto de carácter estratégico, como operativo. La indiferencia o la infravaloración de esta orientación por cualquier organización es siempre una actitud inadecuada, que conduce a la ineficiencia.
Objetivos: Realizar una aproximación a la percepción de los directivos del SESCAM sobre diversos aspectos relacionados con la orientación al cliente/usuario de la actividad del Servicio de Salud y obtener resultados que permitan reconocer diferencias significativas en la valoración del grado de esta orientación, tanto entre las diferentes Áreas Clave relacionadas con la calidad en la atención, como entre distintos niveles y departamentos del SESCAM.
Metodología: Tomando como referencia el cuestionario utilizado por la empresa consultora Qualitas Hispania para elaborar el "Estudio del Nivel de Orientación al Cliente de la Empresa Española 2005" se realizó una adaptación del mismo para su aplicación a una muestra de directivos del Servicio de Salud. La recogida de datos se realizó durante los días 1 y 2 de diciembre de 2005 sobre un total de 83 directivos de las Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada y Oficinas Provinciales de Prestaciones.
Resultados: Se cumplimentaron un total de 66 cuestionarios, realizándose la explotación posterior de los mismos en relación con las cinco Áreas Clave diseñadas:
- Gestión Estratégica.
- Perfil Cultural.
- Relaciones con los pacientes y usuarios.
- Adecuación de las Unidades y Servicios.
- Flujos de comunicación/Información.

Contacto: Teresa Marín Rubio
mtmarin@jccm.es

P-341.- MEJORA DE LA EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD EN LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE UN ÁREA DE SALUD.
Gómez A, López S, Guirado P, Gorrindo C, Moreno JL, Vizuete C.

Justificación: En el área de trabajo disponemos de una publicación periódica dirigida a los trabajadores en formato papel, que es una vía de comunicación no formal.
Se presenta la oportunidad de realizarla en formato digital, ya que se ha desarrollado una intranet corporativa.
Objetivo: Pasar de formato papel a formato digital, consiguiendo una mayor accesibilidad, immediatez y una imagen más atractiva.
Àmbito de actuación:
10 Áreas Básicas de Salud con un total de 601 profesionales de diferentes categorías.
Material y método:
Se diseña el siguiente plan de trabajo:
• Se crea un grupo de trabajo que lidera el proyecto. Formado por un equipo multidisciplinar.
• El equipo diseña el plan de acción:
- Definición de secciones
- Diseño del formato digital
- Periodicidad
- Requerimientos técnicos/intranet

Resultados: Se han realizado tres reuniones del equipo, donde se definen 6 secciones para el formato digital, se decide una Periodicidad bimensual y se amplia el target de profesionales que recibirán la publicación a 4.182. Queda garantizada la distribución y recepción para todos, no habiendo fugas en el proceso logístico.
Disminuye en un 75% el tiempo de producción y distribución.
Mejoramos la imagen pasando de un formato en blanco negro a uno en color, así como ampliando el número de páginas que en caso de papel era de 16.
El gasto de producción pasar a ser 0 €.
Conclusiones: Con el nuevo formato digital conseguimos: accesibilidad de todos los profesionales, immediatez en la recepción de la información, que genera feed-back con los profesionales, y ahorro de material y tiempo para la elaboración de la revista, así como una imagen atractiva.
Contacto: Alberto Gómez Arebalo
agomez.cp.ics@gencat.net

P-342.- LA FORMACIÓN COMO UN INSTRUMENTO BÁSICO DE GESTIÓN EN EL CAMBIO DE PERFIL DE UN CENTRO HOSPITALARIO.
Lara-Farfante M, Clavo-Sánchez A, Guerra-Arevalo F, Serrano-Gonzalez A, Bergillos-Barroso M, Galdran-Caro A.

En el año 2004, nuestro Centro definió el Plan Estratégico 2004-2007 con el principal objetivo de cambiar el perfil del Hospital desde su anterior orientación de hospital de enfermos crónicos y paliativos de larga estancia, con listas de espera quirúrgicas, hacia un hospital médico-quirúrgico de complejidad intermedia. Se establecieron 4 líneas estratégicas básicas: Asistencial, Calidad, Finanzas y Recursos Humanos, con sus respectivos planes operativos y objetivos anuales. Para apoyar la consecución de los mismos se ha definido e iniciado la ejecución de un Plan de Formación Interna, que contempla la formación técnica y de habilidades en gestión de equipos y de orientación al paciente.
Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el desarrollo y aplicación del enfoque estratégico de la formación de los profesionales del Centro, para alcanzar la alineación de los desempeños individuales con la estrategia y objetivos generales, destacando el enfoque de la formación en gestión de los Mandos Intermedios y Directivos como participantes en el Programa de Desarrollo Directivo.
Método: Análisis de necesidades formativas en base a los objetivos de cada División, derivados de los Objetivos anuales del Centro en ejecución de su Plan Estratégico; elaboración y ejecución del Plan de Formación Interna en fechas comprendidas entre el 1 de Enero de 2005 y el 15 de mayo de 2006.

Resultados: Programa Desarrollo Directivo mediante acciones impartidas por Consultora de Formación Externa: Liderazgo y Motivación de Equipos Asistenciales, Trabajo en Equipo, Evaluación del Desempeño, Negociación y Gestión de Conflictos, Assessment Center, Coaching para Directivos.
Programa de Reciclaje y perfeccionamiento: Talleres teórico prácticos sobre técnicas y procedimientos
Desarrollo de habilidades: Atención al Usuario y Trabajo en Equipo
Hemos constatado a través de estudios cualitativos (encuestas y entrevistas) un incremento de la calidad asistencial, en la satisfacción del usuario y en la motivación de los profesionales
Conclusión: La formación planificada y diseñada para alcanzar objetivos es herramienta básica en su consecución.
Contacto: Myriam Lara Farfante
mlara@jerez.betica.sanjuandedios-oh.es

P-343.- DISEÑO DE MODELOS PARA LA EVALUACIÓN DE OBJETIVOS Y ASIGNACIÓN DE INCENTIVOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
Rodríguez MT, Naranjo V, Navarro E, Sánchez H, López I, Martínez PM.

Objetivos: Diseñar una herramienta para la evaluación de objetivos y la asignación de incentivos a cada una de las categorías profesionales de Atención Especializada en un Servicio de Salud, de forma objetiva y proporcional al grado de implicación y participación con los objetivos generales.
Metodología: Un Grupo de Trabajo Central desarrolló el sistema para el Personal FACULTATIVO y coordinó otros dos grupos para Personal SANITARIO NO FACULTATIVO y Personal NO SANITARIO. El esquema de trabajo consistió en elaborar distintos Modelos de Evaluación, diferenciados en función del desempeño de actividades homogéneas, relacionar los Servicios o Unidades que pudieran ser evaluados por cada uno de los Modelos definidos, seleccionar los indicadores idóneos para evaluar objetivos de actividad y de calidad, describirlos y asignarles el peso que su cumplimiento representaría al cuantificar los incentivos.
Resultados: Se definieron 76 Modelos. A cada uno de ellos se le asignó un total de 100 puntos distribuidos en tres apartados: Objetivos de Actividad, de Calidad y Objetivos Específicos que permitan incentivar aspectos singulares del propio Centro o del Servicio, correspondiendo 20 puntos a los objetivos específicos y distribuyendo los 80 restantes entre los asistenciales y los de calidad, con un peso diferente para cada apartado según sea la categoría profesional o el Modelo de que se trate. A partir de la determinación de grupos con actividad homogénea, se desarrollan 5 Modelos de Evaluación para el personal facultativo con actividad en Servicios Médicos, 2 Modelos para los Quirúrgicos y 18 Modelos para los facultativos con actividad en Servicios o Unidades Centrales asistenciales o de Gestión. Para la evaluación del Personal Sanitario No Facultativo se desarrollan 21 Modelos de Evaluación, diferenciándolos en función de la actividad desempeñada, independientemente del Servicio al que estén adscritos. Para el Personal No Sanitario, se desarrollan 30 Modelos de Evaluación que diferencian la actividad desarrollada por cada categoría en los distintos Servicios o Unidades.
Conclusiones: Los 76 Modelos de Evaluación desarrollados dan una idea de la complejidad del proyecto y de la gran diversidad de equipos, características organizativas y actividades asistenciales incluidas en la evaluación. Consideramos que el documento define un Sistema de Evaluación preciso, bien construido y que servirá, para trasladar, de forma pactada, los objetivos institucionales hasta los equipos de trabajo.
Contacto: Mª Teresa Rodríguez Delgado
mroddel@gobiernodecanarias.org

P-344.- EL CAMBIO HORARIO COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL.
García-Lázaro M, Alventosa-Cortes AM, Monterde-Martínez A, Villanueva-Alonso A, Guasch-Ibañez B, Gomar-Sánchez P.

Objetivos: Revisión del modelo de atención de enfermería del centro sociosanitario, que conlleva como resultado el diseño de un nuevo horario, que permite la redistribución de tareas, la mejora de la calidad asistencial y de las condiciones sociolaborales del personal.
Método: En el marco del Plan Estratégico y de un cambio organizativo interno en la organización, se ha llevado a cabo una reorganización de la Dirección de Enfermería, la cual contempla entre sus líneas de actuación el impulso de las políticas de calidad y de adecuación profesional, a fin de mejorar la práctica de enfermería.
En este entorno, se ha revisado el modelo de atención de enfermería del centro sociosanitario y se ha detectado la conveniencia de introducir un cambio horario, pasando de turnos de 12 horas a días alternos a turnos de mañana, tarde y noche.
La definición del nuevo horario se ha llevado a cabo mediante: el análisis de los horarios vigentes y la distribución horaria de las actividades de enfermería, elaboración de una nueva propuesta, presentación a los representantes de los trabajadores y al personal, realización de una encuesta para detectar preferencias de turno y horario, elaboración de calendarios y notificación individualizada a los profesionales.
Todo ello bajo las premisas de mantenimiento presupuestario, disminución de la jornada laboral y mejora de la conciliación sociofamiliar.
Resultados: El nuevo horario, que se iniciará en junio de 2006, consiste en turnos de mañana y tarde de 6,5 horas diarias y 11 horas a días alternos en el turno de noche. Un fin de semana de cada tres en los turnos diurnos y reducción de la jornada anual de 10 horas/año.
Este horario incrementa la calidad asistencial porque permite una mayor presencia física de enfermería en las horas de más actividad, y mejora la comunicación entre turnos y la continuidad de los cuidados.
Ha tenido una buena acogida por parte del personal, ya que se han podido satisfacer un 80% de las preferencias expresadas.
La revisión del modelo de atención sociosanitaria de enfermería ha permitido diseñar una nueva distribución horaria de las tareas, y establecer una batería de indicadores cualitativos de la atención, ligados al sistema de retribución variable del personal.
Conclusiones: Se valora el cambio horario como una buena herramienta para la mejora de la calidad asistencial.
Se considera que la revisión del modelo de atención ha de propiciar una dinámica de evaluación continuada de la calidad y el desarrollo de futuras líneas de intervención.
Contacto: Manuela García Lázaro
mgarcial@bsa.gs

P-345.- INDICADORES: LA MEDIDA DE NUESTRO TRABAJO.
Martí-Usón R, Blázquez-Jiménez M, Hernández-Saez S, Sánchez L., Giménez-Pérez R.

Objetivos: Lo que el centro pretende conseguir a través de los Indicadores de calidad son datos concretos (cifras) que nos informen de la situación en la que nos encontramos respecto al desarrollo de nuestros procesos o ,en el camino hacia la consecución de nuestros objetivos para poder tomar las acciones necesarias en el camino de la mejora.
Métodos: Existen varios tipos de indicadores de calidad, nosotros contamos con indicadores de logros y de procesos:
Indicadores de logros: son los indicadores que se establecen para comprobar si los objetivos fijados por el centro han sido alcanzados; Todo objetivo debe ir siempre acompañado de un indicador mesurable que nos indique el grado de consecución obtenido hasta el momento de la medición.
Indicadores de procesos: son aquellos que proporcionan información sobre el desarrollo de las actividades establecidas para cada proceso; Partimos de un "mapa de procesos" en el que diferenciamos todos aquellos procesos (clave y de apoyo) que se llevan a cabo en el centro para poder realizar la prestación de servicios a nuestros pacientes.
Ambos tipos de indicadores forman parte de un Listado que se configura anualmente en el que se establece el proceso y/o objetivo al que pertenecen, la descripción, el responsable de la medición, la frecuencia y su límite admisible, del que dependerá tomar el resultado como conforme o no conforme.
Si el resultado se considera no conforme, en primer lugar, se investigarán las causas y en segundo lugar, se decidirá si es necesaria la apertura de acciones correctivas al respecto, cuya eficacia será medida con los resultados de los indicadores posteriores. Anualmente se elabora un "Informe de desempeño de Procesos" en el que se analizan los resultados obtenidos, las acciones correctivas establecidas y la eficacia de éstas.
Resultados: 150 indicadores repartidos entre los diferentes servicios; 1000 mediciones, de las cuales el 83% son conformes; El 9% de las acciones correctivas se dedican a solventar los resultados no conformes de indicadores de procesos.

Conclusiones: Los indicadores de calidad sirven para anticiparnos a situaciones sin retroceso o de difícil solución, proporcionándonos información en tiempo real y dotando al personal supervisor de una capacidad de actuación más elevada.
Los Indicadores de Calidad hacen que el personal asistencial se involucre en la mejora continua del centro y en la consecución de mejores resultados, que se traducen en mejoras en el cuidado y trato asistencial de nuestros pacientes.
Contacto: Mª José Blázquez Jiménez
calidad.val@quiron.es

P-346.- ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS(VVAS).
Tamayo-Velázquez M, Pérez-Amores I, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Reyes-Burgos MA, Álvarez-Fernández B.

Objetivos:
1. Describir resultados de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de profesionales sanitarios sobre las Voluntades Vitales Anticipadas-VVAs (Testamentos Vitales).
2. Comparar los resultados obtenidos en dos Distritos Sanitarios de Andalucía.
Métodos: Diseño: Estudio descriptivo transversal.
Ámbito de estudio: Centros de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) del Distrito Sanitario La Vega en la provincia de Málaga y el Distrito Levante-Alto Almanzora en la provincia de Almería.
Sujetos de estudio: 536 médicos y enfermeros Provincia de Almería: 124 de AP y 170 de AE (Subtotal 294). Provincia de Málaga: 106 de AP y 136 de AE (Subtotal 242).
Población estudiada: No se hizo muestreo. Se estudió toda la población.
Instrumento: cuestionario validado autocumplimentado compuesto por 12 ítems.
Recogida de datos: En AP, los enfermeros de enlace han sido los encargados de la entrega y recogida de los cuestionarios por los centros de salud y consultorios de las distintas zonas básicas. En AE un participante del grupo investigador fue acompañado por las trabajadoras sociales de cada hospital, repartiendo y posteriormente recogiendo los cuestionarios.
Realización: Diciembre 2005 - Febrero 2006.
Resultados: Media de conocimientos sobre las VVAs: 4.96 (escala 0-10). El 64.4 % sabe que las VVAs son documentos regulados por la ley. Sólo un 33,8% ha leído el documento de VVA de Andalucía.
Media de las actitudes hacia las VVAs (Escala 0-10): Conveniencia de que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos escritos en la VVA: 8.29; las VVAs son un instrumento útil: 8.17; el representante facilita la toma de decisiones a los sanitarios: 7.86; recomendarían a sus pacientes hacer una VVA: 7.81; les gustaría que sus familiares tuvieran hecha la VVA: 8.02; Cumplimentarían su propia VVA: 8.16; Respetaría los deseos expresados por un paciente en una VVA: 8.94; harían una VVA durante el próximo año: 5.12
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos distritos, excepto en uno de los ítems.
Conclusiones: Se detecta una actitud positiva de los profesionales hacia las VVAs pero poco conocimiento de las mismas. No hay diferencias entre los dos Distritos estudiados. Sería necesario profundizar en los motivos que llevan a los profesionales a manifestar una actitud positiva ante las VVAs y sin embargo no mostrarse muy predispuestos a su cumplimentación en un futuro cercano.
Contacto: Mª Isabel Tamayo Velázquez
mariai.tamayo.easp@juntadeandalucia.es

P-347.- PACTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD, COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL.
Calahorra-Fernández L, Casas-Díaz MR, Fernández-Simancas A, Soriano-Castrejón A, Sánchez-Mora C, Ortiz-Valdepeñas J.

Objetivos:
1- Diseñar objetivos específicos para los servicios médicos, unidades de enfermería y servicios no asistenciales de nuestro centro.
2- Nombramiento de un responsable de calidad por servicio, área o unidad.
3- Pacto y seguimiento periódico de los objetivos.
Método: Para cada servicio, área o unidad, se ha diseñado un documento que recoge los objetivos de actividad asistencial, docente e investigadora y de calidad. Dentro de los objetivos de calidad se incluyen los del Plan de Calidad del Sistema de Salud incluidos en el contrato de gestión y que puedan ser aplicables así como otros específicos que se incluyen dentro del Plan de Calidad del Centro. Los objetivos están estructurados según los nueve criterios de modelo EFQM.
Cada objetivo incluye: definición, nivel pactado, evaluador, indicador y responsable.
El director del área correspondiente presenta los objetivos al responsable del servicio, área o unidad y solicita el nombramiento de un responsable de calidad del mismo que deberá dar a conocer estos objetivos al resto de sus miembros. En una reunión posterior el coordinador de calidad del área médica, de enfermería o de gestión, explica pormenorizadamente cada objetivo e instala en los ordenadores del servicio una carpeta con el material necesario para su desarrollo. Finalmente se firman por el responsable del servicio, área o unidad, el responsable de calidad del mismo. El director correspondiente y el coordinador de calidad del área médica, de enfermería o de gestión.
En todos los casos se pacta la realización de tres reuniones que incluyen: firma, seguimiento y evaluación. Los objetivos están fijados para un periodo de un año.
Resultados: Se han elaborado los objetivos del 90% de los servicios, áreas o unidades. En el momento de remitir este trabajo se están llevando a cabo, la firma de los objetivos por todos los responsables, fijándose la fecha de las reuniones posteriores. Se presentan modelos de objetivos para cada una de las tres áreas.
Conclusiones: El documento de objetivos facilita la difusión de los objetivos de calidad del contrato de gestión y del Plan de Calidad del Centro entre todos los trabajadores.
El pacto de los mismos favorece el compromiso de los trabajadores para el cumplimiento de los mismos y la evaluación posterior.
La entrega del material en formato electrónico facilita la labor y ayuda a crear cultura de calidad.
Las reuniones sucesivas y el carácter anual de los pactos constituyen un ciclo de mejora continua de la calidad a todos los niveles.
Contacto: Luis Calahorra Fernández
calahorraf@sescam.jccm.es

P-348.- ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA OPTIMIZACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO.
Gómez-Blanco A, Carnero-Moya MC.

Objetivos. El objetivo consiste en diseñar el sistema de mantenimiento óptimo del equipamiento médico de un Hospital. Para ello, se aplican técnicas de decisión multicriterio, en concreto MACBETH, sobre las políticas de mantenimiento, posibles en un hospital de última generación. Se han analizado las áreas implicadas, los recursos disponibles y la organización existente.
Métodos: En este trabajo se obtiene una primera clasificación de equipos atendiendo a diferentes criterios para, a continuación, establecer la política de mantenimiento más adecuada para cada uno de ellos.
Esto se realiza combinando la técnica de clasificación de equipos críticos, que consiste en la aplicación de criterios debidamente ponderados, divididos a su vez en niveles o categorías según su importancia, obteniendo un índice de criticidad para cada equipo considerado. Estos criterios abarcan aspectos tales como: efectos del fallo sobre el servicio, momento en el que puede presentarse el fallo, número de usuarios afectados, riesgo potencial para usuarios y profesionales, existencia de equipos alternativos, datos históricos de fiabilidad, costes, etc. Cada criterio y sus consiguientes niveles se ponderan utilizando la técnica de decisión multicriterio MACBETH (Measuring Attractiveness by Categorical Based Evaluation Technique), que proporciona los pesos ponderados de cada uno de ellos.
Resultados: En primer lugar obtenemos un índice de criticidad (Ic), cuyo valor va desde 0 a 100, para equipo estudiado, que nos proporciona el nivel de importancia de cada uno de ellos, según los criterios considerados. Posteriormente se establecen las bandas de criticidad según los valores obtenidos, donde se integran dichos equipos de menor a menor importancia. Para cada grupo de equipos considerados en cada banda, se establece el tipo de política de mantenimiento a considerar, de mayor a menor valor de Ic: predictivo monitorizado ($Ic \leq 80$), predictivo periódico ($60 \geq Ic < 80$), preventivo por rutas periódicas ($25 \geq Ic < 60$), preventivo por período fijo ($10 \geq Ic < 25$).

Conclusiones: Con la aplicación de técnicas modernas de decisión multicriterio, bien de forma aislada, bien integradas como en este estudio, se consigue realizar las tomas de decisiones, relativas al diseño del sistema de mantenimiento, que proporcionen un mayor nivel de calidad asistencial. Además, se puede conseguir optimizar los recursos disponibles obteniéndose una mayor fiabilidad y disponibilidad a un coste adecuado.

Contacto: Andrés Gómez Blanco
andresg@sescam.org

P-349.- PROTOCOLO GESTIÓN FLOTA DE VEHÍCULOS.

Balboa-Mena A.

Objetivos: El protocolo de Gestión Flota se desarrolla con el objeto de que las unidades asistenciales móviles dispongan de los vehículos, junto con su equipamiento, en óptimo estado para la prestación del servicio. Con el Protocolo Gestión de Flota se fomenta un uso optimizado de los vehículos en reten, permitiendo alcanzar los objetivos estratégicos, como "tiempo de parada 0" ante las actuaciones previstas en imprevistas, como los mantenimientos programados, cambio de neumáticos, averías, etc., e incrementar los parámetros de calidad.
Método: Sobre los vehículos desplegados en las unidades asistenciales se realizan una serie de actuaciones periódicas, limpieza exterior e interior, revisiones mecánicas, adecuación de equipamiento asistencial, mantenimientos mecánicos prescritos, etc, con el fin de adecuar el estado óptimo de los vehículos a la actividad.
Dichas actuaciones se planifican en un "CALENDARIO GESTIÓN FLOTA". El día previsto se procede a la sustitución del vehículo asignado por otro de similares características, sobre el que se han realizado las diferentes actuaciones descritas a continuación y se encuentra totalmente equipado y verificado:
1. Intercambio en la Base Asistencial del vehículo verificado, según planificación del calendario.
2. Entrada vehículo retirado en dependencias del parque.
3. Desmontaje equipamiento Material Sanitario y A.Electromedicina.1ª Revisión Logística Asistencial.
4. Revisión mecánica, niveles, presión neumáticos, etc.
5. Limpieza exterior e interior , desinfección del habitáculo sanitario
6. Montaje equipamiento Material Sanitario y A.Electromedicina. 2ª Revisión Logística Asistencial.
7. Verificación documentación y accesorios, regulados por la legislación vigente.
8. Verificación vehículo, clasificación como reten
El proceso de intercambio de vehículos se realiza en la base asistencial, con el fin de no distorsionar la actividad de la unidad
Resultados/Conclusiones:
El procedimiento permite conocer en todo momento la flota operativa, vehículos en reten, estado de conservación, etc.
Desde su implantación las unidades asistenciales disponen de los vehículos, junto con su equipamiento, en óptimo estado para la prestación del servicio. El tiempo de parada ante actuaciones previstas es prácticamente cero y ante imprevistas o averías se ha minimiza, en el peor de los casos dicho tiempo coincide con el que trascurre en desplazar un vehículo verificado hasta el lugar del imprevisto.

Contacto: Antonio Balboa Mena
abalboa.summa@salud.madrid.org

P-350.- LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO MEJORA LA EFICIENCIA DE LAS UCI.

Bóveda JL, Wangensteen O, Salgado A, Delatorre FJ, Martínez-Casademont M, Torras MG.

Los pacientes ingresados en una UCI, requieren frecuentes determinaciones analíticas con el consiguiente consumo de recursos hospitalarios.
Objetivos: Reducir costos de laboratorio en nuestra UCI, obteniendo iguales resultados clínicos-asistenciales, tras introducir un protocolo que racionalice las solicitudes de análisis, realizadas de forma rutinaria. Para ello se introdujo un protocolo que evaluara la necesidad de los análisis de laboratorio en función del estado del paciente, que evitara determinaciones duplicadas, con supervisión de las solicitudes que realizan los médicos residentes y control de seguimiento por 1 persona externa.
El estudio constó de 3 fases de 1 año cada una: Fase 1 de control (Grupo 1) o previo al de aplicación del protocolo y en el que no se había realizado actuación alguna. Fase 2 de aplicación del protocolo (Grupo 2). Fase 3 de consolidación (Grupo 3).
En cada grupo se analizó el número total de ingresos, edad media, nivel de gravedad medido por el Simplified Acute Physiology Score 2 (SAPS 2). Se cuantificó el total de técnicas realizadas y su coste y la variación entre los grupos 2 y 3 con el grupo 1. El número de solicitudes por paciente se expresó en media ± desviación estándar y se comparó sus medias mediante la T de Student. Se analizó la mortalidad global de los grupos. Resultados: El número de ingresos fue de 846, 809 y 774 en los Grupos 1, 2 y 3 respectivamente. El análisis descriptivo de los pacientes no mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos. El número de determinaciones realizadas fue Grupo 1: 156.890, Grupo 2: 115.391 y Grupo 3: 112.902. Entre el Grupo 1 y el 2 hubo una reducción de 41.499 determinaciones (26,45%), y entre el Grupo 1 y el 3 de 43.998 (28,04%). El coste total de las determinaciones (en €) fue Grupo 1: 553.097, Grupo 2: 419.076, Grupo 3: 429.484. Entre el Grupo 1 y el 2 hubo una reducción de 133.950 € (26,45%), y entre el 1 y el 3 de 123.543 (22,34%). La media de determinaciones por paciente fue: Grupo 1 de 155,13±207,56, Grupo 2 de 130,06±183,11 y Grupo 3 de 128,39±166,22. La comparación de medias fue estadísticamente significativa ($p<0,0001$). No se observó diferencia de la mortalidad entre los 3 Grupos (24,80%, 24,47% y 24,29%, respectivamente)
Conclusiones: La inclusión de un protocolo en la rutina de solicitud de las analíticas de laboratorio a los pacientes graves de una UCI contribuye a una mayor eficiencia al reducir el número de técnicas realizadas y obtener igual resultado sobre la mortalidad.

Contacto: José L. Bóveda Treviño
jlboveda@vhebron.net

P-351.- EVALUACIÓN EN EL PROCESO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS ANALÍTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Aguirre-Peña E Carrasco-Rodríguez J, García-Rodríguez MI.

Objetivo: Valorar la influencia de una intervención de mejora de calidad en la obtención de muestras analíticas de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de A. Primaria (AP) de Toledo, cuyo laboratorio de referencia es el Hospital V. de la Salud.
Método: Estudio descriptivo retrospectivo "antes y después" de una intervención, basado en la recogida de datos sobre muestras "no conformes", es decir aquellas que no se ajustan a las normas establecidas de envase y etiquetado.
El estudio se realizó en 27 ZBS del Área de Toledo, sobre analíticas recogidas en abril y mayo de los años 2003 y 2006. En este periodo se desarrollaron medidas de mejora para disminuir el porcentaje de muestras "no conformes".
Durante los años 2003, 2004 y 2005 el laboratorio envió diariamente por FAX copia de las muestras erróneas a todos los Centros.
Las medidas adoptadas por Dirección de Enfermería de AP fueron:
En el año 2003: Cambio del tubo de coagulación por problemas en el llenado, contacto con los centros y envío de la evaluación de resultados.
En el año 2004 se realizaron 27 talleres formativos, se repartieron carteles informativos actualizados y se elaboró una Guía de Formación Práctica.
En el año 2005 se dieron 3 talleres para personal eventual, la Guía se colgó en la Intranet de Gerencia, se elaboraron Tarjetas de Bolsillo con información sobre envases adecuados y se tomaron medidas correctoras en la organización en algún centro que tenía mayor porcentaje de errores.
Resultados: El porcentaje medio de errores de las 27 ZBS en el año 2003 es de 1,99 %, mejorando en el año 2006 disminuyendo a un 1,75 %.
Las determinaciones que constituyen la primera causa de error en los años estudiados son los análisis de orina, aunque ha habido una mejora de un 5,62 %.
En el año 2006 destaca como segunda causa de error las determinaciones bioquímicas aumentando considerablemente con respecto al año 2003. Los estudios de coagulación mejoran en un 8,44 %.
Conclusiones: Los errores en la obtención de muestras tienen una tendencia de mejora. Se debe seguir motorizando.
Las determinaciones sujetas a error van cambiando a medida que los laboratorios introducen nuevas organizaciones. En la actualidad los envases de recogida son complejos, haciendo que el peligro de errores aumente.

- Diagnosticar cual son las determinaciones que dan más errores permite diseñar una estrategia específica.
- La disminución en los errores en la obtención de muestras conlleva una mejora en la seguridad del paciente y del profesional.

Contacto: María Isabel Rodríguez
misabelg@sescam.jccm.es

P-352.- IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

Rubio AR, Moya P, Cia JJ, Mateos J, Fernández M, Martínez JM.

Objetivos: Evaluar la actividad del Servicio de Farmacia (SF) mediante el análisis de los indicadores establecidos en el cuadro de mando.
Método: Se realizó un análisis de los datos de actividad y económicos proporcionados por el sistema de información del SF reflejados en los indicadores definidos para cada área durante un año natural (dividido en periodo trimestrales).
Resultados: Se definieron un total de 44 indicadores de actividad y 17 indicadores económicos para 5 áreas de actividad desarrolladas en el SF. En el área de gestión destaca la tendencia descendente que presenta el número de solicitudes de medicamentos no incluidos en Guía Farmacoterapéutica. Con referencia al área de dispensación y distribución de medicamentos, se obtuvo una media de un 89% de pacientes ingresados atendidos por el sistema de dispensación de dosis unitaria (DU), permaneciendo prácticamente invariable a lo largo de los cuatro periodos de estudio. Como indicador económico se obtuvo un coste total de medicamentos adquiridos por el SF en línea de tendencia ascendente, siendo un 27.26% el coste de medicamentos destinados a pacientes hospitalizados y un 72.74% el correspondiente a pacientes externos y en régimen ambulatorio. Con respecto al coste de medicamentos por paciente hospitalizado, se obtuvo un resultado en línea de tendencia ligeramente descendente.En el área de elaboración, destaca la elaboración de unidades de Nutrición Parenteral (NP), tanto para adultos (67% de media, con tendencia descendente) como para pacientes pediátricos (33% de las NP elaboradas siendo la tendencia ligeramente ascendente); siendo un 26.28% de ellas protocolizadas (en línea ascendente). Por su parte, el Nº de especialidades farmacéuticas que requirieron acondicionado para adecuarlas al sistema de distribución de medicamentos por DU (reenvasado), que aparecía en línea de evolución descendente, representó una media de un 19% del total de especialidades farmacéuticas incluidas.Tanto el número total de pacientes externos, como el porcentaje de éstos que son atendidos por primera vez por el SF presentan una tendencia ascendente, con un porcentaje medio de un 27.75 % de pacientes nuevos en todo el año 2005, lo que supone, asimismo, un incremento en el número de dispensaciones a este tipo de pacientes.
Conclusiones: El cuadro de mando se establece como una herramienta de apoyo fundamental para la monitorización de las distintas áreas de actividad del SF, constituyendo, asimismo, un estímulo poderoso para la mejora continua de la calidad.

Contacto: Ana Rosa Rubio Salvador
arrubios@gmail.com

P-353.- RENDIMIENTO DEL EURO EN DOS LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

Salas A, Vilaplana C, Gimeno C, Pérez J, Sevillano C, Calderón A.

Objetivo: Estudiar el rendimiento del euro durante cinco años en dos laboratorios de análisis clínicos a partir de la actividad y el coste económico de estos laboratorios.
Materiales: Para este estudio se dispone de los datos procedentes de dos laboratorios hospitalarios pertenecientes a la Xarxa Hospitalaria de Utilització Pública de Catalunya (XHUP); Laboratorio del Consorci Sanitari de Terrassa y Laboratori de Badalona Serveis Assistencials.
Método: Se unifican criterios para recoger los datos económicos y de actividad procedentes de los dos laboratorios, basándonos en el "College of American Pathologist Laboratory Management Index Program".
Se calcula el rendimiento del euro a partir de la actividad total que se realiza en cada laboratorio y del coste total del mismo respecto a esta actividad. No se incluye los costes del depósito de sangre. Este rendimiento se calcula a euro constante y corrigiendo la inflación de los cinco años.
Resultados: Los resultados encontrados para los indicadores son los siguientes:

ITEMS TERRASSA	2000	2001	2002	2003	2004
Número determinaciones realizadas en el laboratorio / Gasto gestionable _	0.81	0.79	0.91	0.85	0.88
Número determinaciones realizadas en el laboratorio / Gasto gestionable _	*0.81	0.81	0.98	0.94	1.00
ITEMS BADALONA	2000	2001	2002	2003	2004
Número determinaciones realizadas en el laboratorio / Gasto gestionable _	0.88	0.93	0.88	0.82	0.86
Número determinaciones realizadas en el laboratorio / Gasto gestionable _	*0.88	0.96	0.94	0.90	0.98

* corregida la inflación

Conclusiones: En el laboratorio de Terrassa se observa una tendencia a aumentar el rendimiento del euro sin corrección y con corrección de la inflación. Esta tendencia solo se observa en el Laboratorio de Badalona cuando se corrige la inflación.

Contacto: Ángel Salas García
asalas@csdt.es

P-354.- HACIA UN SISTEMA DE GESTIÓN GLOBAL DEL LABORATORIO: MÓDULO DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO.

Rello-Varas L, González-Irizábal Y, García-Castañón S, García-González E, García-Rodríguez B, Recaséns-Flores V.

Objetivos: El SIL del laboratorio ha dejado de ser un mero emisor de informes de análisis para convertirse en un sistema de gestión global de laboratorio que incorpore herramientas tales como el control de stocks, el control de la gestión y productividad, así como el control calidad interno del laboratorio.
Un control de calidad es una herramienta para comprobar que un procedimiento analítico funciona correctamente. Para interpretar adecuadamente los resultados de los controles, así como para comprobar que las variables analíticas están dentro de las especificaciones de la calidad, sería necesario transferir esos datos de los controles internos a un programa de estadística.
Por todo ello, la integración de un módulo de control de calidad interno dentro del SIL del laboratorio supone una herramienta fundamental.
Material y Métodos: Se describen las prestaciones en el módulo de control de calidad del programa de laboratorio Modulab Gold, así como las posibles mejoras que podrían incorporarse.
Resultados: La definición de los controles es idéntica a la que se haría en el software del analizador. El procesado de los mismos va generando una base de datos acumulada que permite:
- controlar el estado de cada uno de los analizadores
- evaluar el rendimiento de cada una de las magnitudes respecto de las especificaciones del fabricante o de la calidad deseable
- interactuar sobre los resultados de las muestras, permitiendo validar o invalidar todos los tests de cada una de las magnitudes
- comparar gráficamente los controles procesados en diferentes equipos, permitiendo evaluar la variabilidad entre analizadores
- tener almacenados y accesibles por un periodo ininterrumpido todos y cada uno de los resultados de los controles procesados en cada uno de los analizadores.

Conclusiones: El módulo de QC simplifica la tarea del control de calidad interno de los analizadores integrándola en un programa de gestión global del laboratorio.
Mejoras a implementar serían: obtención del rendimiento analítico global para cada magnitud (no exclusivamente por equipo y nivel de control) y posibilidad de, una vez establecidas las especificaciones de calidad en cuanto al error total analítico permitido, el error sistemático y la variabilidad analítica, fijar el número de controles a procesar y las reglas de rechazo a aplicar.

Contacto: Luis Rello Varas
lrello@salud.aragon.es

P-355.- IMPLANTACIÓN PROGRAMAS GARANTÍA DE CALIDAD EN INSTALACIONES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO CON RAD. IONIZANTE.

García-Lorente A, Juárez-Ortiz A, Rábago-Sánchez-Capuchino MM, Sánchez-Mozo T, Borrego-García E.

La actividad asistencial médica por procedimientos que emplean radiaciones ionizantes con fines de diagnóstico y/o tratamiento está regu-

lada por la Directiva 96/29/EURATOM y la Directiva 97/43/EURATOM. La Directiva ha sido transpuesta en España por normativa estatal mediante RD 1976/1999, de 23 de diciembre, 1566/1998, de 17 de julio y 1841/1997, de 5 de diciembre, que establecen criterios de calidad en radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear respectivamente y por RD 815/2001, de 13 de julio, sobre just.del uso de radiaciones ionizantes en exposiciones médicas.
La Consejería de Sanidad y Consumo ha establecido un sistema de gestión de la verificación, evaluación y certificación de la implantación de los PGC en la Comunidad de Madrid. Destacamos las seis actividades principales que contempla el sistema de trabajo implantado:
1. Diseño de procedimientos de trabajo relativos al expediente de PGC, elaboración de herramientas informáticas y listado de censo de PGC.
2. Definición de la tipología del centro sanitario
3. Definición de ocho áreas de mejora, que integran un número limitado de requerimientos señalados por la normativa aplicable.
4. Creación de tres protocolos de verificación para radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear (listas de requerimientos) cuyo incumplimiento se notifica expresamente a los titulares.
5. Establecimiento de un criterio de interpretación de requerimientos y notificación escrita de la medida correctora.
6. Aplicación del Protocolo Español de Control de Calidad en radiología.
7. Diseño e implantación de un sistema de gestión de los PGC centrado en la mejora continua tanto de nuestra actividad como en las propias instalaciones radiológicas.
Se ha realizado un diseño de la actividad que sitúa el centro del sistema a la unidad técnica que impulsa actividades de evaluación y en el caso de señalarse medidas correctoras al PGC se notifican al titular para subsanación previéndose la posibilidad de varios ciclos de mejora sobre las medidas correctoras al PGC.
Si el PGC se considera correcto, cumple los requisitos de la normativa, se acepta y se notifica al titular la obligatoriedad de realizar una memoria anual según lo previsto en la normativa vigente.
En esta presentación se incluyen esquemas gráficos que aclaran los puntos críticos del diseño de la actividad de implantación de Programas de Garantía de Calidad en las Instalaciones de Radiología Médica y las herramientas e instrumentos de calidad que hemos aplicado en la Comunidad de Madrid.
Contacto: Ángel Juárez Ortiz
angel.juarez@salud.madrid.org

P-356.- REESTERILIZACIÓN DE MATERIAL NO USADO. EL COSTE, EL GASTO Y LOS PROFESIONALES.
Fernández-Ruiz-Pereda C, Villanueva-Pelayo P, Rey-del Arco P, Alonso-González LM, González-Trincado V, Peris-Requena D.

Objetivos: Conocer el material procedente del área quirúrgica que se reesteriliza no habiendo sido utilizado.
Conocer el incremento del coste por reesterilización de material no utilizado.
Métodos: Hospital de nivel IV, de referencia para la comunidad y otras comunidades. En el año 2005 se realizaron aproximadamente 20.000 Intervenciones Quirúrgicas. La Central de Procesos de Material Estéril procesó 12.054 UTES (Unidades Técnicas de Esterilización)
Tiene monitorización sistemática del material fungible que se reesteriliza, incluyendo los paquetes abiertos y no utilizados (cánulas anilladas, Fogarty. circuitos de bomba, introductores, sondas uretrales, pinchos de nefrostomía, pinchos coronarios, pinzas y trócares de laparoscopia, terminales de artroscopia, aspiradores, etc.) La reesterilización del material abierto/no utilizado se identificó como problema/oportunidad de mejora. Obtenido el resultado de la monitorización se estableció un grupo focal, formado por enfermeras representantes del área quirúrgica. La pregunta: ¿ Porque se abre el material que no se utiliza?¿Hay posibilidades de evitarlo?
Resultados: Número total de paquetes procesados: 356.242. Número de paquetes abiertos y no utilizados procesados: 3.266 piezas (0,89%). El coste de reesterilización de estos paquetes es de 4.913,22 euros, que hace referencia exclusivamente al envoltorio, control químico, biológico y agente esterilizante. Coste de personal, rendimiento de máquina… etc, incrementaría este coste. Las enfermeras del grupo focal refieren: costumbre y tranquilidad por parte de todos los profesionales; y posibilidad de evitarlo en muchos casos. Se comprometen a la difusión del concepto al resto de compañeros y solicitan a esterilización que continúen motorizando e informen de los resultados pasados seis meses.
Conclusiones: El gasto es una partida contable que disminuye el beneficio. Informar a los implicados en el mismo, es responsabilidad de quien lo detecta. La solución pasa por un cambio cultural. Dentro de sies mese, informaremos. Espramos que el personal entienda que abrir es una fracción de segundo, abierto es incrementar tiempos y costes y lo adecuado es abrir en el momento justo.
Contacto: Carmen Fernández Ruiz-pereda
estfrc@humv.es

P-357.- MEJORA DE LA CALIDAD EN UNIDADES ASISTENCIALES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.
Rábago MM, García-Lorente A, Sánchez-Mozo T, Juarez-Ortiz A, Borrego-García E.

La Comunidad de Madrid mediante el sistema establecido de evaluación de programas de garantía de calidad en unidades asistenciales de diagnóstico por imagen, desarrolla una importante misión con un objetivo, el de implantar un proceso de mejora continua en las unidades anteriormente citadas.
La metodología para conseguir un resultado óptimo en la búsqueda de áreas de mejora, se logran incidiendo con especial atención en los puntos que citamos a continuación:
- Definición de Responsabilidades
- Descripción de Recursos Humanos y Recursos Materiales
- Criterios de Justificación y Optimización en los procedimientos radiológicos
- Realización de Protocolos Clínicos para los procedimientos radiológicos
- Control de Calidad del equipamiento radiológico.
- Definición de programas de Formación Continuada entre el personal profesionalmente expuesto.
- Composición de Consentimientos Informados sobre alta dosis de radiación.
Mediante la incidencia en estos puntos de evaluación, se consigue detectar áreas de mejora, que tras la actuación con medidas correctoras nos llevan a observar importantes avances en la prestación de la asistencia sanitaria.
Los resultados se traducen en mejoras conseguidas ya por la Comunidad de Madrid:
- Renovación de equipamiento radiológico ya obsoleto y fuera de los límites de tolerancia con la consiguiente garantía de seguridad radiológica para los pacientes.
- Información al paciente mediante consentimiento informado del desarrollo de los procedimientos radiológicos y de los riesgos de los mismos.
- Minimización de dosis a paciente mediante la optimización de la técnica radiológica y la utilización de protección plomada.
- Registro de la evaluación de la calidad de imagen, con la consiguiente garantía de un buen diagnóstico.
A la vista de los resultados se pueden concluir que se ha obtenido un beneficio que repercutirá en los profesionales ya que tendrán los procedimientos de trabajo más estandarizados, aspecto que influirá en una minimización de los errores y de forma indirecta en una mejor atención al paciente, al que se le proporcionará un mejor diagnóstico con el menor índice de riesgo posible.
Contacto: Mar Rábago Sánchez-capuchino
mariadelmar.rabago@salud.madrid.org

P-358.- REDUCCIÓN DEL VOLUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA MEDIANTE EXPURGO.
Pay-López J, Peñalver-Celdrán V, Picazo-Córdoba R, García-Sánchez MJ, Asensio-Sánchez V, Visedo-López JA.

Introducción: Con objeto de rentabilizar el espacio en el Archivo Activo, se crea la necesidad de realizar el expurgo de la Historia Clínica (siguiendo las instrucciones dictadas por la Comisión de HH. CC.), creando el volumen activo y remitiendo al pasivo el resto de la documentación, con una periodicidad de dos veces al año, con medición del beneficio.
Material y Método: Tras la consulta y aprobación por la Comisión de HH. CC., se procede a:

a) Identificación de los documentos obligatorios de la H.C. Activa: Carpetas de Consultas, I. de Alta, I. de CC.EE, C. de Salud y/o Interconsultas, I. de A. Patológica, I. de Pruebas Complementarias, Consentimientos Informados, Hoja Clínico Estadística, Protocolos Quirúrgicos, I. de Urgencias, Hoja de Anestesia, Partograma y otros Informes.
Se decide el expurgo del resto de documentos.
b) Selección de HH. CC. susceptibles de ser expurgadas: con número de vs. superior a dos.
c) Inclusión de los documentos obligatorios en el sobre activo, ordenados por fechas, desde la más reciente a la más antigua, utilizando tantos vs. como sea preciso.
d) Inclusión de la documentación pasiva en los vs. restantes, anulando, si es necesario los no usados.
e) Anulación de vs. excedentes (por la eliminación de impresos en blanco y etiquetas no válidas) en la base de datos informática.
f) Cambio de ubicación informática de los vs. pasivos y traslado al Pasivo.
Resultados: Para la realización del trabajo se seleccionó un total de 151 HH. CC. correspondientes a aquellas con mayor número de vs.:
1.- De un total inicial de 24,839 metros lineales se redujo a 4,90 m., lo que supone una diferencia de 19,74 m. libres y utilizables para archivar.
2.- De los 505 vs. seleccionados, se han eliminado 53, con una reducción del 10,5% del número total de vs.
3.- Por la eliminación de documentos en blanco, además de un mejor aprovechamiento del espacio del sobre que la contiene, se han eliminado 3,2205 m.l., comunes a los Archivos Activo y Pasivo, que se traduce en una reducción del volumen del 12,96% del total.
Conclusiones
1) Tras la implantación de este protocolo se ha conseguido una mayor manejabilidad de la H.C..
2) La accesibilidad a la documentación es más rápida, eficaz y eficiente al estar ordenada cronológicamente.
3) El expurgo ha supuesto la liberación del 80,25% de la zona tratada.
4) Mejora sustancial de la gestión interna del Archivo al disminuir la cantidad de vs. por H.C., facilitando su manejo y localización en menos tiempo.
Contacto: Josefa Pay López
josefa.pay@carm.es

P-359.- SUSTITUTOS DEL PLASMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE (HUB): TABLA DE CARACTERÍSTICAS COMPARATIVAS.
Pastó L, Clavo M, Giménez A, Comitè de Transfusions. Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción y objetivo: Para la reposición del volumen plasmático con frecuencia hay que recurrir al aporte de coloides por su efecto hemodinámico sostenido. En el comercio existe gran variedad de preparaciones de composición y características distintas. A fin de facilitar las decisiones terapéuticas y evitar el uso innecesario de hemoderivados, se ha confeccionado una tabla comparativa con las características principales de las soluciones coloidales existentes en el HUB, así como las propiedades de los derivados de almidón, un grupo en evolución.
Material y métodos: Análisis de la literatura relevante en expansores y sustitutos del plasma. Revisión del material por parte del Comité de Transfusiones del HUB.
Resultados: Tabla comparativa con la información: cada columna describe las propiedades físico-químicas y efectos fisiológicos de las soluciones de Gelatina, Dextrano 40, Hidroxietilalmidón (130/0,4/6%), Albúmina; en las filas se expone Obtención, Concentración (%), Peso Molecular, Incompatibilidades, Reacciones anafilácticas, efectos sobre la hemostasia, cinética, volumen expansor, coste relativo comparado con el salino fisiológico y teniendo en cuenta la capacidad expansora de cada uno.
Conclusiones: El estudio comparativo de las características de los coloides disponibles por parte del Comité de transfusiones del hospital, constituye un aporte a la clarificación y unificación de criterios en la praxis cotidiana.
Esta información ordenada contribuye al aumento de la calidad asistencial.
Contacto: Lourdes Pastó Cardona
lpasto@csub.scs.es

P-360.- ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD PRODUCIDA EN UN SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE EL CÁLCULO DE UNIDADES RELATIVAS DE VALOR.
Martín de Rosales-Cabrera AM, Lara-Cátedra C, Pérez-Encinas M, Sanz-Márquez S, de Carlos-Soler ML, Sanmartín-Fenollera P.

Objetivo: Medir la producción anual de un Servicio de Farmacia en Unidades Relativas de Valor (URV), calcular el grado de complejidad, el coste de la URV y de cada producto final y comparar resultados anuales.
Método: Estudio realizado en un Servicio de Farmacia de un Hospital de 450 camas durante los años 2004 y 2005. El Catálogo de Productos y Facturación de Farmacia Hospitalaria estandariza todas las actividades en 36 productos finales agrupándose en cuatro áreas: gestión, dispensación, elaboración e investigación y les asigna un valor URV. El total de URVs se calcula multiplicando el nº de unidades producidas de cada producto por su valor URV. El índice de complejidad se obtuvo dividiendo el total de URVs por el total de unidades producidas. El coste anual total del Servicio se calculó asumiendo que el 80% corresponde al gasto de personal. El coste de la URV se obtiene dividiendo el coste anual total por el nº de URVs producidas. El coste anual del producto final se obtiene multiplicando el nºde URVs de cada actividad por el coste URV.
Resultados: El nº de URVs producidas fue 1.277.585 en 2004 y 1.215.314 en 2005. Este descenso principalmente en el área de dispensación respondió al 16% de reducción de líneas de unidosis y a la simplificación del procedimiento de dispensación de estupefacientes. El índice de complejidad aumentó de 1,35 en 2004 a 1,45 en 2005 debido al incremento de actividades de mayor valor URV: dispensación a pacientes externos(34%), a pacientes ambulantes(56%), preparación de citostáticos(16%) y atención farmacéutica al paciente externo(23%). El coste total aumentó un 4,5% en el año 2005 debido a un incremento del gasto en personal. El coste URV fue 0,83€ en 2004 aumentando a 0,92€ en 2005. El área de dispensación representó en 2004 y 2005 cerca del 80% de la actividad siendo Dosis Unitaria el producto final de mayor coste. La preparación de citostáticos, área de elaboración, supuso un 10% del coste total en 2005. La actividad en el área de gestión clínica aumentó un 30% por la atención farmacéutica a pacientes externos y los informes de gestión a otros servicios. Las unidades producidas en este área fueron inferiores a las esperadas debido al bajo registro de consultas al CIM y al reciente inicio de información del paciente al alta.
Conclusiones: Conocer los resultados y los costes de producción por área de actividad nos permite detectar deficiencias y plantear objetivos de mejora con el fin de racionalizar la gestión de los recursos y aumentar la calidad del servicio.
Contacto: Ana Mª Martín De Rosales Cabrera
ammartinr@fhalcorcon.es

P-361.- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS E INTERVENCIONES: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.
Monje A.

Objetivo: Determinar interrelación NANDA, NIC y NOC en base a la Casuística hospitalaria en paciente con GRD EPOC.
La necesidad de integrar un marco conceptual enfermero con los lenguajes estandarizados se hace inminente en los Servicios de Salud, la implantación del aplicativo informático en versión NET, consolida de forma definitiva la incorporación de taxonomías NANDA, NIC y NOC en la practica clínica de las enfermeras y abre nuevas necesidades en el desarrollo de habilidades en el juicio diagnostico y terapéutico para la planificación de cuidados.
Métodos: Se realizo un estudio del 30% de las altas hospitalarias en el año 2005 con diagnostico medico de EPOC.
El tamaño de la muestra fue de 33 pacientes facilitados por el Servicio de Admisión de manera aleatoria.
Casuística del Hospital: pacientes mayoritariamente varones con una edad media de 76,15 años de los cuales un 72,7% había tenido ingresos anteriores por el mismo cuadro y que ingresan en la Unidad con cuadro de intensa disnea y oxigenoterapia. A un 51,5% se les adiestro adecuadamente durante el ingreso en el manejo de inhaladores.
Interrelación NANDA, NIC y NOC para posterior implementación en los Planes de Cuidados del Hospital mediante aplicativo informático.

Resultados: Se designaron un total de 4 diagnósticos de Enfermería de un total de 7 con los que se trabajo al principio:
1. Conocimientos deficientes,
2. Intercambio gaseoso, Deterioro
3. Patrón respiratorio, Ineficaz.
4. Régimen terapéutico, Manejo inefectivo.
Se designaron un total de 5 etiquetas NOC de un total de 11 con las que se comenzó previamente:
1. Conocimiento: Proceso de la enfermedad.
2. Conocimiento: Régimen terapéutico.
3. Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas.
4. Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.
5. Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión.
Se designaron un total de 4 intervenciones prioritarias de las 22 etiquetas NIC con las que se trabajo y que se ajustaban según los pacientes a las de mayor peso según su apreciación:
1. Disminución de la ansiedad.
2. Manejo de la energía.
3. Enseñanza: proceso de la enfermedad.
4. Enseñanza: Procedimiento/tratamiento.
Conclusiones: Necesidad de unificar el lenguaje común enfermero.
Importancia de aplicar metodología enfermera con lenguaje común NANDA, NIC y NOC en los Planes de Cuidados para su incorporación posterior al aplicativo informático.
El aplicativo informático facilita la implantación del lenguaje NANDA, NIC y NOC.
Contacto: Amaya Monje Álvarez
amanach@yahoo.es

P-362.- INFORMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
Arantón L, Fraga ML, Poza A, Carrascal E, Álvarez V, Añón MJ.

Introducción: La enfermería como pieza clave en el sistema sanitario, está conformada con un cuerpo específico de conocimientos y un área específica de actuación cuyo eje principal son los CUIDADOS. Para su aplicación es necesario el uso de un lenguaje diagnóstico validado y estandarizado que nos proporcione un marco común de referencia. Formular Diagnósticos enfermeros requiere hacer un análisis de la situación del paciente, sintetizar los hallazgos más importantes, exactitud al interpretar y dar sentido a los datos clínicos observados; es un proceso de pensamiento crítico, que nos permite (capacita) para tomar decisiones sobre los resultados que deseamos obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos.
En nuestro ámbito adoptamos como filosofía, el modelo de 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson y disponemos para su desarrollo e implantación, del aplicativo informático Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA), lo que supone un profundo cambio en la cultura organizativa y la incorporación y uso de equipos y aplicativo informáticos.
Objetivo: Describir el proceso de implantación del modelo y aplicativo informático. Incluye la identificación y análisis de las resistencias detectadas, así como el establecimiento de estrategias para su resolución.
Método: Desde Dirección de Enfermería se crea un equipo de mejora incluyendo personal del Comité Técnico Sanitario de Planes de Cuidados y responsables de la unidades a implantar; que aplicando herramientas metodológicas propias del área de gestión de la calidad (Brain-Storming, Técnica nominal de grupo, Parrilla de priorización...) analizan y planifican la implantación.
Resultados: Se establece y planifica el programa de formación e implantación (aproximadamente 1 mes por cada 2 unidades de enfermería). Se identifican 14 motivos de resistencia para los que se proponen 12 acciones correctivas y preventivas. Se ha implantado el aplicativo en 11 unidades de enfermería, quedando pendientes las 3 últimas para después del periodo estival.
Conclusión: La utilización de Planes de Cuidados posibilita una atención más completa e integral al paciente. La aplicación informática debe facilitar su abordaje de una forma integrada, continua e interdisciplinar.
Los equipos de mejora se han revelado como un instrumento importantísimo en la gestión de la calidad. Las medidas aplicadas, han permitido abordar los problemas de forma satisfactoria, minimizando las resistencias.
Contacto: Luis Arantón Areosa
luis.aranton.areosa@sergas.es

P-363.- IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL H.G.U REINA SOFÍA DE MURCIA.
Arellano C, Sáez AR.

Objetivo: Diseñar líneas estratégicas para implantar registro planes de cuidados estandarizados
Un sistema de trabajo basado en el método científico permite enmarcar la actuación profesional en un proceso normalizado, favore la evaluación y mejora continua de la práctica. Se elabora un documento que permita planificar cuidados del paciente. El registro consta de: diagnóstico enfermero NANDA, factores relacionados, criterios de resultado NOC e intervenciones enfermeras NIC. La normalización de planes de cuidados da apoyo profesional a la enfermera. Verifica la adecuación entre cuidados prestados y medios utilizados y garantiza la continuidad de los mismos.La falta de hábito de trabajo sistemático y uso del lenguaje ,taxonomías, son un factor de resistencia
Método: La introducción de este registro la llevó a cabo un grupo de mejora. El método fue el análisis de campos de fuerza. Se basa en conocer factores a favor y en contra del cambio;en el diseño de estrategias que disminuyan las fuerzas en contra y refuercen las fuerzas a favor.
A FAVOR: Define la actividad enfermera, Mayor satisfacción profesional, Aporta información útil para el equipo, Promueve la comunicación entre cuidadores, Ayuda en la toma de decisiones, Da continuidad a los cuidados, Minimiza la variabilidad de la práctica,Facilita el uso de lenguaje propio, Fomenta la participación de familia y paciente
Fuente para la investigación
EN CONTRA: Falta de formación, Incremento de documentación, Falta de tiempo, Falta de motivación,Temor a responsabilidades,Falta de liderazgo en mandos intermedios, Considerado como requisito de la institución, Diversidad en formación pregrado
ESTRATEGIAS: Disminuir fuerzas en contra: Determinar una unidad para pilotaje del registro, Actividades formativas en horario laboral, Asesoramiento, Sistema de trabajo asignación de pacientes, Los miembros del grupo de mejora no pertenecen al equipo directivo
Reforzar fuerzas a favor: Registrar actividades realizadas no reflejadas, Garantizar la continuidad de cuidados con la planificación, Participación del personal de la Unidad en sesiones clínicas, Reuniones para exponer casos prácticos apoyadas por grupo de mejora
Conclusiones:Se elabora registro de plan de cuidados: Riesgo infección, Riesgo estreñimiento, Deterioro movilidad física, Intolerancia a actividad, Déficit autocuidados, Ansiedad, Riesgo de deterioro de integridad cutánea, Deterioro de integridad cutánea.
Se hace cronograma de implantación y evaluación.El pilotaje en una unidad de Medicina interna
Contacto: Carmen Arellano Morata
carmen.arellano@carm.es

P-364.- EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE PLANES DE CUIDADOS EN EL H.G.U REINA SOFÍA DE MURCIA.
Sáez AR, Arellano C.

Objetivos: Detectar la vinculación entre Planes de cuidados y diagnósticos enfermeros identificados en Valoración
Evaluar la interrelación diagnósticos, factores relacionados, criterios de resultado e intervenciones.
Metodología: Criterios: Los pacientes ingresados 24 horas en Medicina Interna tienen realizada la Valoración. Aclaración: aparece etiqueta identificativa, valoración física y tres patrones funcionales. En las valoraciones aparece al menos uno de los diagnósticos estandarizados. El Plan de cuidados corresponde al diagnóstico identificado. Aclaración: El plan de cuidados supone la selección de: Diagnóstico, factores relacionados, criterios de resultados y programación de actividades
Dimensión estudiada:Calidad científico-técnica,datos:de proceso, Unidades de estudio: pacientes ingresados el día de la medición y enfermeras ,Fuentes de datos: Valoración de enfermería, Registro de planes de cuidados.Marco muestral: registros existentes. Interna
Resultados: 100% de los pacientes evaluados tienen la Valoración Inicial.
Se emiten diagnósticos de enfermería en 100% de las Valoraciones
En 89% aparece identificado Riesgo infección y Plan de Cuidados
En 39% se identifica: Riesgo estreñimiento y Plan de Cuidados
En 44% no hay vínculo en actividades programadas y Riesgo estreñimiento.
En 17% se identifica Deterioro movilidad física y Plan de Cuidados.

En 27% no hay vínculo en actividades programadas y Deterioro de la movilidad.
En 6% se identifica Intolerancia a la actividad y Plan de Cuidados.
En 16% no hay vínculo en actividades programadas e Intolerancia a actividad.
En 22% se identifica Déficit de autocuidados y Plan de Cuidados.
En 28% no hay vínculo en actividades programadas y Déficit de autocuidados.
En 28% se identifica Ansiedad y Plan de Cuidados.
En 55% no hay vínculo en actividades programadas y Ansiedad.
En 17% se identifica Riesgo de deterioro de integridad cutánea y Plan de Cuidados.
En 27% no hay vínculo en actividades programadas y Riesgo de deterioro de integridad.
En 6% se identifica Deterioro de la integridad cutánea y Plan de Cuidados.
Conclusiones: La valoración de enfermería se realiza de forma sistemática. A pesar de ofrecer un registro estandarizado, que proporciona todo el proceso enfermero, se observa que las enfermeras utilizan el documento para planificar actividades que no están relacionadas con el diagnóstico enfermero, esto supone no poder identificar los resultados del paciente. Es necesaria mayor formación en metodología enfermera y pensamiento crítico.
Contacto: Ángeles Del Rosario Sáez Soto
angeles.saez@carm.es

P-365.- EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
Urruela M, Artola M, Garay T, Larrea I, Pascual L, Zalabarria B.

Introducción: El proceso de atención de enfermería -PAE- es un método científico imprescindible para sistematizar la práctica cuidadora. En el hospital el modelo conceptual utilizado es el de Virginia Henderson.
Objetivos: Evaluar la calidad de los cuidados a través de los registros de enfermería.
Metodología: En el hospital se evalúan los registros de enfermería desde los años 80. Durante esta década la evaluación era realizada en las Unidades de enfermería por personal ajeno a la misma, pero siempre estaban presentes 1 ó 2 miembros del equipo asistencial que atendía a los pacientes objeto de evaluación. En el año 1994 esta evaluación pasa a realizarse en el Archivo de Historias Clínicas y por enfermeras entrenadas en la materia, de alguna forma podemos decir profesionales de la evaluación. La sistemática utiliza es de tres cortes anuales (febrero, mayo y junio) para las unidades de hospitalización tradicional. Es a partir del año 2004 cuando la evaluación también se hace de forma externa. Para lo cual, profesionales de enfermería de otros hospitales vienen, una vez al año, a evaluar el PAE, de acuerdo a unos criterios elaborados por un grupo de expertos en los que se incluyen requerimientos de estructura, proceso y resultado. El número de unidades con evaluación externa en el 2004 fue de 5, en el 2005: 9 y en el 2006 han sido las 19 unidades de hospitalización.
Los criterios utilizados son los mismos para los dos tipos de evaluaciones. La escala de valoración tiene un rango de 0 a 100, donde 100 es la mejor valoración posible. El nivel de calidad se ha establecido en superar el 65%.
Resultados:
Año 2004. Evaluación Interna: 93,5% Evaluación Externa: 83,91
Año 2005. Evaluación Interna: 91,1% Evaluación Externa: 82,68%
Año 2006. Evaluación interna: 92,3* Evaluación Externa: 87%
* En este momento sólo se ha evaluado un tercio de las unidades.
Conclusiones:
1.- Podemos decir que los resultados se mantienen en niveles de calidad aceptable para los dos tipos de evaluaciones.
2.- En ambos tipos de evaluaciones las áreas de mejora se centran fundamentalmente en los criterios de proceso.
3.- Como puntos fuertes hay que señalar que todos los pacientes tienen realizada la valoración y planificados los cuidados en las primeras ocho horas tras el ingreso.
4.- Es necesario que alguien ajeno al centro evalúe los cuidados prestados, ya que aporta una visión más objetiva y desligada del mal entendido compañerismo.
Contacto: Merche Urruela Oliván
murruela@hbas.osakidetza.net

P-366.- DEL PROCESO AL RESULTADO, ¿CUIDADOS DE LA BOCA A PACIENTES GERIÁTRICOS?.
Moraleda-Ruiz del Moral B, Hernández-Rubio M, Sánchez-Sánchez V, Pomares-Martínez D, Rubio-Gómez I, Pardo-Fernández MJ.

Introducción: Han pasado cinco años desde la implantación en nuestro hospital del Protocolo "Cuidados de la boca al paciente geriátrico", su evaluación nos proporciona conocer si el nivel de cuidados está de acuerdo al estándar pactado, pero: ¿Mejora la región peribucal de los pacientes tras los cuidados...?, ¿Cómo podemos conocer el grado de mejoría...?
Objetivo: Desarrollar una metodología de evaluación que permita conocer la efectividad de los "Cuidados de la boca a pacientes geriátricos".
Método: De acuerdo a las sugerencias que ofrece la 3ª edición de la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) para el diagnóstico "Deterioro de la mucosa oral" se seleccionaron los indicadores siguientes: lesiones en la mucosa oral y humedad y/o integridad de la mucosa oral. Se planteó un estudio de corte o prevalencia. La población a estudio fueron todos los pacientes que ingresaron el día de estudio con riesgo de alteración de la mucosa oral o deterioro de la mucosa oral, realizando seguimiento de los mismos para comprobar situación a los 7 días de ingreso, o al alta si ésta se producía con anterioridad. Se elaboró una hoja de recogida de datos que incluía los indicadores con la escala de liker según la NOC.
Resultados: La evaluación se realizó en el mes de abril de 2006, con una población total de 22 pacientes. Al ingreso y al alta respectivamente: el 36% y el 68% no presentaron lesiones; el 36% y el 55% tenía la integridad no comprometida y en el 36% y 59% el grado de humedad era el adecuado; el 19% y el 0% presentaron lesiones graves o sustanciales, el 14% y el 0% con grave o sustancial compromiso de la integridad de la mucosa y el 23% y 0% del grado de humedad.
Conclusiones: Esta primera evaluación es una aproximación para comprobar que la incorporación de los indicadores de resultado, según la NOC, permite conocer el progreso de los pacientes y, por ende, el nivel de calidad de los cuidados. La monitorización de dichos indicadores con estándares establecidos facilita la integración de los resultados enfermeros en los sistemas de información asistenciales.
Contacto: Benita Moraleda Ruiz Del Moral
bmoraleda@sescam.jccm.es

P-367.- ÚLCERAS POR PRESIÓN, LA PREVENCIÓN ES LO PRIMERO.
Celada FJ, Frías M, Ortiz MA, Martínez A, Rubio I.

Objetivo: Describir las acciones de mejora desarrolladas e implantadas, para la prevención y estandarización de cuidados enfermeros relacionados con las úlceras por presión (U.P.P.).
Método: 1.- Se constituyó un grupo permanente de calidad a finales de 2003 con profesionales de enfermería de diferentes unidades de cuidados (geriatría, traumatología, cuidados intensivos...) 2.- Se analizaron resultados de los 3 últimos años de la monitorización de las U.P.P. 3.- Se realizó una revisión y búsqueda bibliográfica. 4.- Se planificaron líneas de actuación dando prioridad a la difusión e información dirigida a los profesionales de enfermería de las oportunidades de mejora que se detectaran.
Resultado: El grupo de trabajo ha mantenido 6 reuniones anuales. Se ha identificado la necesidad de un nuevo indicador en la monitorización de las U.P.P. -Pacientes que llegan al hospital, procedentes de otro nivel asistencial o de su domicilio, con U.P.P.-. Se establecieron tres niveles de riesgo (bajo, medio y alto) según la escala de Norton, y se interrelacionaron los cuidados y recursos materiales de acuerdo a los mismos. Se han incorporado los ácidos grasos hiperoxigenados, como elemento preventivo. Se desarrolló un algoritmo de diagnóstico, prevención y tratamiento que contempla: criterios de valoración, cuidados dirigidos a la prevención, recursos materiales y, en caso de aparición de U.P.P., tratamiento y tipo de cura según estadio de la misma. Se elaboró una tarjeta plastificada "tamaño bolsillo" que incluye el algoritmo, entregándola al 100% de los profesionales de enfermería. Se ha actualizado el protocolo de prevención y cuidados relacionados con las U.P.P. incorporando indicadores de resultado propuestos por la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC). Se realizó una sesión general informativa con el objeto de presentar la tarjeta, el protocolo y describir una adecuada utilización de los ácidos grasos, según necesidades de los pacientes.

Conclusiones: Las acciones desarrolladas facilitan la aplicación de cuidados basados en la evidencia y la optimización de los recursos necesarios.
Contacto: Francisco José Celada Cajal
fjosecc6@hotmail.com

P-368.- ASIGNACIÓN DE UN VALOR TÉCNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
Pérez-Rivas FJ, Santamaria-García JM, Ochandorena-Juanena MS, Ferrándiz-Santos J, García-López MJ, Gil de Pareja-Palmero MJ.

Introducción: El Área 11 de Atención Primaria (AP) de Madrid ha trabajado en los últimos años una línea específica sobre indicadores de cuidados. En esta línea de desarrollo, la Comisión de Cuidados valoró la necesidad de elaborar indicadores que permitieran conocer la complejidad de los problemas de cuidados atendidos en AP. Para ello se consideró necesario definir previamente el Valor Técnico (VT) asignado a cada Diagnóstico de Enfermería (DdE)
Objetivo: Asignar un VT para cada DdE en AP
Material y Método:
Diseño: Estudio descriptivo transversal
Ámbito y Periodo de estudio: Área Sanitaria 11 de AP de Madrid (Octubre/05 a Marzo/06)
Sujetos de estudio:
- Miembros de la Comisión de Cuidados del Área 11 para definir los criterios de ponderación del VT.
- Responsables de Enfermería, Responsables de cuidados y expertos en metodología de los 42 EAP. Tamaño de la muestra establecido n=140 (NC:95% y e=0.07).
Instrumentalización:
Fase I: Definición de los criterios de valoración por la Comisión de Cuidados del Área 11 a través de una técnica de consenso de grupo nominal. Para cada criterio se definió la escala de valoración a utilizar (tipo likert de 1 a 5).
Fase II: Asignación de cada profesional de una puntuación, según escala definida, para cada diagnóstico en cada uno de los criterios establecidos
Resultados: Se establecen 5 criterios de valoración: Carga de Trabajo, Expectativa de Resolución (Pronóstico), Autopercepción del paciente, Repercusión social y Recursos Necesarios. El nº de profesionales encuestados fue de 143. El total de diagnósticos analizados ha sido de 117. La puntuación media fue de 16.7 puntos. El rango de puntuación fue de 12 a 21.2 puntos. Se establecieron 10 intervalos de puntuación, asignando a cada intervalo (y por ende a los DdE incluidos en ese intervalo de puntuación) un Valor Técnico del 1 al 10 (1 al intervalo inferior y 10 al intervalo superior).Los DdE que mayor VT (10) han alcanzado han sido: Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo,Desesperanza, Confusión crónica, Riesgo de suicidio, Deterioro de la comunicación verbal, Cansancio en el desempeño del rol de cuidador, Deterioro de la memoria y Trastorno de la imagen corporal
Conclusiones: Disponer del VT de cada diagnóstico en AP permite elaborar indicadores sobre la complejidad de los cuidados y gestionar recursos de enfermería no solo atendiendo a criterios de cantidad y calidad, sino también en función de la complejidad de la atención.
Contacto: Francisco Javier Pérez Rivas
jperez.gapm11@salud.madrid.org

P-369.- CUESTIONARIO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UNA RED DE ATENCIÓN TEMPRANA: ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LOS ÍTEMS.
Tejero JM, Carpio C, Abejón R, Drozdowskyj O, López MC, Fernández J.

La atención temprana es "el conjunto de intervenciones que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades de los niños y niñas que presentan trastornos permanentes o transitorios en su desarrollo o riesgo de padecerlas". En 2004 se publicaron los "Estándares de calidad en atención temprana" con el propósito de proporcionar a los profesionales de un instrumento de planificación y organización de los servicios para mejorar la calidad de la atención prestada.
Objetivos:
- Evaluar la fiabilidad de los estándares y conocer el grado actual de cumplimiento en la red de centros de desarrollo infantil y atención temprana de un área de salud , mediante la aplicación de los "cuadernos de auto-evaluación"
- Medir el impacto producido por una intervención planificada para la instauración de la Guía de estándares, mediante una encuesta dirigida a los profesionales.
Método:
Estudio prospectivo, poblacional. Al tratarse de una población de centros de un número relativamente pequeño, no se ha realizado un muestreo. Se aplicó el cuestionario de auto-evaluación a todos los profesionales. Se programaron cuatro sesiones de un "Seminario de formación", de 6 horas de duración, de Oct. 2005 a Jun. 2006 y una segunda aplicación de los cuadernos de auto-evaluación.La técnica estadística utilizada ha sido el análisis de varianza mediante la aplicación estadística SPSS (10.0).
Resultados. En la primera encuesta se recogieron los datos de 35 cuestionarios, obtenidos en 7 centros. En la aplicación del cuestionario encontramos 68 ítems, de los 142 (47,8 %) que se han mostrado significativamente "fiables", entendiendo como fiabilidad la relación entre las característica del centro de atención temprana y las respuestas obtenidas. Se realizó también un análisis factorial para detectar factores "latentes" que permitieran formular ítems más generales.
Conclusiones. Esta información puede ser útil para formular de forma distinta los ítems que no han resultado "fiables", en futuras investigaciones. También se detectaron factores "latentes" que podrían ser útiles para hipotetizar dimensiones aún no exploradas de la calidad de la atención prestada en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
Contacto: Jesús Manuel Tejero González
mtejero@jccm.es

P-370.- VALORACIÓN DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS DESDE CONSULTAS EXTERNAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.
Capdevila C, Ridao A, Cabeza C, Bardés I, Alonso H, Salazar A.

Introducción: Consultas Externas del Hospital de Bellvitge realiza una media de 300.000 visitas/año, de las cuales aproximadamente un tercio son primeras visitas, procedentes sobretodo de las que generan nuestros especialistas -derivaciones desde urgencias, interconsultas procedentes de consultas externas y postingresos-, así como de los centros de Atención Primaria u hospitales de referencia. Dicha demanda genera una sobresaturación de visitas.
Objetivos: Conocer la incidencia de las interconsultas, los servicios solicitantes y solicitados, y si proceden o no los motivos de consulta entre los diferentes servicios de nuestro hospital en consultas externas.
Metodología: Estudio descriptivo de todas las interconsultas solicitadas desde Consultas Externas de nuestro hospital durante el período del 27 de Febrero al 7 de Abril del 2005. El material utilizado fue obtenido a partir de la revisión de las peticiones de interconsulta durante el período mencionado, realizándose una base de datos. Se recogieron las variables de servicio consultado, servicio solicitante, motivo de la visita en servicio solicitante, motivo de la interconsulta y si procedía o no según la residencia del paciente y la complejidad de la patología siguiendo las normas de nuestro centro (se considera que una interconsulta procede cuando ésta se refiere al episodio por el cual el paciente es visitado o si por su complejidad no puede ser valorado por el especialista de zona).
Resultados: El número total de visitas en el período estudiado fue de 32.876. El número de interconsultas fue de 1.000, lo que representa el 3% del total de visitas realizadas. De las 1.000 interconsultas, 704 (70,4%) procedían adecuadamente. Los servicios que más interconsultas solicitaron fueron Dermatología (78/1.000), Neurología (77/1.000) y Cirugía General y Digestiva (63/1.000), de las cuales procedían de forma adecuada un 93, 69 y 85%, respectivamente. Los servicios más consultados fueron Cirugía Plástica (71/1.000), Traumatología (62/1.000) y Cirugía General y Digestiva (55/1.000), procediendo adecuadamente en un 94, 53 y 78% respectivamente.
Conclusiones: La gran sobresaturación existente en Consultas Externas de nuestro centro no se debe a las interconsultas que se realizan. Éstas se realizan siguiendo criterios adecuados por parte de la mayoría de nuestros especialistas. El Servicio de Cirugía General y Digestiva se encuentra entre los más solicitantes y, a la vez, solicitados.
Contacto: Cristina Capdevila Aguilera
33404cca@comb.es

P-371.- ¿CÓMO GARANTIZAMOS EL TIEMPO DE ESPERA MÁXIMO EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MONITORIZADAS?.
González C, Piqué JL, Gutiérrez R.

Objetivo: Conocer el impacto de las acciones realizadas desde la Dirección de Atención al Ciudadano de la Región Sanitària Barcelona (RSB), sobre las listas de espera de intervenciones quirúrgicas (16) monitorizadas por Decreto.
Método:
Estudio longitudinal. Recogida y explotación de datos de:
- Lista de espera de intervenciones quirúrgicas de los hospitales de la RSB.
- Actividad quirúrgica realizada en los hospitales
- Tiempo de resolución de las intervenciones
- Pacientes en lista de espera a diciembre 2005
- Reclamaciones gestionadas generadas por la lista de espera

Resultados: El número de intervenciones quirúrgicas monitorizadas a lo largo del 2005 han sido de 121.520, con una media de 4,8 meses de tiempo de resolución.
La RSB actuó proactivamente sobre 6546 pacientes que havian superado el tiempo de garantía para ofrecerles la realización de la intervención quirúrgica en otro hospital de la red pública para realizar la intervención en menos de 30 dias dado que el centro donde el paciente estava en lista de espera no podía asumir la intervención en el plazo que marca el Decreto. El 33% de los pacientes aceptaron el centro alternativo para que se les realizase la intervención quirúrgica.
La actuación reactiva se realizó sobre 553 reclamaciones de ciudadanos en lista de espera de alguna de las intervenciones que tienen asignado tiempo de garantía por Decreto, ofreciendo a los pacientes un centro alternativo en la red pública.
En fecha diciembre 2005 quedaron pendientes en lista de espera 46.952 pacientes sobre los que se continua actuando a lo largo del año 2006 para garantizar el cumplimiento del tiempo de espera máximo.
Contacto: Carme González Plaza
cgonzalez@catsalut.net

P-372.- MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL CON EL PROGRAMA GALLEGO DE ATENCIÓN AL IAMEST EN EL ÁREA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.
Martín-Rodríguez MD, Barreiro-Díaz MV, Cegarra-García MS, Caamaño-Arcos M, Caamaño-Martínez MD.

Objetivos: Promover la equidad en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario reduciendo la variabilidad en el uso de recursos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Reducir el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) por parte de un Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalario y desobstrucción de la arteria coronaria, mediante la puesta en marcha de un Programa especial en la Comunidad Autónoma Gallega (PROGALIAM).
Métodos: Se diseñó un programa con la participación de profesionales de todos los niveles asistenciales: diseño e implementación de una vía clínica de atención al paciente con IAM. Ampliación de la cobertura del transporte medicalizado (061). Establecimiento de un sistema de coordinación entre niveles asistenciales para optimizar los tiempos. Se estableció un sistema de transporte de retorno de pacientes(061) desde los hospitales de tercer nivel con sala de hemodinámica a sus hospitales de referencia. Se estableció un circuito de derivación y relación entre hospitales definido. Coordinación intrahospitalaria de servicios. Diseño de un registro asistencial integrado.
Resultados: El programa se ha implementado el 1 de abril de 2005 en el área de referencia de un hospital de tercer nivel (2 salas hemodinámica 24 horas) referencia de 2 hospitales de segundo nivel y de 3 comarcales con una población de referencia de 2.185.179 a menos de 90 minutos de la sala de hemodinámica y 218.360 a menos de 120 minutos. El 061 disponía de 1 Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) en Coruña, 1 en Lugo, 1 en Ferrol y 2 helicópteros (Santiago-Ourense) para cubrir el área. En abril de 2005 se dotó a Coruña de otra USVA más. En el año 2004 el 061 trasladó para angioplastia primaria 5 servicios primarios, 65 interhospitalarios (secundarios) y 0 retornos. En 2005 se trasladaron para angioplastia 57 primarios (54,4% administró el abciximab el 061) con una mortalidad de 0 durante el traslado y 101 secundarios con una mortalidad de 3 pacientes en el traslado. En todos los casos el tiempo de traslado fue inferior a 90 minutos. Se realizaron 62 retornos de pacientes a sus hospitales de referencia.
Conclusiones: El PROGALIAM mejora la calidad de la asistencia prestada al mejorar la accesibilidad y disminuir el tiempo entre el inicio de los síntomas y la desobstrucción de la arteria coronaria, especialmente en las primeras dos horas de evolución, cuando el beneficio clínico en términos de mortalidad y morbilidad son máximos.
Contacto: Mª Dolores Martín Rodríguez
lola.martin.Rodríguez@sergas.es

P-373.- EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGÍA EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
Rodríguez-Cundin P, Dierssen-Sotos T, Tato M, Robles-García M, Alburquerque-Sánchez J.

Objetivos: Analizar el tiempo de espera para ser atendido en consultas externas de ginecología.
Métodos: El análisis de accesibilidad se ha desarrollado mediante un estudio prospectivo durante una semana con determinación "in situ" de tiempos de espera en relación a la hora de cita establecida. Se consideraron como criterios de exclusión para la medición: las inasistencias, los retrasos por causa de la paciente, la consulta a pacientes ingresadas y las demoras superiores a 100 minutos. La población estudiada fue de 487 pacientes citadas. Los indicadores a estudio han sido el porcentaje de pacientes con retraso en la asistencia médica superior a 30 minutos en relación a la hora de cita, el tiempo medio de espera, la duración media de la consulta, el tiempo medio entre citas, y el porcentaje de inasistencias.
Resultados: El porcentaje de pacientes que esperan más de 30 minutos varia entre un 17,8% a un 39,2%, con un tiempo medio de espera entre 16,6 minutos IC95% [12,8-20,3] y 26,2 IC95% [22,2-30,1]. Cifras muy por encima de las obtenidas históricamente con la misma metodología en las consultas de Atención primaria (6-10%) de nuestra comunidad . En relación a la duración media de la consulta llama la atención que el centro con un mayor tiempo medio de espera presenta el indicador más bajo 10,5 minutos IC95% [9,5-11,4]. El tiempo medio entre citas también es muy variable, entre 7 y 14,9 minutos, y por último las inasistencias resultaron de un 9,4% a un 13, 9%.
Conclusiones: La evaluación de la accesibilidad a consultas externas de servicios como ginecología en Atención especializada aporta información útil para la mejora de organización de los servicios hospitalarios. Esta metodología ya muy habitual en Atención primaria puede ser una herramienta valida para conocer la accesibilidad en Atención Especializada.
Contacto: Paz Rodríguez Cundin
prodriguez@dg.scsalud.es

P-374.- EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Alburquerque-Sánchez J.

Objetivos: Evaluar la accesibilidad telefónica a los Centros de Salud del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
Métodos: Estudio prospectivo desarrollado a través de sistema de registro de llamadas. El estudio ha sido diseñado en dos periodos: 16-19 de mayo y 1-15 de noviembre de 2005. Los indicadores de accesibilidad telefónica se han obtenido a partir de los datos agregados por tramo horario suministrados por la empresa Telefónica (número de llamadas recibidas, número de respuestas y número de no respuestas). Los indicadores monitorizados han sido el número medio de llamadas para ser atendido y el porcentaje de llamadas no atendidas.
Resultados: Se han evaluado 138.949 llamadas (45004 durante el primer periodo y 93945 durante el segundo). El número medio de llamadas necesario para ser atendido fue prácticamente idéntico en ambos periodos (1,4 en mayo y 1,39 en noviembre) sin obtenerse diferencias estadísticamente significativas entre las dos Gerencias de Atención Primaria. Globalmente el 25,99% de las llamadas a los Centros no fueron atendidas (24,6% en mayo y 27,37% en noviembre) con grandes variaciones según Centro de Salud (desde un 3% hasta 60%).

Conclusiones: Aunque el promedio de llamadas parece óptimo y no supera el estándar de 3 llamadas para ser atendido en ninguna zona básica, destaca negativamente el hecho de que un 26% de las llamadas efectuadas no fueran atendidas. Esta estrategia de estudio nos ha supuesto una mayor representatividad de la muestra y nos ha permitido detectar áreas de mejora desagregadas por zona básica de salud. Las conclusiones obtenidas serán utilizadas para el diseño de objetivos específicos incluidos en el próximo contrato de Gestión.

Contacto: Trinidad Dierssen Sotos
tdierssen@dg.scsalud.es

P-375.- ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA AL NUEVO USUARIO EN UN CENTRO DE SALUD.

Bella X, Vidal E, Hernández N, Mengíbar Y, Lladó A, Ribes M.

Objetivo: facilitar el acceso al Centro de Salud a todas las personas de nuestro municipio, que solicitan por primera vez atención sanitaria.
Justificación: la población censada de nuestro municipio está teniendo un crecimiento exponencial durante la última década, pasando de 7.499 personas en 1995, a 22.041 en 2005. Este crecimiento tiene como característica el porcentaje elevado de personas procedentes de otros países (24% de población censada extranjera) y de más de 90 países diferentes, de los cuales destacan: Senegal, Reino Unido, Argentina, Marruecos, Rumania, Colombia, Rep. Dominicana, Italia, Rusia e India.
Se elabora un procedimiento a seguir en el primer contacto del usuario con nuestro Centro de Salud. Este procedimiento se presenta en sesión clínica y es consensuado por todo el equipo (administrativos, enfermeras, médicos). Consta de dos fases:
- Fase 1: acogida administrativa:
- recogida de datos administrativos para dar de alta al usuario en el Centro de Salud, asignación de médico y enfermera, y tramitación de la tarjeta sanitaria.
- información general sobre horarios de atención programada y urgente.
- se ofrece visita programada (20') con la enfermera asignada especificando que se trata de una visita de acogida. Se recomienda que en caso de dificultad idiomática, acudan acompañados de un intérprete.
-Fase 2 : visita de acogida de enfermería:
- presentación y bienvenida
- dar información sobre funcionamiento y servicios específicos del Centro, así como sobre la carta de derechos y deberes.
- apertura de la Historia Clínica en registro informático, recogiendo datos generales, antecedentes, hábitos y realizando las actividades preventivas protocolizadas.
- derivación al médico en caso de presentar algún problema de salud.
El protocolo de acogida se inicia el día 15 de mayo de 2006. Se plantean indicadores de proceso y resultados a evaluar durante la segunda quincena de agosto.
Indicador de proceso: nº usuarios con visita programada de acogida aceptada
nº usuarios nuevos
Indicador de resultado: nº visitas de acogida completadas en Hª Clínica
n º total de visitas de acogida programadas
Conclusiones: Esperamos que la consulta de acogida a nuevos usuarios nos ayude a agilizar y mejorar la accesibilidad a nuestro sistema sanitario, minimizando las dificultades adaptativas de la población inmigrante.

Contacto: Montserrat Gens Barberá
mgens@camfic.org

P-376.- TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS.

García-López M, Mayoral-Sánchez MT, Llamas-Fernández N, Moreno-Reina S, López-Lozano E, Alcaraz-Martínez J.

Tiempos de espera en Urgencias y factores asociados
García-López M, Mayoral-Sánchez MT, Llamas-Fernández N, Moreno-Reina S, López-Lozano E y Alcaraz-Martínez J.
Hospital Morales Meseguer. Murcia
Objetivo: Medir tiempos de espera de pacientes en boxes de urgencias y comprobar los factores a los que se asocian
Método: Se obtuvo una muestra de 493 casos por muestreo aleatorio sistemático estratificado por grupos de guardia. Se recogieron datos de 6 días consecutivos por evaluador. Cada día 5 casos vistos por adjunto y 5 por residentes. Se excluyeron los pacientes de traumatología, altas rápidas y pacientes de observación en camas.
Como fuente de obtención de datos se utilizó el archivo de historias clínicas de urgencias, tomando datos sobre los minutos desde llegada a petición de pruebas complementarias (T1), minutos de realización de analítica (T2),minutos de realización de Rx (T3), realización de nuevas pruebas complementarias, consulta con otros especialistas, minutos desde completo a alta (T4), minutos totales de asistencia (TT). Los datos se analizaron según residente (año)/ adjunto, turno tarde/noche, grupo de guardia y día de la semana. Para el tratamiento estadístico se utilizó el contraste de medias y proporciones con X cuadrado y t de Student.
Resultados: Se ha obtenido un tiempo de estancia media de 189,22 min (desviación típica: 85,9), con un T1 de 17,27 min, un T2 de 57,89 min, T3 76,59 min y T4 de 53,59 min.
Se han observado diferencias significativas por grupo en T1 y TT. Entre adjuntos y residentes se ha observado diferencia en T4 y TT ($p=0.007$). Entre turnos de tarde y noche se han observado diferencias en realización de radiografías de 25 min y TT de 39 min($p<0.001$). No se han encontrado diferencias significativas en la petición de nuevas pruebas entre adjuntos y residentes.
También hemos encontrado diferencias significativas en el tiempo de realización de radiografías por día (Media desde 41.15 a 145.75)
Conclusiones: Se han obtenido información sobre tiempos de espera en urgencias.
Se han encontrado diferencias significativas entre grupos y turno de tarde y noche.
Se han evidenciado diferencias por día y turno en el tiempo de realización de radiografías

Contacto: Julián Alcaraz Martínez
julian.alcaraz2@carm.es

P-377.- PARA QUÉ ESPERAN NUESTROS CLIENTES.

Núñez A, Gallego Y, Baylin E, Mendicute J, Merino M, Orube A.

Objetivos: La gestión de la lista de espera de las consultas externas de la Asistencia Especializada, se realiza fundamentalmente analizando indicadores puramente cuantitativos: número de consultas, índice primeras/sucesivas, tiempos de espera, estructura de agendas (citas, duración) y la respuesta, para asegurar la accesibilidad, no puede basarse únicamente en un incremento de recursos.
El presente estudio realiza una aproximación a aspectos cualitativos que permitan adecuar nuestras prestaciones y los tiempos de respuesta de cada una de ellas a las demandas reales de asistencia por parte de nuestros clientes.
Métodos: Se ha realizado un análisis de las citaciones de las consultas ordinarias y urgentes vistas en las 20 consultas semanales atendidas por el Servicio de Oftalmología en el Ambulatorio de especialidades.
Cada una de las agenda de estas consultas consta de 26 citas ordinarias, 4 citaciones por orden y las consultas urgentes que se produzcan .
Los parámetros analizados han sido: Nº de pacientes, tipo de consulta, diagnósticos, urgencias, altas e inasistencias.
Resultados: Se han atendido un total de 522 consultas de las cuales 238 se corresponden a primeras consultas, 259 a seguimientos y 45 urgencias.
- la distribución por diagnósticos identifica cinco grandes grupos: 19% cataratas, 18% glaucoma, 18% diabetes mellitus, 16% refracciones del adulto, 30% otros (refracciones en niños, párpados, cornea, retina, epífora)
- Se han dado un total de 336 altas (68% de las consultas).
- De las 45 urgencias atendidas el 65% ha necesitado seguimiento.
- Se han producido un 12% de inasistencias.
Conclusiones: Para una gestión adecuada de la demanda de nuestros pacientes se ha considerado necesaria una Guía de asistencia ambulatoria (en elaboración, se presentará en el Congreso) y que incluya aspectos clínicos y de gestión:
- Criterios de derivación, criterios de seguimiento y criterios de alta en colaboración con Atención Primaria.
- Prestaciones y Tiempos de espera adecuados para cada tipo de patología.
- Ordenación de las consultas urgentes.
- Gestión de las consultas de seguimiento que permita dar la cita mas adecuada en el tiempo (autogestión) y permita una continuidad en la asistencia (mismo facultativo).

- Gestión de las altas (clínicas y administrativas) que impida una mala utilización del recurso (pacientes con citas tras alta).
- Regulación de las segundas opiniones.
- Gestión de las inasistencias.

Contacto: Antonio Núñez Hernández
nuneza@chdo.osakidetza.net

P-378.- ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR EL MÉDICO INTERNISTA INTERCONSULTOR EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Sahuquillo JC, Raventós A,. Grau J, González-Ares JA, Carrasco I.

Objetivo: conocer el perfil de los pacientes de servicios quirúrgicos a los que da respuesta el médico internista encargado de las interconsultas en un hospital comarcal.
Métodos: estudio prospectivo de las interconsultas realizadas al Médico Internista Consultor en servicios de cirugía y COT.
Las variables analizadas son: origen de la interconsulta, sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico, tiempo de seguimiento, evolución clínica, derivación al alta y participación en el informe de alta hospitalaria.
Resultados: Se estudiaron 356 interconsultas, durante 1,5 años, solicitados:
• 59,2% por COT
• 30,2% por Cirugía General
• 8,3% por Cirugía Vascular
• 1,7% por Urología
• 0,6% otras
• 74% mujeres
• Edad media 75±14 años
• Los motivos de consulta: alteraciones de la tensión arterial, disnea, dolor torácico, fiebre, alteración del ritmo cardiaco, descompensación diabética.
• Los diagnósticos médicos finales: HTA no controlada, insuficiencia cardiaca, infecciones respiratorias, síncopes vágales, DM descompensada.
• Tiempo de seguimiento medio: 7,5±7,6 días.
• Derivación a: Médico de Familia y CCEE de MI u otras especialidades.
• Mortalidad observada: 6% COT y 14% Cirugía.
• Realización de altas hospitalarias; el 69% son de COT y 64% de Cirugía.
Conclusiones:
• La mayoría de las interconsultas fueron de Traumatología.
• Los pacientes eran: mujeres añosas, con cuadros de descompensación de sus patologías médicas de base requiriendo una alta implicación del internista en la evolución (7,5 días de media) y derivación de los procesos consultados.
• Es necesario un internista asignado a dicha labor.
• Una actitud proactiva ha permitido dar una respuesta ágil y eficaz, estimulando una satisfacción de los servicios implicados y de los usuarios.

Contacto: Albert Galobart Roca
agalobart@bsa.gs

P-379.- MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL USUARIO EN EL HOSPITAL DE HELLÍN.

Monreal-Tomás JL, López-Ases J, Salvat-Germán F, Monreal-Tomás AB, Avila-Alexandre L, López-Mira E.

Introducción. La información al paciente y a los familiares se rige por los principios recogidos en la Ley 41/2002, 14 Noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y Documentación Clínica la cual describe que los Centros Sanitarios regularán el procedimiento que garantice el Derecho del paciente al acceso a la documentación de la Historia Clínica, y obtener datos de ella.
Objetivo. Describir el Proceso de Acceso, Preparación, Revisión y Entrega de la documentación de la Historia Clínica del Hospital de Hellín.
Material Y Métodos. Tipo de Estudio: Observacional. Ámbito: Servicio de Atención al Usuario (S.A.U.) y Servicio de Archivo y Documentación Clínica. Material: Documentos que integran la Historia Clínica, Solicitud de Permiso Acceso a Historia y la Normativa vigente.
Resultados. Quien: Paciente previa identificación DNI y cumplimentación de solicitud. Familiar previa identificación DNI, Libro de Familia en Menores y Autorización Firmada del Paciente. Exitus previa identificación DNI, libro de familia y/o Certificado Defunción, declaración de Herederos. Que: Copia de Informes médicos, pruebas analíticas y complementarias. Donde: Las solicitudes serán atendidas en el S.A.U., donde recibirán información de como hacerlo, serán remitidas al servicio de Archivo para la petición de Historiales y preparadas por un Enfermero del SAU. Posteriormente la revisará el Facultativo documentalista y si es conforme se avisará telefónicamente cuando esté lista para su retirada. Como: Solicitud escrita que se dispondrá en el SAU, autorización si es necesaria, así como Compromiso de Devolución si la retirada es de originales. Se dispone de 3 copias una para el SAU, otra para el solicitante y otra para guardar en la Historia.
Conclusiones. La descripción del Proceso de acceso a la Historia Clínica del usuario da respuesta: 1- Al circuito intrahospitalario que garantice el derecho del paciente. 2- A interrogantes sobre el ejercicio de un Derecho reconocido. 3- Mejora la Calidad Asistencial prestada a los Usuarios en el Hospital de Hellín, 4- Disminuye considerablemente el tiempo de espera en la entrega de documentación y aumenta la Accesibilidad a la Historia Clínica.

Contacto: José Luis Monreal Tomás
jlmonreal@sescam.org

P-380.- ESTUDIO DE TIEMPOS DE ESPERA DE AMBULANCIAS PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA.

Esnaola MJ, Aramendi E, Zavala E, Pablo-Ciria J.

Introducción: En la encuesta de pacientes. recogemos la valoración del medio de transporte utilizado para acudir al tratamiento diario y su valoración sobre tiempos de espera
El 40% de los pacientes las utilizan y entre el 60% - 79% esperan menos de 30 minutos. A pesar de ello, recogemos quejas en las observaciones de la encuesta , buzón de sugerencias y libro de incidencias.
Objetivos:
Evaluar los tiempos de espera
Dimensionar circuitos
Analizar los problemas para establecer mejoras
Método: Estudio descriptivo prospectivo de de todos los pacientes que utilizan ambulancias , en 15 días de Agosto y 15 de Octubre 2005.
Variables :Identificación : Nº HC,GRD,Día de la semana , Población (origen / destino), Turno :, Empresa s, Hora de recogida en do:listados de programación, entrevista diaria con pacientes.
Análisis de datos: ACCESS y estadísticos apropiados a variables
Resultados: Se recogieron datos de 216 viajes de pacientes El 83% correspondieron a Empresa 1, el 10,18% a Empresa 2 y el 6,48% a Empresa 3.
El 61,34% esperaron menos de 15 min., el 26,2% e 15-30 min y el 12,8% más de 30 min. Se espera más en horario de tarde y noche. La empresa 1 no ha tenido en ningún caso.pacientes esperando más de 30 minutos.
Las demoras van asociadas a días esporádicos , siendo esto lo que los pacientes y profesionales perciben y se producen exclusivamente en la vuelta a casa.
Se diagrama el circuito de ambulancias visualizando los pasos del proceso.
Conclusiones: Consideramos que aunque los tiempos de espera, no son importantes , no cumplen las expectativas de los pacientes que esperan tener la ambulancia justo cuando acaban el tratamiento.
En la valoración de los pacientes influyen otros aspectos como el compartir recorridos con otros pacientes, y las paradas que realizan en diferentes puntos del recorrido.
La coordinación desde el servicio y las ambulancias es complicada ya que aunque existen horarios prestablecidos para el comienzo y finalización del tratamiento estos no siempre son exactos.
Planes de mejora: Modificar el programa informático para que la solicitud de ambulancia se realice en cuanto el paciente entre a tratamiento en lugar de hacerlo en el momento en que el paciente termina el mismo
Actuar sobre las expectativas de los pacientes, acordando con las empresas de Ambulancias la distribución de un folleto informativo sobre este transporte y el servicio real y objetivo que prestan.

Contacto: Mª José Esnaola Aguirrezabala
mesnaola@chdo.osakidetza.net

P-381.- USUARIO HOSPITALIZADO. CUANDO LA SATISFACCIÓN NO ESTÁ SÓLO RELACIONADA CON ASPECTOS SANITARIOS.

Fraile-Castelao R, Oto-Terrer JM, Miranda-García M, Carrero-Rujas A, Sahuquillo-Bartolomé S, Sangrador-Arenas L.

Objetivo: Medir la satisfacción de los usuarios hospitalizados en los hospitales dependientes del Sacyl y detectar diferencias en la calidad

percibida entre la hospitalización obstétrica (HO) y pediátrica (HP), y la hospitalización por el resto de causas (HG).
Método: Estudio descriptivo transversal.
El tamaño muestral para la HG fue de 1.749 encuestas (error de 2.4%, con un nivel de confianza del 95.5%), y de 1.147 encuestas para la HP y para la HO (error de 2.9%, con un nivel de confianza del 95.5%). En los cuestionarios de HP y HO se incluían preguntas específicas de satisfacción propias de la especialidad y que no tenían cabida en la HG.
Las 3 encuestas se han realizado por medio de entrevista telefónica a usuarios dados de alta entre el 1 de mayo y el 30 de septiembre de 2005.
La explotación de la información se lleva a cabo por técnicas analíticas descriptivas e inferenciales por comparación de medias.
Resultados: No se encontraron diferencias significativas (media de cuatro puntos porcentuales) entre los 3 tipos de hospitalización consideradas, en dimensiones tales como la valoración de los profesionales, en aspectos relacionados con la información facilitada por los profesionales (lugar, frecuencia, informe al alta), respeto a la intimidad, estado general del hospital o limpieza.
Se han apreciado diferencias en la satisfacción (de hasta treinta puntos porcentuales) en aspectos como la ropa facilitada en el hospital (el 88.2% bien considerada en la HG frente al 58.2% en la HP), la comodidad de la habitación (el 16.8% la puntúa mal en la HO frente al 6.3% en la HG), la consideración molesta de las visitas (39.5% en la HO frente al 15.7% en la HG), o la comodidad del acompañante (mal en el 51.3% en la HO frente al 26.3% en la HG). Entre los resultados específicos del cuestionario de HP cabe destacar el porcentaje de ausencia de ofrecimiento de servicios educativos (54.6%), o la ausencia de actividades programadas no sanitarias (79%).
Conclusiones: El hecho de que los aspectos en los que se han detectado mayores diferencias hayan sido los relacionados con la confortabilidad o con elementos "más consumistas", que con los de los servicios asistenciales, podría ser debido a las diferentes expectativas de partida de los usuarios de la HO y HP, con respecto a los de la HG. El estudio ha sido capaz de detectar, en la HO y HP, áreas susceptibles de mejora, relativamente fáciles de abordar, y que parecen estar en relación directa con las expectativas de los usuarios de estos servicios.
Contacto: Rosa Fraile Castelao
fracaso@jcyl.es

P-382.- LA VOZ DEL CLIENTE COMO INDICADOR EN LA PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN.
Albo I, Gasso M, Casanovas M, Marzal L, Campos O, Clemente PA.

Introducción: Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), es una empresa pública adscrita al Servei Català de la Salut, creada por acuerdo de Gobierno de la Generalitat de Catalunya y sus objetivos fundamentales son la atención de las urgencias/emergencias sanitarias, el traslado extrahospitalario de enfermos críticos y la gestión integrada de solicitud de atención e información sanitaria a los ciudadanos.
Objetivo: Identificar las principales causas de no conformidad de un acto, servicio o proceso asistencial, recogidas a través de las reclamaciones, con el objetivo de proponer las acciones de mejora necesarias en la organización para dar respuesta a las necesidades y expectativas del cliente.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de las reclamaciones efectuadas por usuarios e instituciones, recibidas en la Unidad de Atención al Cliente de SEM, durante el año 2005.
Análisis cualitativo y cuantitativo de las reclamaciones codificadas con los siguientes motivos: la asistencia, el trato, la información, la coordinación, el confort y objetos perdidos
Resultados:

INFORMACIÓN	400	51,81%
ASISTENCIALES	199	25,78%
OBJETOS PERDIDOS	120	15,54%
TRATO	41	5,31%
COORDINACIÓN	6	0,78%
CONFORT	6	0,78%
TOTAL	772	

Conclusiones: La información recogida del conjunto de las reclamaciones, han permitido realizar un análisis de la situación de la organización, implementando medidas correctoras y de mejora.
La satisfacción del cliente del SEM depende de cómo haya sido atendido con la información y el trato que se le ha dado, a partir de las expectativas que tenga sobre cómo debería haber sido atendido y también, del valor que tengan para él cada una de las distintas dimensiones y elementos de la atención sanitaria.
La priorización de las mejoras se ha realizado teniendo en cuenta el nivel de incidencia y relevancia de la población.
Esta información se ha tenido en cuenta en la redefinición de la distribución de recursos y organización del Servicio de Transporte Sanitario Urgente en Cataluña.
También se ha utilizado como herramienta de mejora continua la no conformidad motivada por la atención telefónica inadecuada, facilitando reciclaje al personal implicado, con formación en habilidades comunicativas en la atención telefónica.
Contacto: Monserrat Gasso Ribas
mgasso@sem.es

P-383.- MATRIZ IMPACTO-SATISFACCIÓN: UNA HERRAMIENTA A EXPLORAR.
Sangrador-Arenas L, Carrero-Rujas AB, Sahuquillo-Bartolomé S, Miranda-García M, Fraile-Castelao R, Revilla-Ramos F.

Objetivo: Valorar la metodología empleada en la construcción de la Matriz impacto-satisfacción (MIS) y describir algunas de sus utilidades aplicables a las encuestas de satisfacción.
Método: Para alcanzar el primer objetivo se utilizaron dos técnicas de análisis multivariante diferenciadas en dos pasos consecutivos, y en un tercer paso se calculó el Índice de Satisfacción (IS).
En el primer paso se utiliza análisis factorial de componentes principales (AF), que permite reducir el número de variables. Con él se calcula una matriz que posiciona en un eje los valores de satisfacción y en el otro los de importancia o impacto de diversos atributos de las variables, obteniendo las puntuaciones de satisfacción e impacto correspondientes a los aspectos parciales que participan en la construcción de la satisfacción global con el servicio.
En el segundo paso se utiliza una regresión lineal múltiple. Con ella se obtiene un coeficiente de regresión para cada variable explicativa, resultado del AF, que cuantifica el peso que cada variable tiene sobre la variable dependiente, que es lo que se denomina impacto.
El cálculo del IS se realiza a partir de las puntuaciones de las variables que conforman las dos componentes principales (satisfacción e impacto). La representación en dos ejes del IS, en abscisas la satisfacción y en ordenadas el impacto, es lo que se denomina MIS.
Para alcanzar el segundo objetivo enumeramos las utilidades que hemos dado a la MIS: gráfico resumen de los resultados, herramienta fundamental en la difusión de la información y herramienta de apoyo a la toma de decisiones, mediante la cuantificación (impacto y vulnerabilidad) de las áreas prioritarias de actuación.
Resultados: La representación gráfica facilita la interpretación de la información y proporciona la comparación entre las dimensiones. La lectura de la MIS se hace teniendo en cuenta conjuntamente los dos ejes, siendo diferente la interpretación de cada cuadrante delimitado, de manera que cada punto representado cuantifica el IS de cada componente principal.
Conclusiones: Consideramos que el IS y su graficación en la MIS es una herramienta consistente, ya que está elaborada a partir de técnicas estadísticas coherentes con el fundamento conceptual del IS, como son: análisis factorial de componentes principales y análisis de regresión lineal múltiple.
Nuestra experiencia en la utilización del IS y la MIS, nos permite apuntar que son dos herramientas versátiles y de gran utilidad en los ciclos de mejora de calidad asistencial.
Contacto: Luis Sangrador Arenas
sanarelu@jcyl.es

P-384.- LEY DE GARANTÍAS. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE EJERCEN EL DERECHO Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA.
Lopez R, Gil J, Blas J, Alcázar F, Gutiérrez R.

Este estudio tiene como objetivo conocer el perfil del paciente que ha ejercido el derecho que otorga la Ley; y el nivel de satisfacción que han obtenido los usuarios.
Teniendo en cuenta que no existe ningún estudio de estas características, los datos con los que contamos no nos aportan información sufi-

ciente para analizar la situación que se produce con el aumento de pacientes que se acogen a la Ley, al reducirse progresivamente los plazos máximos de garantías.
Desde un prisma cualitativo, se estudian y analizan todos los casos de pacientes que se han acogido a la Ley de Garantías de tiempos máximos de respuesta de Castilla la Mancha, desde la entrada en vigor (enero 2002) hasta 31 de mayo 2005.
El número de pacientes para ser encuestados telefónicamente es de 83 para patologías quirúrgicas y 385 para consultas de especialista. Se analizarán las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, hospital al que pertenecen, especialidad clínica, lugar donde recibió la información (departamento ó centro y personal que se la facilitó), si recibió asesoramiento de algún familiar y nivel de estudios del mismo, Centro seleccionado para su atención, tiempo transcurrido hasta la primera cita en el centro elegido, información recibida por los médicos, trato del personal, limpieza del centro, tiempo de espera para ser atendido, puntualidad de las consultas, facilidad para llegar al hospital y rapidez con que se consigue lo que se necesita.
Se han elaborado las preguntas basadas en encuestas SERVQHOS, sobre la calidad de la atención hospitalaria, y en encuestas de satisfacción de los usuarios dados de alta en hospitales del SESCAM.
Los cuestionarios se desarrollan y estructuran considerando:
• Que los ítems nos permitan establecer comparaciones.
• Duración máxima de la encuesta de 10 minutos.
• No más de 15-20 preguntas.
Las encuestas se realizan telefónicamente a cada uno de los pacientes, y la herramienta utilizada para procesar los datos es el paquete estadístico SPSS v. 12
Contacto: Mercedes Gómez Gutiérrez
mggutierrez@sescam.jccm.es

P-385.- MONITORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE EN LA CITACIÓN PARA UNA PAAF EN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
Martínez- Marín R, Herrero-Soto C, Moreno-Cánovas FT, Hernández-Mendez C, Aguilar-Armero A, Castro-Aragón C.

Introducción: Dentro de las distintas actividades de mejora de la calidad, utilizar la monitorización optimiza el compromiso del servicio en la calidad.
Objetivo: Monitorizar la información del paciente citado para PAAF.
Material y Métodos:
Lugar: Un Hospital General Universitario de 400 camas.
Tipo de estudio: Monitorización.
Ámbito: Consulta de punciones.
Evaluación: Interna.
Población: Pacientes que acuden para realización de PAAF.
Periodo: 20-02-06/17-5-06 (20 días).
Mecanismo de selección de casos: Todos los pacientes citados.
Indicador: Adecuada información del paciente citado para PAAF.
Criterios: CR1: El paciente esta informado que no tiene que venir en ayunas; Cr2: El paciente esta informado que no tiene que suspender ningún tipo de medicación.
Fuente de datos: Encuesta, realizando preguntas dicotómicas orales a los pacientes que acuden a la consulta.
Análisis gráficos: Gráficos de control estadístico.
Resultados: Tras realizar la monitorización tras el periodo de estudio se ha obtenido una media de cumplimentación del indicador del 94.34%,(D.E. 8.49). El número total de pacientes evaluados ha sido de 176 no siendo la muestra uniforme durante los días de monitorización. En el análisis mediante gráficos de control estadístico no se aprecian áreas de inestabilidad del proceso.
Conclusiones: Hemos obtenido un nivel de cumplimentación bastante elevado, así como una estabilidad del proceso.
Contacto: Rosario Martínez Marín
rosario.Martínez16@carm.es

P-386.- ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES DE CENTROS DE ESPECIALIDADES.
Garbisu-Urdániz I, Buezo-Serrano MJ, Martín-Hernández T, Izquierdo-Nazar MI, Carcelén-Rodríguez E, Martínez- Pardo -Casanova M.

Introducción/antecedentes: La Dirección de Enfermería del Área 1 Atención Especializada (Hospital Virgen de la Torre) busca la mejora continua y garantizar la calidad en la prestación de los cuidados de enfermería a nuestros usuarios; por ello, anualmente, pacta y desarrolla diversos objetivos de Calidad en sus diversas unidades hospitalarias y Centros de Especialidades Periféricos.
En el año 2005, uno de estos objetivos fue la elaboración de guías de recomendaciones de enfermería para los pacientes de dichos centros.
Objetivos:
1. Promocionar la salud de los pacientes.
2. Unificar los criterios de educación sanitaria que se ofrece en todos los Centros de Especialidades del Área de Salud.
3. Fomentar el trabajo en grupo y la participación de los profesionales de Enfermería de los Centros para la mejora de la calidad asistencial
4. Uniformar las guías de actuación para el mismo proceso y Especialidad.
Material y Métodos: Reuniones con la participación de una enfermera por centro y especialidad. Los equipos fueron coordinados por el responsable de Formación Continuada y Calidad; la Supervisión de cada centro asigna el profesional correspondiente.
Se realizó una revisión bibliográfica sobre la materia complementada por la experiencia profesional de los participantes en las consultas.
Se realizan con un lenguaje claro, accesible y directo, atendiéndose principalmente a los cuidados de la vida diaria de los usuarios y a las preguntas que con más frecuencia hacen éstos a los/las enfermeros/as.
Resultado: Se celebran un total de 7 reuniones con una participación global de 29 enfermeras pertenecientes a 5 centros de Especialidades diferentes.
Se realizan un total 10 dípticos de educación sanitaria para los siguientes procesos: Asma, EPOC, reflujo gastroesofágico, colon irritable, epilepsia, métodos anticonceptivos, embarazo, migrañas, obesidad y diabetes.
Conclusiones y Propuestas:
• Según entrevista informal, los profesionales valoran positivamente la experiencia y plantean la continuidad para otros años y otros procesos.
• En todas las consultas de los centros se han implantado los dípticos.
• Las reuniones han servido para unificar criterios de actuación de los profesionales de la misma especialidad que trabajan en distintos centros.
• En el año 2006 se va a continuar con esta experiencia. Queda pendiente valorar la opinión de los usuarios acerca de la pertinencia de los dípticos de educación sanitaria que se les entrega.
Contacto: Ignacio Garbisu Urdániz
igarbisu.hvtr@salud.madrid.org

P-387.- PRESENTACIÓN DE UN MANUAL PRÁCTICO PARA ENFERMOS OSTOMIZADOS.
Navarro-Ortiz MD, Tomás-Bartrina G, Pérez-Fernández AJ, Gerónimo-Fernández A, Andreo-Andreo MC, Martín-Almendros C.

Objetivo. Los estomas digestivos suponen un reto para los pacientes portadores en cuanto al manejo propio del estoma y a las complicaciones más frecuentes que se presentan. Presentamos una guía de manejo práctico que supone una ayuda a estos pacientes para evitar problemas en su uso y evitar complicaciones.
Material y método.
En la Unidad de Estomaterapia del Hospital J.M. Morales Meseguer trabajan un grupo de enfermeras que atienden una consulta semanal a la que acuden los pacientes ostomizados de nuestra área. Desde Diciembre de 2005 hasta Abril de 2006 se procede a la redacción de la guía. Se elaboran tres subgrupos de enfermeras para ello, dividiendo la bibliografía disponible; según un guión previamente diseñado por el grupo.
Todos los pacientes son evaluados previamente a la realización de la ostomía y se les adiestra en el manejo básico antes del alta hospitalaria. Al alta del hospital se van con una cita próxima en nuestra Unidad. Se detectó una falta de información relacionada con algunos temas como el cambio del dispositivo, la elección adecuada del mismo, la alimentación, las relaciones sociales, etc. Se ha elaborado una guía propia, al margen de cualquier referencia comercial, con consejos para poder aliviar las dudas de los pacientes hasta que acudan a la consulta e incluso evitar alguna visita, con el manejo de ésta guía. Se han recogido los problemas más frecuentes que presentan estos pacientes y las complicaciones más habituales para la elaboración de la guía para pacientes ostomizados.
Resultados. Se presenta una guía para los pacientes con recomendaciones básicas y prácticas para que su "nueva vida" sea más fácil. Incluye

toda una serie de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre la vida diaria, complicaciones más frecuentes, cuidados generales, la influencia de la alimentación, los posibles cambios de su entorno social y en todas las actividades cotidianas. Incluye unos consejos prácticos ante las reacciones emocionales del paciente ostomizado en su vida social y laboral. Este manual está destinado a los pacientes y a sus familiares cercanos.
Conclusiones: La guía de pacientes ostomizados es un documento práctico que supone una gran ayuda a los pacientes con el fin de adaptarse a su nueva situación y a resolver los problemas más frecuentes que se presentan.
Contacto: Mª Dolores Navarro Ortiz
lola55e@hotmail.com

P-388.- ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES.
Vilanova F, Subirana M,

Objetivos: Uno de los objetivos principales de la legislatura actual (Ley 21/2000 y 41/2002) y de los códigos deontológicos de los profesionales sanitarios, es determinar y garantizar el derecho del enfermo a la información con la finalidad de ayudarlo a tomar decisiones de manera autónoma.
Para facilitar la participación de forma efectiva en la toma de decisiones, se tiene que alentar a los enfermos a asumir la responsabilidad de solicitar información adicional o aclaraciones sobre su estado de salud o tratamiento cuando no comprenden totalmente la información o las instrucciones. Con este propósito nos planteamos la elaboración de la guía de buena práctica para la comunicación efectiva entre los profesionales y los pacientes.
Métodos: El Grupo de Trabajo ha estado integrado por profesionales del Hospital y de la Escuela de Enfermería. Algunos de ellos son también miembros del Comité de Ética Asistencial y de la Comisión de Documentación e Información del Programa de Calidad. Este grupo se constituye en el marco de la Comisión de Documentación e Información y del Comité de Ética Asistencial.
La guía, dirigida a los miembros del equipo asistencial y a los pacientes, tiene por objetivo mejorar la comunicación y la información entre los profesionales y los enfermos. Incluye una serie de recomendaciones y consejos que pueden ser de utilidad para la orientación de los profesionales y de los pacientes.
Resultados: Esta Guía es un instrumento de metodología básica al alcance de todo el mundo y de fácil manejo tanto antes, durante, como después de que se establezca la relación con el enfermo. Revisa los aspectos más destacados relacionados con la comunicación, incluye un apartado específico de malas noticias y de información a niños, y establece unas recomendaciones destinadas a los pacientes para favorecer la atención sanitaria. Estas recomendaciones se han traducido a otros idiomas.
Conclusiones:
El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica. Esta guía remarca la importancia de la información como parte de la actividad de todos los profesionales y base de la comunicación con los pacientes, respetando así el principio de autonomía. Además va a facilitar la comunicación entre profesionales y pacientes repercutiendo en la calidad y en la seguridad de la atención que se ofrece.
Contacto: Mireia Subirana Casacuberta
msubirana@santpau.es

P-389.- ¿QUÉ RESPONDEN NUESTROS NIÑOS EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN HOSPITALARIA?.
López C, Déniz MJ, González MD, Jiménez A, Machado DM.

Unidad de Gestión de la Calidad. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias.
Resumen:
Objetivo: Valorar la concordancia de las respuestas en base a la encuesta de satisfacción al alta entre los niños de 8 a 14 años y sus padres, para comprobar si son capaces de responder por sí mismos a esta encuesta.
Material y método:Estudio piloto de carácter descriptivo en niños de 8 y 14 años y sus padres que han sido ingresados en 5 Unidades de Hospitalización: Preescolares, Cirugía Pediátrica, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Oncohematología y Especialidades (Traumatología y Cirugía Cardica). El total de la muestra fue de 120 encuestas (60 niños y 60 padres). Las variables estudiadas: Acogida, Calidad Técnica, Trato, Alojamiento, Aspectos Generales,Información Médica, Información General y Explicaciones de las preguntas.
Resultados: En la acogida, el 76% de los padres opinan que es buena frente al 44% de los niños. En la calidad el 100% de los padres consideran que es buena frente al 93,3% de los niños.En el trato, el 71% de los niños contestaron que era bueno y sus padres en un 81%. El alojamiento fue evaluado en un 52% de los padres como bueno y sus hijos en un 40%. Los aspectos generales fueron considerados buenos en un 84% por los padres y en un 90% por sus hijos.La información médica el 100% de los padres consideran que es buena y sus hijos en un 93%. La información general fue evaluada como buena en un 88% de loa padres frente al 43% de los hijos que también la consideraron buena. En cuanto a las explicaciones que los niños precisaron para responder la encuesta al alta, sólo un 30% de los niños encuestados fueron capaces de responder por sí mismos. El 25% necesitó explicaciones entre 1-5 preguntas, el 20% necesitó explicaciones entre 6-10 preguntas y el 25% restante necesitó explicaciones en más o igual a 11 preguntas.
Conclusión: dentro de las variables evaluadas podemos afirmar que en elación a la acogida y a la información general no existe concordancia entre las respuestas obtenidas en la población encuestada. En el resto de las variables, si hay concordancia en relación a los porcentajes.
Las encuestas al alta hospitalaria que en la actualidad se ofrecen a los usuarios, presentan dificultades para que los niños de 8 a 14 años sean capaces de responderlas por sí mismos
Palabras clave: encuesta, concordancia, niños, padres.
Contacto: Carmen López Araujo
clopara@gobiernodecanarias.org

P-390.- MONITORIZACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO POR APENDICECTOMÍA.
Pérez-Blanco V, Reoyo A, Rodríguez E, Martínez L, Ureña V, García-Caballero J.

Objetivo: La orientación al paciente, como característica clave de nuestro sistema, precisa que organicemos y diseñemos nuestros procesos centrándolos en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. Para conocerlas mejor, aprovechamos la implementación en el Departamento de Cirugía Pediátrica de una vía clínica para la apendicitis aguda para la realización continua de encuestas de satisfacción.
Método: Implantación de la vía en Junio de 2003, momento en el que los profesionales de enfermería del departamento comienzan a entregar el cuestionario y a facilitar su cumplimentación. Si el niño es de edad escolar se propone que sea éste quien la rellene. La encuesta, anónima y voluntaria, se entrega y recoge en un sobre un día antes del alta hospitalaria. La encuesta de satisfacción fue aprobada para su uso en el centro por el Comité de Ética Asistencial. La falta de validación previa de la encuesta y la realización de ésta durante la hospitalización son las principales limitaciones etodológicas del estudio.
Resultados: Destaca el aumento de la cobertura de la encuesta durante el segundo año (79%) respecto al primero (44%). La entrega de encuestas de satisfacción, así como la entrega de las hojas de información se fue generalizando durante el primer año y pasó de ser una novedad a ser una actividad habitual durante el segundo.
La satisfacción de los pacientes con el departamento, los profesionales y la atención recibida es alta y muy alta, ya que en la escala de Likert (1= Muy insatisfecho a 5= Muy satisfecho) la mayoría de los ítems se sitúan entre el 4 y el 5.Destaca la mejora de la satisfacción al comparar el primer año con el segundo en la atención del dolor, en la explicación de las recomendaciones al alta y en la adecuación de la información recibida. Estos tres aspectos se podrían relacionar con la implantación de pequeñas mejoras que forman parte de la vía clínica.La única variable que no cumple el estándar de satisfacción (sumatoria de grados 4 y 5 de la escala de Likert >90%) es la adecuación del tiempo de visita, que es considerada como "Regular" por el 90% de los encuestados.
Al analizar las respuestas abiertas observamos que la mayoría de los problemas se focalizan en el Servicio de Urgencias y aspectos de hostelería.

Conclusiones: La realización de encuestas durante dos años, ha facilitado información sobre qué podemos mejorar. La implementación de medidas de mejora según los resultados es la acción que a partir de ahora debemos emprender.
Contacto: Verónica Pérez Blanco
vperez@sescam.jccm.es

P-391.- LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO INPUT PARA EL CÁLCULO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE.
Nebot C, Villanueva A, Galán A, Ortiz L, Tomás O, Pérez-Jover V.

Objetivos: Potenciar en los centros asistenciales una mejor atención al paciente y reconocer el esfuerzo por la calidad de los profesionales sanitarios.
Métodos: Desde 2004 los resultados de las encuestas de opinión de los pacientes de hospitales y centros de salud forman parte de los acuerdos de gestión y afectan a la productividad variable que perciben los profesionales. En 2006 se monitorizan, adicionalmente, 5 indicadores básicos de atención al paciente en los 22 Departamentos de la Agencia Valenciana de Salud y la información relativa a las quejas que presentan los pacientes para lo que se ha diseñado una aplicación informática (PIGAP). En paralelo se ha diseñado un marco para establecer comparaciones y posibilitar "aprender" de experiencias positivas entre centros (benchmarking). La definición de estándares pondera, sobre todo, la atención en Urgencias y Consultas Externas.
Resultados: 11 de los 18 indicadores de buenas prácticas que se monitorizan desde 2001 han evolucionado positivamente (variación superior a un 1% entre 2001 y 2005). De los 27 hospitales de la Comunidad Valenciana (excluyendo los de Larga Estancia por sus características especiales), en 9 (37,5%) de los hospitales se identifica una evolución positiva de la medida de satisfacción del paciente en el último año respecto del anterior y en 8 (33,3%) se mantienen los niveles de satisfacción (en 2005 los niveles de satisfacción para el global de los hospitales se encuentran entre el 87% y el 98%). En Asistencia Ambulatoria, en 6 (28,5%) de los 22 departamentos, se identifica una evolución positiva de la satisfacción del paciente y en otros 6 departamentos (28,5%) se mantienen los niveles de satisfacción (en 2005 los niveles de satisfacción para el global de los departamentos se encuentran entre el 83,2% y 98,5%). La respuesta a una queja se realiza antes de 15 días en el 72,27% de los casos.
Conclusiones: La mejora de la atención al paciente tiene su principal sostén en la actitud y compromiso de los profesionales aunque los sistemas de información de resultados que permiten comparaciones parecen potenciar la introducción de "buenas prácticas" en la atención al paciente.
Contacto: Lidia Ortiz Henarejos
lidia.ortiz@umh.es

P-392.- HOSPITAL EN OBRAS: ¿CÓMO CONOCER LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO?.
Rodrigo P, Pérez JL, Aldámiz JM, Rams M, Zazo M, Vallés V.

Objetivos: Con motivo de la apertura de un edificio nuevo del hospital inmerso en obras y en fase de realización del Diagnóstico de Salud del Sector de Barbastro, se intentó conocer la opinión de los usuarios y de informadores clave respecto al nivel de salud y carencias que detectan.
Métodos: Se realizó una visita guiada a la zona nueva del hospital previa petición de hora, abierta a todos los habitantes del sector. Al finalizar la visita se pedía colaboración para autocumplimentar una encuesta donde se valoraba la satisfacción de la visita y la opinión sobre su sistema sanitario. A los coordinadores de los centros de salud se les pidió rellenar la misma encuesta contando su opinión como la de informadores clave. Los datos se introdujeron en una base y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 10.0.
Resultados: Los usuarios que visitan las obras de ampliación pertenecen a 8 zonas de salud. El 98,6% de los visitantes se encuentran satisfechos con la visita realizada a las nuevas instalaciones y al 99,1% le parece una buena iniciativa la visita abierta a todos los ciudadanos. Un 95,8% cree que la reforma y ampliación del hospital mejorará la calidad de la atención ofrecida.
Un 29,8% de usuarios contestan que no falta nada en el sector sanitario y un 69,7% opinan que esta zona carece de diversas cosas (más personal, UCI, mejora en carreteras). Los problemas sentidos de salud más importantes de los habitantes del municipio donde viven los ciudadanos que visitan la obra son la ancianidad y dependencia, los accidentes de tráfico, trabajo y montaña y los hábitos nocivos.
Los problemas más importantes del municipio, son el tráfico y la carencia de comunicaciones (autovía, tren, autobús, accidentes...), el paro y la inmigración. Los usuarios opinan que lo mejor del municipio donde viven es la calidad de vida, la cercanía de familia y amigos y contacto cercano con la naturaleza y medio ambiente saludable.
Conclusión: Las obras de un hospital se plantean como una oportunidad de acercamiento a la población que atiende y de conocimiento de su opinión respecto a sistema de salud que tienen y los problemas que se presentan en su comunidad y que precisan de un abordaje integral entre las distintas autoridades.
Contacto: Pilar Rodrigo Val
mrodrigo@salud.aragon.es

P-393.- VOZ DEL CLIENTE EN SANITAS HOSPITALES.
Trujillo R, Gamboa R, Hernández R, Pagonessa L, Juarez E.

Introducción: Sanitas, S.A. de Hospitales (SH) es una compañía que presta sus servicios principalmente a Sanitas, S.A. de Seguros que agrupa 2 hospitales y 16 centros médicos: 4 dentales y 12 centros multiespecialidad.
El objetivo de este trabajo es presentar la metodología que tenemos implantada en todos los centros de SH que nos permite recoger la percepción que tienen los clientes acerca del grado en que los servicios se ajustan a sus necesidades y expectativas con el fin de identificar oportunidades de mejora y presentar los resultados de uno de los centros multiespecialidad.
Método: para el registro de los datos se utiliza un programa informático donde se recogen las incidencias presentadas por los clientes. Este programa mantiene un sistema de aviso para aquellas reclamaciones cuyo plazo de cierre esté próximo, asignando unos códigos de colores de prioridad. Las siguientes reclamaciones se considera que tienen prioridad alta y se debe recabar toda la información antes de tres días: aquellas cuya categoría sea asistencial y cuya subcategoría sea anulación intervenciones, extravío de resultados y demora de ingreso y aquellas cuya categoría sea servicios médicos y subcategoría actuación clínica.
Resultados: cada centro realiza mensualmente un informe relativo a las reclamaciones, quejas, sugerencias y felicitaciones recibidas de los clientes, en el que detalla la tipología, la especialidad y la categoría.
Exponemos los resultados en el Centro Médico Milenium Centro: durante los años 2004 y 2005 hemos tenido un 0,07% y un 0,1% de reclamaciones respectivamente sobre la actividad realizada. Se ha mantenido el porcentaje de reclamaciones referentes al servicio médico, siendo el 15% en ambos años y han bajado las reclamaciones del servicio asistencial global pasando de 58% al 50%. Durante el 2005 ha aumentado el % de reclamaciones referentes a infraestructuras teniendo su explicación en las reformas acometidas para mejorar las instalaciones. La satisfacción de los clientes en el Centro Médico Milenium ha pasado de 96,5% en el 2004 a 93,5% en el 2005.
Conclusiones: se ha unificado la metodología empleada para recoger la voz del cliente y ello nos permite al grupo Sanitas Hospitales poder cumplir los compromisos establecidos con ellos, hacer partícipes a los profesionales asistenciales y a los empleados formando parte de sus objetivos y en definitiva identificar oportunidades que lleven a una mejora del servicio.
Contacto: Ricardo Trujillo Casas
rtrujillo@sanitas.es

P-394.- PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO E INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.
García-Caro Y, Vidal-Milla A, Blasco-Pagès A, Martos-Guerrero A.

Introducción: El uso del consentimiento informado viene regido por la Ley 21/2000 de 29 de diciembre de 2000 de la Generalitat de Cataluña, y Ley 41/2002, de 14 de noviembre del Estado Español.
Desde sus inicios el Institut Català d'Oncologia, el consentimiento informado (C.I.) se convierte en una información y una documentación imprescindible en esta institución, debido a las patologías, las pruebas diagnósticas y posteriores tratamientos aplicados.

Dada la especificidad de nuestro centro nos vemos obligados a mejorar el proceso relacionado con el consentimiento. Para ello se crea un grupo de mejora multidisciplinar que da lugar a 27 documentos distintos, posteriormente se incorporan 9 C.I. por la incorporación de nuevos tratamientos.
Objetivo: Es necesario conocer la calidad de la información que recibe cada paciente por parte de los profesionales y el nivel de comprensión obtenido.
Material y métodos: Para poder medir el grado de apreciación del consentimiento informado, así como de la comunicación con los profesionales, se adaptan y se incluyen preguntas a la encuesta de satisfacción del usuario en hospitalización.
Por otra parte se ponen a disposición de todo el personal los 36 consentimientos informados, vía intranet, creando un link donde se pueden imprimir directamente el documento específico desde cualquier punto de red.
Se realiza un muestreo de historias clínicas donde mediante una rejilla de registro se mide la cumplimentación protocolaria del documento.
Resultados y conclusiones: Actualmente solo llevamos 4 meses con la nueva encuesta. Destacando otro tipo de información: la información del paciente al alta es de un 100% y, un 87,5% los pacientes consideran que los profesionales tienen una buena coordinación entre si. La información recibida sobre su enfermedad es considerada muy buena en casi un 100% frente a las explicaciones, las respuestas a sus dudas, la información y la solicitud del consentimiento informado.
En cambio llevamos una comparativa anual frente a la cumplimentación del consentimiento informado obteniendo: un incremento del 22% en la identificación del paciente; del 23% en la identificación del médico; del 13% en el registro de la fecha y el lugar, además del 8% en la identificación del servició médico que realiza el procedimiento y una disminución de un 11% en la no a parición en la Historia Clínica del C.I.
La conclusión hasta el momento es que hemos realizado un buen equipo de trabajo de mejora que sigue evolucionando.
Contacto: Yolanda García Caro
ygcaro@iconcologia.net

P-395.- INDICADORES DE CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
Robles-García M, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T, Alburquerque-Sánchez J.

Objetivos: Evaluar el proceso de información (general y clínica) al paciente hospitalizado en el Servicio Cántabro de Salud (SCS).
Métodos: Estudio transversal mediante encuesta telefónica. Población de estudio: altas producidas (1-15 octubre de 2005) (excluyendo ingresos <24h y partos) en los tres Centros hospitalarios del SCS. Muestra: selección mediante muestreo aleatorio simple. Predeterminación del tamaño muestral: calculado desde la máxima indeterminación, (alfa 1,96 y precisión 7%). La evaluación se ha desarrollado a través de la medición de indicadores generales (relativos a la Guía de Acogida y a la correcta identificación de los profesionales) y clínicos (respecto a lugar-hora de información y entrega de informe de alta hospitalaria)
Resultados: Fueron incluidos 449 pacientes de los 620 seleccionados (tasa de respuesta 72,42% IC95%[68,9-75,9]). 308 pacientes (68,60% IC95%[71,3-79,3]) recibieron la Guía de Acogida a su ingreso en el hospital. 204 (45,43% IC95%[40,8-50,0]) conocieron las pautas de información clínica (lugar y horario) establecidas en el servicio/unidad de ingreso. 360 (80,18% IC95%[63,5-83,9]) consideraron correcta la identificación del personal. 358 (79,73% IC95%[76,0-83,5]) recibieron el informe de alta hospitalaria definitivo en un plazo <=15 días (302 (67,26% IC95%[62,9-71,6]) lo recibieron en mano). Los mejores resultados se obtuvieron en la percepción de la adecuada identificación de los profesionales sanitarios con más de un 80% . Por el contrario al evaluar las pautas de información sólo un 45% de los encuestados manifestaron conocer el lugar y horario. Al comparar entre centros se observan importantes diferencias en el indicador de implantación de la Guía de Acogida.
Conclusiones: Medir la calidad percibida por el usuario permite identificar áreas de mejora e incorporarlas en el pacto de objetivos del contrato de gestión con las gerencias de nuestros centros sanitarios.
Contacto: Mónica Robles García
mrobles@dg.scsalud.es

P-396.- RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL TIEMPO POR PARTE DE LOS USUARIOS Y EL TIEMPO REAL MEDIDO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.
Sangrador-Arenas L, Carrero-Rujas AB, Sahuquillo-Bartolomé S, Miranda-García M, Oto-Terrer JM, Fraile-Castelao R.

Objetivos: Valorar el grado de correlación entre la percepción de los tiempos de espera y de atención percibidos por los usuarios y la medición real de los tiempos de espera y atención en algunos servicios sanitarios: consultas de atención primaria (AP), consultas externas de atención especializada (CE) y urgencias hospitalarias (UH).
Método: Se utilizaron dos tipos de fuentes de datos diferentes:
• Valoración de la satisfacción de los usuarios en relación a los tiempos de espera y atención que soportan para acceder a los servicios AP, CE y UH en los centros sanitarios de Sacyl. Para ello se implementaron encuestas basadas en una escala de tiempo de espera cerrada y cuantificada, con un error de 1.6% para datos globales con un nivel de confianza del 95.5% y 2σ, p=q=0.5.
• Cuantificación de los tiempos de espera y de atención en consultas, mediante la medición cronometrada.
Se han calculado las correlaciones de Pearson entre la valoración del usuario y los tiempos reales de espera en las consultas estudiadas, previa recodificación de variables para datos desagregados.
Resultados: Los resultados obtenidos de las encuestas han sido: 4.325 datos de AP, 4.812 datos de CE y 4.019 datos de UH.
Del cronometraje de tiempos de espera se han obtenido datos desagregados, tanto para tiempos de espera y tiempos de atención: 20.269 datos de AP, 9.149 datos de CE y 11.674 datos de UH.
Las correlaciones que resultaron de aplicar el test de Pearson han sido:
• En AP, entre percepción de tiempo de espera y tiempo de espera real: 0.75.
• Y entre percepción de tiempo de atención y tiempo de atención real: 0.12.
• En CE, entre percepción de tiempo de espera y tiempo de espera real: 0.48.
• Y entre percepción de tiempo de atención y tiempo de atención real: 0.04.
• En UH, entre percepción de tiempo de espera y tiempo de espera real: 0.24.
El rango de valores de las correlaciones obtenidas al estratificar, por áreas de salud en AP varía entre - 0.62 y + 0.66. Y por complejos hospitalarios, en CE, entre – 0.21 y + 0.99; y en UH, entre – 0.03 y + 0.91.
Conclusiones: La valoración global de la percepción de los tiempos de espera que los usuarios tienen para acceder a consultas en Sacyl se correlaciona positivamente con los tiempos reales de espera.
Cuando se estudia la correlación de la valoración del tiempo del usuario en su centro de asistencia y el tiempo de espera real, éste es percibido con mayor insatisfacción, y por lo tanto el grado de correlación entre satisfacción y tiempo de espera es menor.
Contacto: Luis Sangrador Arenas
sanarelu@jcyl.es

P-397.- LENGUAJE TÉCNICO EN QUIRÓFANO: ¿SOMOS CONSCIENTES DE LAS IMPLICACIONES PARA EL PACIENTE?.
Lozano-Marín J, Campillo-Soto A, Soria-Aledo V, Flores-Pastor B, Guzmán P, Aguayo-Albasini JL.

Introducción: Multitud de intervenciones quirúrgicas se realizan bajo anestesia loco-regional, y por tanto el paciente se encuentra consciente en quirófano. La terminología usada en el ambiente quirúrgico con frecuencia no es entendida por el paciente, lo que incrementa su nivel de estrés, confusión e inseguridad durante la intervención. El objetivo de este trabajo es detectar oportunidades de mejora para reducir el estrés y aumentar la comprensión y seguridad del paciente sometido a cirugías bajo anestesia loco-regional.
Pacientes y métodos: Basándonos en la metodología del programa EMCA, desarrollamos un ciclo de mejora (paneles informativos en ante quirófano, trípticos al ingreso, explicación técnico-coloquial de la operación...), en el que incluimos una encuesta de satisfacción para los pacientes, dicha encuesta la aplicamos previamente al ciclo de mejora a 50 pacientes y tras su implantación a otros 50 pacientes, y comparamos los resultados obtenidos estadísticamente.
Resultados: Tras las medidas implantadas obtuvimos una mejora significativa en el grado de estrés de los pacientes (80% frente al 23% post ciclo mejora), en la comprensión del tipo de operación y sus maniobras (44% frente al 78%), y en la seguridad percibida por el paciente antes, durante y después de la operación (65% frente al 90%).

Conclusión: Medidas sencillas, como la explicación mediante paneles visuales de las principales expresiones técnicas del ámbito quirúrgico, trípticos y algoritmos, reduce significativamente el "estrés" y la incomprensión de los pacientes sometidos a anestesia loco-regional

Contacto: Josefa Lozano Marín
chachafefi@yahoo.es

P-398.- SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL/ASIL DE GRANOLLERS.

Martínez F, Fusté C, Martín E, Ibáñez JM.

Objetivos: Conocer la satisfacción con diferentes aspectos de la atención recibida por los usuarios hospitalizados en 2005 en el Centro.
Métodos: Se envió un cuestionario postal a una muestra aleatoria de 1007 usuarios hospitalizados en 2005 en el Centro. El cuestionario interrogaba sobre datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel de estudios), de la hospitalización (duración, ingreso urgente/programado, ingresos previos), y valoración de diferentes aspectos de la atención: accesibilidad (tiempo de espera hasta ser instalado en la habitación); profesionalidad (atención al ingreso, información sobre la enfermedad y el tratamiento); trato (conocimiento del nombre del médico, trato personal recibido de los profesionales); hostelería (habitación, comida, limpieza, silencio; suficiencia del tiempo de estancia con los familiares); efectividad auto-percibida (estado de salud al alta comparado con el del ingreso); valoración general de los servicios del hospital. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas.
Resultados: Fueron retornados 442 cuestionarios (tasa de respuesta, 43,9%). La atención al ingreso fue considerada buena por el 89,4%; el 36,2% tuvieron que esperar más de 3 horas. La información recibida sobre la enfermedad y el tratamiento fue considerada buena en por el 88,5%, y la recibida al alta fue considerada clara y extensa por el 90,1%. El 76,5% conocían el nombre del médico responsable. El trato recibido del médico fue considerado bueno por el 92,1% (por el 86,9% para enfermería y personal no sanitario). La valoración de la habitación fue buena para el 76,7% (comida, 51,6%; limpieza e higiene, 87,6%; silencio, 48,0%), y el tiempo de estancia con familiares, considerado suficiente por el 90,1%. Los servicios del hospital fueron considerados buenos por el 84,8% (regulares por el 13,8%, y malos por el 1,4%). El 76,5 de los respondientes manifestaron estar mejor que al ingreso, el 19% igual y el 4,5%, peor.
Conclusiones
1.- La atención al ingreso, el trato de los profesionales y la información recibida en los diferentes momentos de la hospitalización son valorados positivamente por una amplia proporción de usuarios, que se corresponde con la valoración del proceso y del resultado percibido de la atención.
2.- Los aspectos hoteleros, especialmente la comida y el silencio, son aspectos a mejorar sustancialmente, y
3.- La espera excesiva para ser instalado en la habitación se asocia con una peor valoración de la atención al ingreso.

Contacto: Eva Martín Sánchez
emartin@fhag.es

P-399.- ATENCIONES REGISTRADAS EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA.

Barragán-Pérez A, Moreno-Valero MA, Martínez-García JF Espín-Carmona MJ, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez MP.

Objetivos: Evaluar y analizar las atenciones presentadas en Centros de Atención Primaria.
Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Emplazamiento: Centros de Atención Primaria del Área de Salud de Cartagena (Servicio Murciano de Salud), con 336.664 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) y 1322362 a 31 de Diciembre de 2005.
Muestra: todas las reclamaciones escritas presentadas durante el año 2005.
Variables: motivo, fecha, zona de salud de procedencia, existencia de respuesta y tiempo de tramitación. Análisis descriptivo obteniendo medidas de tendencia central y dispersión de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas.
Las atenciones se codifican según criterios de la Secretaria Autonómica en 5 bloques (bloque acceso, entorno, proceso, resultado y otros), que a su vez, se dividen en 20 grupos y estos últimos dan lugar a 66 motivos.
Resultados: Nº total de atenciones recogidas: 582. Tasa anual del Área/1000 TSI: 1,73. Los bloques más frecuentes fueron PROCESO ASISTENCIAL (52% - 303); ACCESO A LA ASISTENCIA (26% - 149); RESULTADO ASISTENCIAL (11% - 11) Y PRESTACIONES (9% - 54).
Por Motivos de Atención, los más frecuentes son: Insuficiencia de personal (25,1% - 146), Demora en la ASISTENCIAL (12% - 70), Disconformidad con la Asistencia (10,7% - 62) y Trato Personal (8,1% - 47).
Conclusiones:
1.- Las atenciones más frecuentes se relacionan con el Proceso Asistencial, seguidas de la Accesibilidad a la Asistencia.
2.- Los motivos principales son Insuficiencia de personal y Demora en la asistencia.
3.- El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.

Contacto: Mª Paz Rodríguez Martínez
mpaz.Rodríguez@carm.es

P-400.- ATENCIONES REGISTRADAS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (MURCIA).

Jiménez-Hernández AJ, Zamorano-Gallego P, Pacheco-Guevara R Cánovas-Inglés A, Alarcón-Martínez C, Rodríguez-Martínez MP.

Objetivos: Evaluar las atenciones registradas en el Hospital General Universitario Reina Sofía.
Métodos: Diseño: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Ámbito: Hospital del Área I de la Región de Murcia. Emplazamiento: Servicio de Atención del Usuario (SAU) del Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia) con 150222 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) a 31/12/05. Muestra: Se recogieron todas las atenciones presentadas en el SAU durante el año 2005. Variables estudiadas: Las atenciones se codifican según criterios de la Secretaria Autonómica en 5 bloques (bloque acceso, entorno, proceso, resultado y otros), que a su vez, se dividen en 20 grupos y estos últimos dan lugar a 66 motivos.
Resultados: nº total atenciones: 570. Tasa anual del Hospital /1000 TSI: 3,79.Los bloques fueron: "Acceso a la asistencia" 352 (61%); "Resultado asistencial" 123 (22%), "Proceso asistencial" 49 (9%); "Entorno asistencial" 31 (5%) y "Prestaciones y otros" 15 (3%); El 75% de los grupos corresponden a: "Demora en la Asistencia" (27%); "Lista de espera" (26%) y "Disconformidad con el diagnostico y tratamiento" (22%). Por motivos: "Disconformidad con la asistencia recibida" (22%), "Demora en la asistencia" (18%) y "Cita previa" (11%) son los más representativos.
Conclusiones: Las atenciones mas frecuentes registradas en el Hospital General Universitario Reina Sofía fueron de Acceso a la Asistencia. Los grupos de atenciones que más destacan son: "Demora en la Asistencia" y "Lista de Espera". Y el motivo de atención más representativo es "Disconformidad con la asistencia recibida". El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones recogidas en los SAU es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.

Contacto: Mª Paz Rodríguez Martínez
mpaz.Rodríguez@carm.es

P-401.- ATENCIONES REGISTRADAS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL LOS ARCOS (SAN JAVIER, MURCIA).

Marin-Martínez J, Villegas-Abellán JA, Fernández-Pérez TS, Alarcón-Martínez C, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez MP.

Objetivos: Evaluar las atenciones registradas en el Hospital Los Arcos de San Javier.
Métodos: Diseño: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Ámbito: Hospital del Área II de la Región de Murcia. Emplazamiento: Servicio de Atención del Usuario (SAU) del Hospital Los Arcos (San Javier - Murcia) con 89.948 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) a 31/12/05. Muestra: Se recogieron todas las atenciones presentadas en el SAU durante el año 2005. Variables estudiadas: Las atenciones se codifican según criterios de la Secretaria Autonómica en 5 bloques (bloque acceso, entorno, proceso, resultado y otros), que a su vez, se dividen en 20 grupos y estos últimos dan lugar a 66 motivos.

Resultados: nº total atenciones: 146. Tasa anual del Hospital /1000 TSI: 1,55.Los bloques fueron: "Proceso asistencial" 65 (45%); "Acceso a la asistencia" 43 (29%) "Resultado asistencial" 30 (21%), "Entorno asistencial" 6 (4%). y "Prestaciones y otros" 2 (1 %); Más del 60% de los grupos corresponden a: "Planificación, organización y coordinación" (26%); "Disconformidad con el diagnostico y tratamiento" (21%) y "Trato" (16%). Por motivos: "Disconformidad con la asistencia recibida" (20,5%) , "Trato personal" (11%) y "Demora en la asistencia" (10%) son las más representativas.
Conclusiones: Las atenciones mas frecuentes registradas en el Hospital Los Arcos de San Javier fueron de Proceso Asistencial. El grupo que destaca es el de "Planificación, Organización y Coordinación". Y el motivo de atención más representativo es "Disconformidad con la asistencia recibida". El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones recogidas en los SAU es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario

Contacto: Mª Paz Rodríguez Martínez
mpaz.Rodríguez@carm.es

P-402.- ATENCIONES REGISTRADAS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE (MURCIA).

López-Navarro GR, Bernal-Peñalver L, Cárcar-Benito J, Alarcón-Martínez C, Cánovas-Inglés A, Rodríguez-Martínez MP.

Objetivos: Evaluar las atenciones registradas en el Hospital Comarcal de Caravaca.
Métodos: Diseño: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Ámbito: Hospital del Área IV de la Región de Murcia (6 zonas de salud del mapa sanitario del Servicio Murciano de Salud, adscritas). Emplazamiento: Servicio de Atención del Usuario (SAU) del Hospital Comarcal de Caravaca (Murcia) con 69.965 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) a 31/12/05. Muestra: Se recogieron todas las atenciones presentadas en el SAU durante el año 2005. Variables estudiadas: Las atenciones se codifican según criterios de la Secretaria Autonómica en 5 bloques (bloque acceso, entorno, proceso, resultado y otros), que a su vez, se dividen en 20 grupos y estos últimos dan lugar a 66 motivos.
Resultados: Nº total atenciones: 193. Tasa anual del Hospital /1000 TSI: 2,69.Los bloques fueron: "Proceso asistencial" 73 (38%); "Acceso a la asistencia" 75 (38%) "Resultado asistencial" 28 (15%), "Entorno asistencial" 17 (9%). y "Prestaciones y otros" 0 (0 %); El 60% de los grupos corresponden a: "Planificación, organización y coordinación" (28%); "Administrativas de Acceso a la Asistencia" (16%) y "Disconformidad con el diagnostico y tratamiento" (16%). Por motivos: "Extravío de objetos y documentos" (15,5%), "Organización y normas" (15,5%) y "Disconformidad con la asistencia recibida" (14,5%) son las más representativas.
Conclusiones: Las atenciones mas frecuentes registradas en el Hospital Comarcal de Caravaca de la Región de Murcia fueron de proceso asistencial. El grupo que destaca es el de planificación, organización y coordinación. Y el motivo de atención más representativo es "Extravío de objetos y documentos". El conocimiento de los diferentes factores que afectan a las atenciones recogidas en los SAU es una estrategia de gestión para mejorar el grado de satisfacción del usuario.

Contacto: Mª Paz Rodríguez Martínez
mpaz.Rodríguez@carm.es

P-403.- QUEJARSE Y ESTAR INSATISFECHO ¿EXISTE RELACIÓN?.

Villanueva A, Casquero M, Saurí V, Ortiz L, Tomás O, Pérez-Jover V.

Objetivos: Conocer la relación entre la insatisfacción de los pacientes de las encuestas de opinión y el porcentaje de quejas escritas recibidas en el SAIP en hospitales de la Comunidad Valenciana.
Métodos: Estudio basado en la relación de las encuestas de opinión a pacientes durante los años 2002, 2003 y 2004 y el porcentaje de quejas escritas recibidas por el SAIP durante esos años en hospitales de la Comunidad Valenciana. De las 17 categorías de actividad que compone el total de quejas escritas, el estudio se centra en las 7 categorías que poseen mayor frecuencia y poseen relación directa con 8 ítems de la encuesta de satisfacción. El método utilizado es el coeficiente de correlación de Pearson (prueba paramétrica con casuística suficiente) y el coeficiente de correlación de Spearman (prueba no-paramétrica sin casuística suficiente).
Resultados: La correlación de Pearson muestra una relación lineal significativa entre las quejas y los ítems de la encuesta de opinión ($r=0,648$, $p<0,0001$) en los tres años de estudio. Cuando las quejas poseen frecuencias elevadas, el porcentaje de insatisfechos también toma valores elevados. Diferenciando por años, se encuentran evidencias significativas de una relación lineal entre el porcentaje de quejas y el porcentaje de insatisfechos, en 2002 ($r=0,665$, $p<0,0001$), en 2003 ($r=0,665$, $p<0,0001$) y en 2004 ($r=0,632$, $p<0,0001$). El análisis de la correlación entre quejas e ítems según los niveles hospitalarios se ha realizado mediante la prueba de Spearman, existiendo relación lineal significativa entre insatisfacción y queja escrita, en Hospitales de referencia ($rs=0,704$, $p<0,0001$), en Hospitales de área ($rs=0,666$, $p<0,0001$), y en Hospitales complementarios ($rs=0,649$, $p<0,0001$), para el conjunto de años.
Conclusiones: El indicador indirecto de insatisfacción relaciona las quejas recibidas en los hospitales durante un periodo de tiempo y la insatisfacción en las encuestas de opinión al paciente en ese mismo periodo.

Contacto: Lidia Ortiz Henarejos
lidia.ortiz@umh.es

P-404.- ¿SE QUEJAN DE LO MISMO LOS PACIENTES DE HOSPITALES QUE LOS DE AMBULATORIA?.

Villanueva A, Casquero M, Sauri V, Tomás O, Sancho J, Mira JJ.

Objetivo: Analizar las quejas escritas presentadas por los pacientes a través del Servicio de Atención e Información al Paciente.
Método: Encuesta telefónica a pacientes que han presentado queja escrita entre marzo y mayo del 2005 en dos hospitales y cinco especialidades y ambulatoria de 3 departamentos de la Comunidad Valenciana. 284 encuestas válidas abarcando el 67,14% de la población de 44,16 años de media y 66% mujeres. El 46,8% se tramitaron en hospitales y el 53,2% en ambulatoria. Estadístico Chi-cuadrado (significativo $p<0,05$) para observar diferencias por tipo de centro y estadística descriptiva.
Resultados: El 86% de los encuestados es la primera vez que realiza este trámite y las tres cuartas partes que afirma haber presentado más de tres quejas lo ha hecho en ambulatoria ($x2=6,310$, $p=0.043$). El 71.6% señala como correcta la información recibida por el personal SAIP sobre cómo tramitar la queja. El 34.5% de los pacientes creen que se ha hecho todo lo posible en el centro para resolverla. Sólo se encontraron diferencias significativas entre quienes presentaron la queja en un hospital, que se manifiestan más satisfechos con la respuesta que los que la tramitaron en un centro de asistencia ambulatoria (60% vs 41.6%, $x2=19.649$, $p = 0.001$).Los principales motivos de queja escrita son la excesiva lista de espera (20.07%), el trato recibido (17.96%) y la demora en la asistencia (16.55%). Los motivos de queja en hospitales son principalmente; excesiva lista de espera (27%) y problemas de mantenimiento y seguridad (5.7%). En los centros de ambulatoria; trato inadecuado (12.5%), denegación de asistencia (9.2%), la asignación de profesional o centro (7%) y los problemas administrativos de acceso (6.2%).
Conclusiones: La respuesta del SAIP respecto a la gestión de quejas, principalmente en información y tiempo de respuesta, parece satisfacer las necesidades del paciente que llega con un problema. Los datos confirman la necesidad de prestar más atención a la asistencia ambulatoria ya que su uso más frecuente hace que los pacientes detecten más problemas. La asistencia hospitalaria está asociada a problemas con la lista de espera, frente al trato de los profesionales en ambulatoria.

Contacto: Jose Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

P-405.- SI NO ES GRAVE, MEJOR NO VENGA.

Sancho J, Tomás O, Pérez-Jover V, Mira JJ.

Objetivo.Analizar la opinión de pacientes que han acudido a los servicios de urgencias de hospitales de la Comunidad Valenciana en 2005 comparando, en función de la percepción de gravedad del paciente, aspectos relacionados con la asistencia recibida.
Método.Se encuestó a 2423 pacientes que acudieron a urgencias de hospitales en 2005 (61% mujeres; edad media 45; error muestral inferior al 1%).Se analizan: satisfacción con el servicio de urgencias (escala 0 a 10), percepción de gravedad del proceso y calidad percibida de la información. Las valoraciones se han analizado en función de: la gravedad del proceso por el que acuden a urgencias y tiempo transcurrido

desde la última vez que acudió a urgencias mediante estadísticos inferenciales: Chi-cuadrado y Anova (criterio de significación p<0,05).
Resultados: El 54,9% afirma haber acudido a urgencias con un problema grave y el 6,4% lo hizo hacía menos de 72 horas, siendo los más leves los que antes regresan a éste dispositivo (X^2=13.015, p=0.001). La satisfacción global con la atención sanitaria recibida es de 5,7 puntos en el caso de pacientes que acuden por un proceso leve y de 6,1 puntos cuando lo hacen por un proceso grave (F=14.453, p<0.0001). Los pacientes leves valoran con 5,7 puntos la información recibida mientras que los graves la valoran con 6 puntos (F=6.102, p=0.014). Un 11% de los pacientes que afirman acudir con un problema leve dicen no ser informados de "lo que se les va a hacer" frente al 7% de pacientes que acuden por un motivo grave (X^2=12.311, p<0.001). Si consideramos solo las respuestas de los pacientes graves, conforme el tiempo transcurrido desde la última vez que visitó urgencias se reduce, se incrementa el porcentaje de quienes afirman no ser correctamente informados -hasta un 14% más si han transcurrido menos de 72 horas (X^2=10.269, p=0.006), éstas diferencias no se detectan en el caso de leves. El 91% de pacientes leves y el 94% de los graves afirman recibir informe al alta con información del tratamiento a seguir o cuándo ir a su médico (X^2=5.059, p=0.024). Cuando se vuelve a urgencias en menos de 72 horas por el mismo motivo, el porcentaje de pacientes graves informados correctamente disminuye en 10 puntos porcentuales (X^2=12.333, p=0.002), no apreciando estas diferencias entre los leves.
Conclusiones: Los enfermos más graves valoran mejor las atenciones en urgencias. La percepción que tiene el paciente acerca de la gravedad con la que acude a urgencias se asocia a la valoración de la atención e información que recibe en el hospital.
Contacto: José Joaquín Mira Solves
jose.mira@umh.es

P-406.- VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO CUYO INGRESO ES MAYOR DE 10 AÑOS.
Sánchez-Bernal R, Urretxu-Reboiro L, Legorburu-Mendía M Ortiz-de Pinedo E, Acebo A, Audicana-Uriarte A.

Objetivos: 1º: Conocer si las encuestas de satisfacción a pacientes con trastorno mental severo de larga evolución ingresados > de 10 años pueden ser válidas y fiables, valorando la coherencia en sus respuestas. 2º: Una vez validada la herramienta, conocer la satisfacción en todos los aspectos que afectan a su atención integral.
Metodología: Se diseñó una encuesta "ad hoc" que contenía 40 preguntas sobre todos los aspectos de la atención integral que reciben los pacientes (Información y comprensión de las normas de la Unidad, conocimiento de los profesionales, plan individual de cuidados en enfermería, intervención psiquiátrica, somática, social e institucional; actividades del programa asistencial, ocio y tiempo libre; terapia ocupacional, intervención familiar, actitud ante cuidados paliativos, tiempo dedicado y trato humano, confidencialidad e intimidad, comodidad, limpieza, comida, lavado y planchado de ropa, peluquería, podología, aspectos clínicos, percepción de enfermedad y actitud ante el alta). Queríamos conocer como valoran los pacientes todos los objetivos de efectividad del proceso asistencial y los que se han establecido para garantizar su seguridad. Las encuestas se realizaron mediante entrevistas personales e individualizadas con una duración entre 45 minutos y 1 hora.
Resultados: 1º: Fueron consideradas válidas y fiables 31 encuestas de las 37 realizadas (83,78%), 4 no válidas ó no fiables por respuestas incoherentes ó delirantes (10,81%), y 2 fue imposible realizarlas por negativa expresa a contestar de los pacientes (5,41%). 2º: Su valoración en conjunto fue positiva en más del 80% de los encuestados, excepto en la no solicitud de opinión ó consentimiento para las actividades en las que participaban (75% negativa). 3º: En torno al 10% de los pacientes responden a veces que no recuerdan las cosas 4º: A lo que más importancia le dan en su vida es al reposo, la tranquilidad, enfermedades orgánicas, navidades, excursiones de 1 día y la buena comida, y a lo que menos, al alta – no quiere irse la mayoría-, ropa, y resto de pacientes de otras Unidades. 5º: La puntuación media otorgada ha sido de 8,38 puntos.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes están perfectamente capacitados para ser encuestados mediante entrevistas personalizadas, nunca por escrito ni telefónicamente. La encuesta nos ha sido útil para detectar algunas áreas de mejora, y ha hecho reflexionar al equipo multidisciplinar de psicogeriatría sobre comentarios muy interesantes y certeros de los pacientes.
Contacto: Rafael Sánchez Bernal
rsanchez@sma.osakidetza.net

P-407.- VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS HAYA DE MÁLAGA.
Sánchez-Gómez B, Dueñas-Fuentes JR, Duarte Clíments G.

Objetivos: La evaluación de la calidad percibida por el usuario forma parte del plan de gestión de la Gerencia del Hospital. La satisfacción se evalúa anualmente y forma parte de los objetivos vinculados a incentivos de la totalidad de los profesionales que componen la Unidad de Gestión Clínica. La preocupación por la calidad del instrumento de medición nos lleva a evaluarlo para comprobar si realmente disponemos de un instrumento válido y fiable.
Disponer de un instrumento válido y fiable para realizar el análisis de satisfacción de las Unidades de Gestión Clínica –UGC- del Hospital Regional Universitario de Málaga
Métodos:
Muestreo aleatorio simple de pacientes atendidos en las UGC del HRU Carlos Haya de Málaga en el año 2005, para un intervalo de confianza del 95%.
Diseño de la encuesta telefónica, entorno web y manuales de uso.
Entrenamiento de profesionales para la realización de la encuesta.
Realización de la encuesta en marzo de 2006.
Análisis descriptivo de la satisfacción.
Análisis descriptivo de las encuestas realizadas: análisis de validez mediante pruebas factoriales y análisis de fiabilidad mediante correlaciones.
Resultados:
Los resultados para la satisfacción responden a las expectativas de las UGC y de la Gerencia del Hospital
La encuesta diseñada es un instrumento válido y fiable para valorar la satisfacción de los usuarios de las UGC.
Conclusiones
Dado el tamaño de la muestra, estos resultados sugieren que la encuesta puede ser utilizada por unidades de características similares.
El instrumento diseñado y utilizado para el análisis de la satisfacción es válido y fiable para el fin que persigue. Por lo tanto será el material de elección para la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios.
Contacto: Mº Begoña Sánchez Gómez
begona.Sánchez.sspa@juntadeandalucia.es

P-408.- EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.
Lorenzo S, Noria M, Hernández P, García-Sánchez J, Ortigueira JA, González-Álvarez JM.

Antecedentes. Cada vez más las intervenciones quirúrgicas en nuestro medio se realizan mediante técnicas que permiten al paciente volver a su domicilio el mismo día de la intervención y supone una alternativa a la cirugía tradicional con hospitalización. Sin embargo, tenemos escasa información sobre el grado de satisfacción de los pacientes que reciben asistencia en este proceso en nuestro centro.
Objetivo: evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con la cirugía mayor ambulatoria Material y método
Ámbito: hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, con un área de referencia de 250.000 habitantes en el área quirúrgica general.
Cuestionario: Encuesta de Opinión del Paciente sobre Asistencia Sanitaria para Cirugía Sin Ingreso desarrollada por la Comunidad Valenciana en 2001. La encuesta cuenta con 12 preguntas de fácil comprensión y respuesta (escala de 1 a 5 puntos) y 13 preguntas más sobre el tiempo de permanencia en lista de espera, variables demográficas, etc.
Tipo de estudio: Estudio transversal que utiliza encuesta anónima.
Sujetos: Todas las altas ocurridas en el periodo de estudio en CMA.
Periodo de estudio: dos semanas consecutivas de marzo de 2006
Procedimiento: sistemas de información suministra la base de datos con la filiación del paciente. A los 15 días de la intervención se remite el envío (carta de presentación, encuesta y sobre prefranqueado). El periodo de recepción de encuestas es de 2-3 semanas.

Análisis: descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS.
Resultados: Se enviaron 400 encuestas y se recibieron 122 (30,5%). Análisis de fiabilidad y validez de los datos mediante Alpha de Cronbach (0, 0,954). Edad media: 55,47 años; 56,3% varones. 43,7 % mujeres. El 16,2 %de los pacientes no tenían estudios, 45,3% contaban con estudios primarios y 25,6% secundarios y 12,8% universitarios. La satisfacción global media fue 3,86 sobre 5 (desviación típica 0,926).
Las variables mejor valoradas fueron: Amabilidad (4,23), Trato (4,16) y Enfermería (4,04). Las variables que actualmente determinan la satisfacción de los pacientes con la cirugía mayor ambulatoria en el análisis factorial en nuestro centro han sido agrupadas en dos factores: el Factor 1 (Trato, Amabilidad, Disposición, y Enfermería) con el 67% y el Factor 2 (Resultado de la intervención, Aspecto general, Información y Preparación) 32, 5%.
Contacto: Susana Lorenzo Martínez
slorenzo@fhalcorcon.es

P-409.- VALORACIÓN CIUDADANA DE LA SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL SANITARIO.
González-Pérez R, Gijón-Sánchez MT, Escudero-Carretero M, Prieto-Rodríguez MA, Ruiz-Azarola A, Suess A.

Objetivos: El personal sanitario se constituye como el canal transmisor de información prioritario y de mayor utilización para la población. El objetivo de este estudio es explorar el grado de satisfacción de la población con la información recibida por parte del personal sanitario.
Métodos: Abordaje cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas realizadas por teléfono. Se realizaron 48 entrevistas con personas que responden a diferentes perfiles teóricos sociosanitarios a partir de una muestra estructural, definida en cuanto a estado de salud, sexo, edad, nivel educativo, ocupación laboral y contexto geográfico. La selección final de las personas a entrevistar se formalizó siguiendo el muestreo de "bola de nieve". Se realizó un análisis de contenido apoyado del programo informático NUDIST Vivo versión 4.0.
Resultados: Del discurso de las personas entrevistadas, se desprende satisfacción con la información recibida del personal sanitario, cuando ésta responde a criterios de comprensión, pertinencia y calidad. Muchas de las personas entrevistadas que expresan satisfacción con la información recibida, afirman haber desempeñado un papel muy activo en la obtención de la misma, planteando sus dudas a sus profesionales sanitarios. Las personas que no manifiestan sus preguntas, no reciben toda la información que necesitan y esto repercute en una merma de sus satisfacción con la información recibida. Otras razones manifestadas que dificultan la comprensión de la información son: la escasez de tiempo en la consulta, el uso de tecnicismos y la falta de empatía del personal sanitario. La satisfacción con la información recibida es mayor en hombres que en mujeres y en las personas con patología aguda y sus cuidadores/as, respecto a personas sanas o con patología crónica y sus cuidadores/as.
Conclusiones: La comprensión de la información es un aspecto importante en la satisfacción de las personas entrevistadas. Para aumentar dicha comprensión es deseable mejorar la calidad de la información, así como su transmisión. Se recomienda por tanto, promover el desarrollo de actividades formativas encaminadas a mejorar las habilidades de comunicación de los y las profesionales, con objeto de que la información se transmita de manera proactiva. Un aspecto clave es facilitar toda la información necesaria cuidando su impacto emocional, asegurandose de que se plantean y resuelven todas las dudas e inquietudes de pacientes y cuidadores
Contacto: Rocío González
rociogonzalez@redfarma.org

P-410.- ANÁLISIS DEL RESULTADO DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES COMO MÉTODO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
Lasso-de la Vega C, Vilar MJ, López C, Riu M, Forner M.

Introducción: Conocer la opinión de los pacientes con respecto a la calidad percibida de los cuidados de las enfermeras, nos ayuda a mejorar la calidad asistencial. En el Hospital del Mar desde el año 2001 se viene realizando una encuesta a los pacientes de determinadas especialidades, con el fin de analizar diferentes aspectos relacionados con la atención de enfermería recibida durante el ingreso hospitalario.
Objetivo: Presentar los resultados de la encuesta de opinión que se ha realizado a los pacientes.
Metodología: Se elaboró una encuesta en la que se recogen aspectos de las siguientes áreas: Competencia técnica de las enfermeras, Información recibida por el paciente y familia, Empatía (trato recibido durante la hospitalización y respeto a la intimidad) y Coordinación entre el equipo asistencial. La encuesta se realizó de forma telefónica a 775 pacientes y para ello se contó con la participación de una persona ajena al ámbito sanitario, con el fin de dar más objetividad en el momento de realizar las preguntas.
El Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica de la Institución hizo el tratamiento estadístico y el análisis de los datos.
Resultados: Las áreas de mejor puntuación han sido: la competencia técnica de las enfermeras (96,6%), el trato recibido (96, 4%), Respeto a la intimidad (92, 5%) y la coordinación entre el equipo multidisciplinar (90%), con respuestas de excelente/ muy buena/ buena.
El área de información al paciente y sus familiares es donde el índice de satisfacción es más bajo con un 18% y un 20% de respuestas negativas. El 46,2% de los encuestados ha puesto de manifiesto no haber recibido instrucciones en el momento del alta, teniendo en cuenta que un 97% las considera útiles.
Con respecto al área de la autonomía cabe señalar que el 18,5% de los entrevistados han manifestado que durante el ingreso no se les ha dado la posibilidad de expresar sus dudas y problemas relacionados con su enfermedad.
Conclusiones: Los resultados obtenidos nos han permitido analizar los puntos débiles, elaborar y aplicar propuestas de mejora.
Aunque la calidad percibida en este estudio sea un proceso individual generado entre el paciente y el equipo de enfermería, si refleja que en general la opinión es muy satisfactoria.
Contacto: Carmen Lasso De La Vega Panillo
18962@imas.imim.es

P-411.- LAS ENCUESTAS, ¿SON UNA HERRAMIENTA VÁLIDA DE INFORMACIÓN?.
Urruela M, Onandia M, Zuazo I, Arizabaleta J, Huerta M, Vilabrille M.

Introducción: El hospital adoptó el modelo de la EFQM en el año 1996 y desde entonces se han ido incorporando diferentes fuentes de información al Sistema de Gestión. Una de las informaciones más relevantes para gestionar la organización son las encuestas a los diferentes grupos de interés. Es por eso que en la reflexión estratégica llevada a cabo en el año 2003 se decide incorporar a las encuestas ya existentes de clientes y empleados, las de proveedores y sociedad.
Metodología: La fecha de inicio de las encuestas así como la metodología utilizada ha sido diferente según el grupo de interés del que se trate. La encuesta a Clientes se inició en el año 1993 y se envío a través de correo, a partir de 1997 la encuesta pasó a ser telefónica y anual. Personas: la primera encuesta se realizó en el 2002, es anónima y se dirige a todos los trabajadores a través de correo interno y con una cadencia bienal. Está estratificada por categorías profesionales. Proveedores: se inició en el año 2003, esta encuesta se pasa en una reunión denominada "desayuno con proveedores", tiene carácter bienal. Sociedad: la primera encuesta se realizó en el año 2003, el sistema utilizado es el correo postal, tiene carácter bienal y se envía a las entidades más representativas de nuestra provincia. Para las encuestas de personas, proveedores y sociedad se utilizan encuestas autocumplimentadas, basadas en escala de Likert.
Las encuestas a clientes son analizadas por todos los líderes asistenciales de la organización; las de personas por todos los líderes y las de proveedores y sociedad por el consejo de dirección.
Resultados: Clientes: valoración global de la asistencia para todos los ámbitos asistenciales: año 2003: 95%; 2004: 95%; 2005: 92%. El descenso del último año es debido a los resultados obtenidos en la encuesta de urgencias.
Personas: valoración global: año 2001: 2,51; 2003: 2,74; 2005: 3,11. Escala de 1 a 5.
Proveedores: valoración global: 2003: 8,6; 2005: 8,8. Escala de 1 a 10.
Sociedad: valoración global: 2003: 8,56; 2005: 8,70. Escala de 1 a 10.
Conclusiones:
1.- Las encuestas son un sistema útil para conocer la percepción de los grupos de interés y por tanto, de fuente de información relevante para la gestión.

2.- Nos permiten conocer sus expectativas y no lo que nosotros pensamos que necesitan.
3.- Son útiles cuando la información obtenida es analizada y transformada en áreas de mejora implantadas.
4.- Son una herramienta de fácil comprensión para todos los profesionales del hospital.
Contacto: Merche Urruela Oliván
murruela@hbas.osakidetza.net

P-412.- PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
Paredes-Sidrach de Cardona A, Ruiz-García JF, Lopez-Martínez P, Pérez-García MC, Inclan-Ponce de Leon MJ, Crespo-Carrión MJ.

Objetivo: Conocer la percepción que tienen los usuarios de la atención que reciben por parte del personal de enfermería.
Material y Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. La población de estudio han sido todos los pacientes ingresados en unidades de hospitalización médicas que tuvieran una estancia igual o superior a 4 días. El estudio se ha realizado el 11 de abril de 2006 y se ha seleccionado a toda la población que cumplía los criterios de inclusión como muestra de estudio. Como instrumento de recogida de datos se ha diseñado un cuestionario de elaboración propia sobre aquellos aspectos relacionados con la percepción de los usuarios sobre la atención del personal de enfermería
Resultados: Se ha obtenido una muestra de 59 pacientes de los que el 52,7% eran hombres. El 85,5% valoran como adecuado o muy adecuado el tiempo que le dedican y el 67% expresan que el tiempo que no le dedican a el se lo están dedicando a otro paciente. Así mismo expresan saber distinguir la categoría profesional del personal que entra en el habitación (61,8%) aunque no conocen los nombres de ninguna enfermera ni auxiliar de enfermería de la unidad en un 76,4% y 83,6% respectivamente. Los usuarios manifiestan mayoritariamente que se prestan mas cuidados por la mañana (41.8%) o en todos por igual (45,6%) así como que no aprecian disminución en la calidad/cantidad de los cuidados durante los festivos y fines de semana. También refieren acudir a veces o siempre en un 56% al mostrador para solicitar la atención del personal en vez de utilizar el timbre y consideran adecuado o muy adecuado el tiempo que tarda en contestar o acudir el personal cuando se utiliza el timbre (88,5%). Casi un 52% de los pacientes refieren que no se les pregunta sobre la comida o cena después de estas. En el 55,7% de los casos no se entrego documento informativo de la unidad de hospitalización y a aquellos pacientes a los que se les entrego documento informativo lo leyeron en un 82,3%
Conclusiones: Existe una alta percepción de los usuarios por la dedicación y atención que se les presta pero así mismo aun sabiendo distinguir la categoría profesional de los trabajadores que le atienden no conocen ningún nombre del personal de enfermería en un alto porcentaje.
así mismo, resaltar la necesidad de incidir en la entrega de documentos informativos del funcionamiento de las unidades ya que son utilizados por un importante número de usuarios
Contacto: Jesús Leal Llopis
jesus.leal@carm.es

P-413.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA A TRAVÉS DE LAS RECLAMACIONES VERBALES.
Martínez-Saorín ME, Mirandal-Lopez C, Cayuela-Verdú FJ, Escudero-Sánchez C, Valiente-Borrego F.

Introducción: mediante el registro de reclamaciones, sugerencias y quejas, tanto escritas como verbales, la fundación hospital de cieza(fhc) ha conseguido mantener un sistema de información y evaluación de todas las sugerencias efectuadas por los ciudadanos en relación con la asistencia sanitaria recibida en la fhc
Objetivos: mejorar la calidad de los servicios prestados a través de la voz del ciudadano.
Metodología:
1. Desarrollo de una aplicación informática para introducir sugerencias, quejas y reclamaciones tanto verbales como escritas.
2. Para las reclamaciones escritas el hospital dispone de formatos en los que se recogen los datos personales del ciudadano y los motivos de su queja. Estos datos son tratados de conformidad a la ley.
3. En las reclamaciones o quejas verbales se registran directamente en la aplicación informática recogiendo datos de....
4. Se explotan de los datos por distintos criterios (fechas, motivos, especialidades...)
5. ANÁLISIS y evaluación todas las quejas.
6. La valoración se traslada a la gerencia o dirección correspondiente para su conocimiento y adopción de medidas oportunas
Resultados:
En el primer trimestre del año 2006 las reclamaciones totales en la fhc han sido 675, siendo el 97,7% verbales.
Por servicios, las reclamaciones se han distribuido:

Servicio	% verbales	% escritos
Alergia	6,68	4
Cardiología	8,22	0
Digestivo	15.97	0
M.Interna	6,98	8
Neurología	10,85	4
Neumología	22,48	0
Radiología	2.17	0
Rehabilitación	3,72	4
Traumatología	18,6	4
Urgencias	2,33	36

Conclusiones:
La metodología descrita proporciona una herramienta útil para detectar problemas a través de la voz del ciudadano.
La gestión de las reclamaciones verbales abre un canal de comunicación entre los ciudadanos y el centro que permite mejorar la calidad asistencial de los servicio prestados.
Contacto: Encarnación Martínez Saorín
encarnacion.Martínez22@carm.es

P-414.- ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS MANIFESTADAS EN LA ENCUESTA EMCA DE CALIDAD PERCIBIDA.
Nieto P, Bermúdez R, Más A, Calle JE, Ramón T.

Objetivo: Identificar y analizar las quejas, agradecimientos y sugerencias anotadas por los pacientes de atención primaria en la encuesta EMCA de valoración de calidad percibida.
Método: Unidad de estudio: 2.283 cuestionarios EMCA, cumplimentados por una muestra de pacientes atendidos en los Centros de Salud del Servicio Murciano de Salud (SMS), en la semana del 6 al 10 de marzo de 2006.
Procedimiento: Paralelamente a la introducción del cuestionario en la base de datos, se registran las anotaciones realizadas en los espacios reservados para ello. Si el paciente se identifica en la encuesta y solicita respuesta, el responsable del proyecto contacta con él a través de una carta o mediante llamada telefónica y con el responsable del tema expuesto. Si por el contrario, el paciente no se identifica o no solicita respuesta, se realiza la separación física y el almacenamiento de la encuesta, y posteriormente la relectura de todas las anotaciones, su análisis y clasificación por tema o dimensión, procediendo finalmente a la puesta en marcha de medidas de intervención.
Resultados: El total de anotaciones encontradas asciende a 149.
El 89,27% de los comentarios representan quejas de los pacientes. De ellas, el 32,88% se refieren a la organización del centro de salud como el principal problema. El 20,80% son relativas al trato recibido por parte del personal del centro, mientras que el 16,10% consideran la profesionalidad del personal como el aspecto que merece más atención. Cabe destacar la preocupación de los pacientes por los tiempos de espera: un 13,42% de las incidencias registradas se refieren al excesivo tiempo transcurrido entre petición de cita y consulta, y a la falta de puntualidad al ser atendidos.
El 10,73% de los comentarios de los pacientes se corresponden con agradecimientos, tanto referentes a la utilidad de la encuesta como método para conocer las necesidades de los pacientes del SMS, como comentarios relativos a la profesionalidad del personal.
En seis casos se ha precisado intervención inmediata.
Se han descubierto, en algunos casos, nuevos aspectos de la atención que deberían incluirse en futuras revisiones de las encuestas.
Conclusiones: Las anotaciones realizadas por los pacientes en la encuesta EMCA suponen una nueva fuente de información para identificar y

analizar oportunidades de mejora en la asistencia al paciente. Así mismo, a través de estas anotaciones, los pacientes han creado un nuevo canal de comunicación con la Subdirección de Calidad Asistencial.

Contacto: Adelia Más Castillo
adelia.mas@carm.es

P-415.- UNA "FOTO" DE NUESTRA ORGANIZACIÓN. ¿ESTAMOS ENFOCADOS?.

Santiago-García C, Barragán-Pérez A, Moreno-Valero M, Martínez-García J, Pérez-Aguilar F, Sánchez-Rodríguez F.

Objetivos: Analizar nuestra organización desde la perspectiva del paciente.
Evaluar la concordancia entre las acciones de nuestro equipo directivo y las demandas de los pacientes.
Métodos: Cuestionario de Valoración de Calidad percibida y satisfacción en Atención Primaria (AP). Estudio retrospectivo. Muestreo aleatorio sistemático de todos los usuarios atendidos en consulta durante una semana de Noviembre-2005, con 52 preguntas divididas en 7 apartados: Tasa de respuesta 41'14%. Análisis por apartados y dimensiones (accesibilidad, infraestructuras, tiempo de espera, calidad científico-técnica, atención urgente, atención domiciliaria, profesionalidad, trato, y satisfacción global). Los resultados se agruparon por Zona y Área de Salud, se compararon con datos regionales y fueron expuestos a los responsables de los EAP. Se realizo un análisis por indicadores compuestos agrupando varias preguntas.
Resultados: Se detectaron problemas relacionados con la accesibilidad en Centro y domicilio. La visión del usuario corresponde con el análisis previo efectuado por el equipo directivo. El problema de accesibilidad telefónica se resolvió con central externa.
El Indicador compuesto de estructura y organización ofrece valores superiores a la media regional (72,4/70,8), salvo en 3 zonas con mayor problema estructural. En dos de ellas está previsto un nuevo centro y en otra se están haciendo reformas. El indicador compuesto de calidad científico-técnica global es 83,8 (82,1 regional). Por estamentos: 86,5 médicos, 86,8 enfermeros, 72,2% administrativos (superior al regional en todos los casos). El indicador de calidad científico-técnica incluye la competencia profesional y la relación interpersonal, mayor que la media regional en todos los estamentos.
El indicador simple de urgencias y el indicador simple de calidad y satisfacción también es superior a la media regional.
Conclusiones: Los indicadores simples y compuestos y las tasas de problemas permiten obtener una "foto" de cómo nos ven los usuarios..
Los pacientes de nuestro Área valoran bien la calidad científico-técnica y el trato de nuestros profesionales y peor la accesibilidad.
La percepción de los usuarios se ajusta a los datos de los equipos directivos.

Contacto: Carmen Santiago García
carmen.santiago@carm.es

P-416.- ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES DE LA E-MEDICINA?. A PROPÓSITO DEL USO DE LA WEB COMO FUENTE DE INFORMACIÓN.

Silvestre C, Palacio F, Bustinduy A.

Objetivos. La web es el instrumento más poderoso y accesible para obtener información del que nunca ha dispuesto la Humanidad, pero ¿qué buscan los pacientes, con qué criterios lo hacen?. El presente estudio tiene como objetivo conocer las opiniones de los pacientes sobre la web como fuente de información sanitaria.
Metodología. Estudio cualitativo mediante grupos focales de pacientes, Se desarrollaron 4 grupos y se realizó el análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas. La selección de participantes se hizo por edad, sexo y nivel social en el ámbito urbano y el reclutamiento se hizo con la ayuda de Asociaciones de Vecinos.
Resultados. Las opiniones de los pacientes se agrupan en 3 categorías:
1) Opinión general, usos y costumbres. La gran mayoría de los entrevistados utilizaba la web como fuente de información sanitaria, y lo hacían directamente o a través de familiares más habituados a la informática. La ven peligrosa y excesiva, por el volumen de información que facilita, por lo que hay una preocupación general por la seguridad de las fuentes. Algunos no la utilizan por distintas razones.
2) Utilidad de la información. Se entra en la web buscando informaciones concretas, sobre medicamentos, procesos muy concretos, dietas, etc. o para contrastar y ampliar lo dicho por los profesionales sanitarios. Prácticamente nadie la utiliza con fines de autodiagnóstico.
3) Cómo afecta a la relación con los profesionales. A pesar de toda la información que pueda obtenerse, se considera necesario el contacto con el médico.
Una opinión ilustrativa: Yo me acuerdo que en casa había una pequeña enciclopedia, de los 20 males que se pueden tener en casa, que tenía mi madre ahí, para cuando nosotros éramos pequeños, que creo que ahora te metes en Internet y buscas "al niño pequeño le duele la tripa" y te salen veinte mil cosas. Y para eso si que lo veo bastante cómodo.
Conclusiones. Una gran mayoría de pacientes entra en la web para obtener información sanitaria. Buscan fuentes fiables, basándose en los créditos de los autores. Lo hacen para informarse sobre temas concretos o para contrastar información, y siempre lo supeditan a su relación con el médico.

Contacto: Fernando Palacio
fpalacio@apge.osakidetza.net

P-417.- QUÉ HACE EL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD CON LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS.

Cerdá I, Aguado H, Artigas M, Agusti E.

Introducción: El Servicio Catalán de Salud inicia el año 2002 como planteamiento estratégico, la medida del nivel de satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos, mediante cuestionarios validados. Conocido el nivel de satisfacción, incorpora mediante el contrato de compra de servicios de 2005, cláusulas especificas, para que las organizaciones proveedoras, realicen actuaciones de mejora sobre los ítems que tienen un mayor impacto en el nivel de satisfacción de los pacientes.
Objetivos: Incorporación de los conceptos de satisfacción y de calidad percibida del ciudadano, en la gestión de las organizaciones sanitarias. Implicar en la cultura de mejora continua de la calidad a los responsables de Atención al Ciudadano de las 7 Regiones Sanitarias y a los responsables de las organizaciones proveedoras sanitarias de Cataluña. Sistematizar los Métodos de trabajo para permitir la agregación de los resultados, establecer comparaciones y benchmarquing.
Métodos: Definición de las cláusulas de compra en las 4 líneas de prestación de servicios. Análisis de los modelos organizativos de las 7 regiones sanitarias. Normalización de la sistemática de priorización de las áreas de mejora, según los resultados específicos de la encuesta de satisfacción. Sesiones de trabajo periódicas con los responsables de las regiones sanitarias para consensuar la sistemática y el seguimiento de las diferentes fases del proceso de forma especifica y individualizada. Documento normalizado de evaluación de los proyectos de mejora.
Resultados:

		Posible	Propuesto
A. primaria		674	575 85%
A. hospitalaria		118	118 100%
A. salud mental - ambulatoria	140	136	97%
A. salud mental larga estancia		26	26 100%
A. socio sanitaria		72	72 100%
Total	1130	1036	92%

El total de organizaciones sanitarias identificadas como unidad proveedora es de 565 en el total de Cataluña. El 92 % pacto áreas de mejora y siguió la metodología definida en el documento normalizado.
Conclusiones: La incorporación de objetivos específicos, tomando como base los resultados de la encuesta de satisfacción permite la diseminación de sistemáticas de mejora, así como orientar a las organizaciones hacia áreas percibidas como mejorables por los ciudadanos. Armonizar los sistemas de trabajo de compradores y proveedores de servicios sanitarios es el factor clave para obtener resultados comparables a nivel global de Cataluña que permiten el benchmarquing.

Contacto: Hortensia Aguado Blázquez
haguado@catsalut.net

P-418.- EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Latorre M, San Sebastián JA, Llamas A Bilbao A, Olascoaga A, Ballestero J.

Introducción: El Plan Estratégico 2003—2007 (PE) del Hospital, en su apartado Perspectiva del Cliente, establece los objetivos y las metas a alcanzar para el año 2007. El despliegue del PE a los diferentes Servicios

y Unidades del Hospital se realiza a través de los procesos. El proceso asistencial en Urgencias participa en los objetivos C1 (aumentar la satisfacción con la accesibilidad del Servicio), C2 (aumentar la satisfacción con el trato y la información), C3 (aumentar la satisfacción con la calidad asistencial-técnica) y C5 (aumentar la satisfacción con el confort de las instalaciones).
Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos en el proceso asistencial de Urgencias desde el año 2003 e identificar áreas de mejora que añadan valor al usuario.
Métodos: 1. Se realiza una clasificación de la Urgencia en cuatro áreas (Médico-Quirúrgicas, Traumatológicas, Gineco-obstétricas y Pediátricas). 2. Se realiza un muestreo aleatorio de las cuatro áreas, utilizando como criterio de ponderación el número de pacientes atendidos en el ejercicio anterior. 3. Se utiliza el cuestionario corporativo (que permite establecer comparaciones con los otros dos grandes Hospitales de la red). 4. Se utilizan herramientas informáticas (Excel 2003 y SPSS v.14.0) para analizar los resultados obtenidos.
Resultados: 1. Anualmente son encuestados 400 pacientes (100 en cada área), 2. La tendencia de los resultados es negativa en las dimensiones de Accesibilidad, Confort y Valoración Global, 3. La tendencia es positiva en las dimensiones de Trato, Información, Calidad técnica y Resultados clínicos, 4. Las áreas con mejor resultado son la gineco-obstétrica y la pediátrica, 5. La dimensión peor valorada es la de Confort.
Conclusiones: 1. La tendencia es el criterio de evaluación de resultados más utilizado para orientar acciones de mejora organizativas (implantación de sistemas de gestión). 2. La comparación con los resultados obtenidos por otros hospitales es el criterio de evaluación más útil para abordar acciones de mejora que requieren grandes inversiones en infraestructuras (reestructuración arquitectónica). 3. La matriz de resultados que compara los obtenidos en la evaluación global con los de las diferentes dimensiones permite identificar las áreas de mejora en función del valor que añaden a los usuarios.
Contacto: Mikel Latorre Guisasola
mlatorre@hcru.osakidetza.net

P-419.- GESTIÓN INTEGRAL DE LA VOZ DEL CLIENTE.
Hernando-Uzkudun A, Barandiarán MJ, Berasaluce I, de la Torre P, Irañeta A, Pérez M.

Objetivo. Un proceso estratégicos del hospital es la gestión de la voz del cliente. Hasta el pasado año las dos fuentes principales de información para su gestión estaban separadas. El Servicio de Atención al Paciente (SAPU) es responsable de la gestión de quejas y reclamaciones y la Unidad de Calidad de la gestión de las encuestas a pacientes. Esto provocaba, en ocasiones, redoblar esfuerzos para conseguir los mismos objetivos, por lo que la dirección decidió nombrar un responsable del proceso para su gestión integral.
Metodología. Creación de un equipo de trabajo interdisciplinar: directora de enfermería, director médico, jefe de servicio, supervisora, jefe de personal subalterno, responsable del SAPU y responsable de encuestas. El método de trabajo consiste en seleccionar las quejas y reclamaciones más frecuentes y las áreas de mejora detectadas en las encuestas corporativas, priorizar los problemas utilizando la parrilla de priorización de Hanlon, averiguar las causas, proponer acciones de mejora y ponderarlas con una matriz de análisis. Se establece el plan de gestión anual, determinándose los objetivos a conseguir y recursos asociados. Se presenta el plan en Comisión de Dirección para su aprobación.
Resultados. Cada miembro del equipo priorizó los 3 ó 4 parámetros cuya valoración había sido peor en cada una de las encuestas así como los 6 tipos de quejas más frecuentes recogidas en el SAPU. Se realizó la puesta en común y se consensuaron las prioridades. Se establecieron 19 objetivos, de los cuales se muestran algunos ejemplos. En Consultas Externas incrementar la entrega de información escrita al paciente; en todos los tipos de hospitalización informar a los pacientes sobre normas de funcionamiento al ingreso; en cirugía mayor ambulatoria mejorar el manejo del dolor agudo postquirúrgico; en hospitalización a domicilio entregar el informe de alta en el propio domicilio; simplificar el circuito de préstamo de radiografías a pacientes derivados a rehabilitación extrahospitalaria o informar a todos los pacientes del tiempo estimado en Lista de Espera Quirúrgica.
Conclusión. Esta metodología de gestión del proceso de la voz del cliente ha permitido aglutinar los conocimientos objetivos y las percepciones subjetivas de todos los profesionales, analizar con mayor rigor la información sobre deficiencias y disconformidades provenientes de las distintas fuentes existentes y en suma aprovechar las sinergias para integrar en un sólo equipo de trabajo las mejores ideas de todos.
Contacto: Amaia Hernando Uzkudun
ahernand@chdo.osakidtza.net

P-420.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES EN URGENCIAS Y UCI PEDIÁTRICA.
Moreno C, Gonzalez S, Moreno P.

En el proceso de recogida de información y sugerencias por parte de los pacientes y familiares , implantado en el hospital, se evidencia un área de mejora en cuanto a la información que reciben los pacientes/ familiares de los Servicios de Urgencias y UCI pediátrica.
Tras un análisis de la información recogida se implantan mejoras de comunicación especificas consistentes en dos trípticos de información para urgencias y UCI pediátrica.
En concreto el de urgencias recoge el circuito del paciente explicando en que consiste el triaje y atención médica y de enfermería, destacando las normas de la unidad y los compromisos que adquiere la misma.
En cuanto a la información de la UCI se destaca principalmente los horarios de información a padres y de visita de los mismos, dependiendo de la situación en la que se encuentre el paciente. Con ello se pretende favorecer el contacto padres/ hijo y la lactancia materna y el canguraje de los niños durante su ingreso en la unidad.
Una vez implantado este sistema de comunicación específico se constata una disminución importante del número de quejas en estos dos Servicios.
Contacto: Carmen Moreno García
cmorenog@sanitas.es

P-421.- EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES A PARTIR DEL EFQM.
Navarro-Gistau C, Alatrribas E, Barrasa JI, Ramírez T, Escribano T, Castán S.

Objetivos: La información a los pacientes constituye un punto estratégico del hospital y progresivamente se ha incorporado en los objetivos de los servicios desde el año 2002. Para su monitorización, siguiendo el modelo EFQM adoptado por el centro, se miden indicadores de rendimiento (6b) y percepción (6a). El objetivo es describir la evolución de estos indicadores y las relaciones entre ellos.
Método: estudio descriptivo de la evolución de indicadores, incluidos en el modelo EFQM, relacionados con la información ofrecida a los pacientes los últimos 4 años. Los indicadores 6b: nº de consentimientos informados (CI), % CI cumplimentados con criterios de calidad; % de reclamaciones relacionadas con la información recibida; y los indicadores 6a: % de pacientes satisfechos con la información recibida por los médicos; % de pacientes que han recibido información acerca de su proceso; % de familiares satisfechos con la información recibida; % pacientes que manifiesta la realización de pruebas/intervenciones sin su permiso.
Resultados: Todos los indicadores 6b muestran tendencias positivas: el nº de documentos de CI registrados y evaluados ha aumentado en los 4 años hasta 422, las reclamaciones relacionadas con la información han disminuido hasta el 2,6%, el % de historias con CI ha aumentado hasta el 55%. Esta misma tendencia se repite en la satisfacción con la información recibida del médico (57,9%), la satisfacción recibida por los familiares (59,3%) y la satisfacción percibida respecto a la información sobre su proceso, (95,4%). El único indicador que muestra tendencias negativas, es el % de pacientes que manifiesta que no se le ha pedido permiso para la realización de pruebas/intervenciones, que aumenta hasta 12,30%. 2 de los indicadores evaluados (% cumplimentación, % satisfacción con la información recibida) tienen objetivos que se han superado en los últimos años. No hay comparaciones externas.
Conclusiones: Aunque de manera global todos los indicadores muestran una tendencia a la mejora, ésta es mas marcada en los 6b que en los 6a El % de cumplimentación continua siendo bajo, lo que contrasta con el escaso % de pacientes que manifiesta que le han realizado pruebas/procedimientos sin su permiso. El nº de reclamaciones relacionadas con la información se ha reducido de notablemente, reducción

que no ha ido de forma paralela al aumento de la satisfacción con la información recibida por parte del médico. Existe una estrategia de información que esta relacionada con la mejora de los indicadores.

Contacto: José Ignacio Barrasa Villar
jbarrasa@salud.aragon.es

P-422.- LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DURANTE EL AÑO 2005.

Bermúdez R, Nieto P, Más A, Calle JE, Parra P, Gomis R.

Objetivo: Conocer, analizar y evaluar la calidad percibida por los usuarios del Servicio Murciano de Salud (SMS) de la atención recibida en atención especializada (AE) y primaria (AP).
Método:
- Herramienta: Encuesta validada, confidencial y autocumplimentada, enviada por correo a una muestra de pacientes atendidos por el SMS durante el año 2005 en AE y AP.
- Se desarrolló un software específico para el almacenamiento de los datos obtenidos de las encuestas y para su posterior explotación.
- Recogida, depurado y procesado de altas de AE y consultas de AP para extraer la muestra, construir la base de datos, para envío de cuestionario y realizar posteriormente la importación a programa informático.
- Muestra: Se trata de un muestreo sistemático, estratificado por día de la semana, no proporcional. El tamaño de la muestra es el siguiente: Quirúrgica: 2.152; Medica: 1.920; Obstetricia: 1.224; AP: 7.371
- Envío y recepción de cuestionarios. A los 7 y a los 10 días a partir del envío, se manda una carta recordatorio.
- Introducción manual de datos en el software desarrollado.
- Procesado y análisis de los datos para la elaboración de los informes de resultados.
Resultados: Con una tasa de respuesta de 43,86% en AE, observamos que los aspectos más valorados por los pacientes son la profesionalidad, el trato del personal y la calidad de los aparatos y equipos hospitalarios. Los aspectos a mejorar se refieren a instalaciones, mobiliario y comida. Llama la atención el bajo porcentaje de identificación del personal y la escasa acogida en el cumplimiento de la normativa de la ley antitabaco. En AP la tasa de respuesta desciende hasta el 36,48% y cabe destacar como aspectos positivos la profesionalidad y el trato del personal sanitario. Sigue siendo una asignatura pendiente en los centros de salud los tiempos de espera, tanto en lo referente a la dificultad a la hora de obtener cita, como en la demora para entrar en la consulta. Una de las propuestas de mejora más destacadas es la ampliación de servicios en AP.
Conclusiones: La encuesta EMCA de calidad asistencial se ha convertido en un nuevo canal de información entre el paciente y el SMS. Los altos índices de respuesta indican una clara implicación de los usuarios en la mejora de la sanidad pública murciana.
El estudio de los resultados obtenidos a través de la encuesta y su comparación con otros proyectos similares, establece las bases para anticiparnos a futuros problemas y necesidades del paciente.

Contacto: Adelia Más Castillo
adelia.mas@carm.es

P-423.- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL GRUPO USP HOSPITALES.

Asenjo V, Pérez-Cabeza G.

Durante el 2004, el Grupo USP Hospitales, empezó a desarrollar un proyecto enfocado a la valoración y mejora de la satisfacción de los pacientes que son atendidos en los centros del Grupo con el objetivo de conocer en profundidad la satisfacción del Paciente respecto al servicio prestado, apreciando las instalaciones, el trato del personal y procesos de trabajo en cada fase por la que pasa un paciente durante su estancia en el centro. Se han creado 4 indicadores (índice de satisfacción hospitalaria (HPI); DAP, MOT; FID) cuya información nos permite detectar las áreas en las que establecer planes de acción dirigidos a aumentar la satisfacción de los pacientes. En definitiva se trata de objetivar la percepción que tienen los pacientes de los centros, del personal y de nuestra forma de trabajar. Para la realización del cuestionario se hizo previamente un análisis cualitativo a través de Grupos Focales a hombres y mujeres del sector privado, mutualistas e ingresados o no. Posteriormente se ha realizado el cuestionario. Se realiza una encuesta a clientes mayores de 18 años con fecha de alta no superior a 15 días, mediante técnica telefónica mixta y realizada diariamente. Se presentan 2 informes anuales. Ambas fases son realizadas por empresa externa al grupo de forma que se garantiza la objetividad e independencia de los resultados. Durante el 2005 se han realizado un total de 3300 encuestas, distribuidas proporcionalmente en los diferentes centros del Grupo con un margen de error del 1.74% para un nivel de confianza del 95%. La encuesta está basada en un cuestionario de 20 preguntas básicas que se desglosan en un total de 67 preguntas en las que se pretende valorar la experiencia que tiene el paciente en todas y cada una de las fases por las que interactua en el hospital. Con todo ello desde el Grupo USP Hospitales se ha elaborado un sistema comparativo de evaluación en fases entre hospitales que pretende asegurar el rigor y objetividad del proceso y, al mismo tiempo, evaluar en el contexto adecuado las iniciativas más novedosas introducidas en cada centro para mejorar la atención y la calidad que prestamos a nuestros pacientes. La nota media obtenida a nivel de Grupo ha sido de 8. Para resultados entre 8 y 8.5 se considera un nivel de valoración de la prestación de servicio muy bueno para nuestros pacientes.

Contacto: Vanessa Asenjo Gómez
vanessa.asenjo@usphospitales.com

P-424.- INTEGRACIÓN DE RECLAMACIONES DE USUARIOS EN LA GESTIÓN DE UNA UNIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZAMUDIO.

López-Ortiz M, Pereira-Rodríguez C Chicharro-Lezcano F.

Desde la creación del Servicio de Atención al Paciente en el año 1998, la gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias ha sido revisada periódicamente introduciendo cambios y mejoras. En este sentido, en el año 2003 se definió el proceso de Voz de Cliente donde se incluyó un proceso para la gestión de reclamaciones y sugerencias del usuario. La misión de este proceso es responder en un plazo razonable al usuario (<10 días). En el año 2006, con la implantación de una nueva herramienta de gestión, el Cuadro de Mando Integral, se incluyen, por primera vez en los planes de gestión de las unidades asistenciales objetivos relacionados con reclamaciones y sugerencias realizadas por los usuarios. Además, también por vez primera, se utilizan las reclamaciones para priorizar acciones de mejora relacionadas con la satisfacción del usuario. Hasta el año 2005 se habían utilizado como criterios de selección de áreas de mejora la importancia concedida por los pacientes a las dimensiones contenidas en la encuesta y el incumplimiento de los objetivos establecidos. De esta manera, se actuaba sobre aquellos aspectos con mayor importancia y menor satisfacción y sobre aquellos donde no se alcanzaban los resultados esperados. En 2006 se completa la matriz de priorización de áreas de mejora cruzando los resultados de las encuestas con las quejas y reclamaciones recibidas por parte de usuarios, puntuando como aspectos a mejorar aquellos sobre los que se han recibido reclamaciones.

Contacto: Mónica López Ortiz
monica.lopez@hzam.osakidetza.net

P-425.- MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Herrero MC, Buhigas I, Ocaña S, Perdomo I, Rodríguez G, Valor S.

Objetivos: Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes que acuden a extracciones del laboratorio en cumplimiento de la norma ISO 9001:2000, recientemente implantada en el Área de Laboratorio.
Métodos:
- Se elaboró un cuestionario autoadministrado de nueve preguntas cerradas, en el que se valoraron la percepción de trato, instalaciones, información, demoras, tiempo y una pregunta abierta.
- Se realizó una estimación muestral con una confianza del 95%, un porcentaje esperado de satisfacción global del 50%, una precisión del 10% y un 50% de no respuestas (n=188).
- Se estudia la distribución de frecuencias global y por sexo de cada variable.
- Se estudia la distribución de frecuencias del sexo de los pacientes.
- Se comparan las distintas categorías con la prueba X2 de tendencia lineal.
Resultados:
- El nº total de encuestas entregadas ha sido 207 y han contestado 182 (87,9%). No se ha encontrado diferencia significativa entre la percepción de varones y mujeres.

- El nivel de satisfacción global proporcionado por el Laboratorio es percibido como "bueno" por un 57,5% de los pacientes.
- El tiempo de espera hasta la cita, ha sido considerado "adecuado" por el 33.0% y hasta que le han atendido le ha parecido "bueno" al 28.5% de los pacientes.
- Las instalaciones de la Sala de Espera se consideran "buenas" por el 41,6% y las de Sala de Extracción "buenas" por el 50,8% de los usuarios.
- El trato recibido por el personal de la Sala de Espera, se percibe como "bueno" y "muy bueno" por el 75.3% de los encuestados y el del personal de la Sala de Extracción, ha sido valorado por un 82.1% como "bueno" y "muy bueno."
- La información recibida por el personal de la Sala de Espera, se considera "buena" por un 48,6% de los participantes y la recibida por el personal de la Sala de Extracción se ha valorado como "buena" (48,3%).
- El 66.1% prefiere realizarse la extracción de sangre en el Hospital y el 33.9% en su Centro de Salud.

Conclusiones: La ISO 9001:2000 es un modelo de gestión de la calidad orientado al cliente, requiere medir su grado de satisfacción y aplicar acciones de mejora. La realización de encuestas a los pacientes es una herramienta útil para conocer su grado de satisfacción. Nuestro propósito es realizar las encuestas con una Frecuencia Anual y que nos permita realizar el seguimiento de la percepción del paciente. Los resultados de las encuestas son analizados por el Comité de Calidad para implantar acciones de mejora.

Contacto: Mª Carmen Herrero Alonso
mcherrero@fhalcorcon.es

P-426.- VALIDEZ DEL INFORME DEL PACIENTE PARA EVALUAR Y MONITORIZAR LA CALIDAD EN EL USO DE EJERCICIOS EN FISIOTERAPIA.

Meseguer-Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Montilla-Herrador J, Escolar-Reina P, Jimeno-Serrano FJ, Saturno-Hernández PJ.

Objetivos: Determinar la fiabilidad y utilidad del informe del paciente como fuente de datos sobre el uso de ejercicios para pacientes con cervicalgia mecánica a nivel de Atención Primaria.
Métodos: Construimos un cuestionario, tipo informe del usuario, sobre la selección de ejercicios, instrucciones para llevarlos a cabo y el seguimiento proporcionado por el fisioterapeuta. Este cuestionario fue entregado a 176 pacientes con cervicalgia mecánica, en varias unidades de fisioterapia de Atención Primaria. Los mismos ítems que se les preguntó a los pacientes en el cuestionario fueron también revisados en los registros de fisioterapia. Analizamos la validez del cuestionario mediante la sensibilidad y la especificidad, y se usamos la información validada de la encuesta para crear indicadores referentes a la calidad del cuidado proporcionado.
Resultados: La sensibilidad ha sido alta (>75%) en la mayoría de los ítems. Los ítems con mayor sensibilidad fueron "indicación para realizar los ejercicios domiciliarios" (98%), "si realizó algún tipo de ejercicio" (94%) y "si realizó ejercicios de estiramiento" (92%). La especificidad ha sido baja para todos los ítems, excepto para los ítems "si realizó ejercicios de reeducación cervico-cinética" y "si llevó a cabo ejercicios de fortalecimiento cervical" fueron las preguntas con mayor especificidad (86% y 73% respectivamente). Los ítems con menor especificidad fueron los que tuvieron mayor sensibilidad. Con la información validada se estimaron un total de 8 indicadores.
Conclusiones: El informe del paciente puede ser válido como sustituto de datos registrados sobre aspectos específicos de la atención proporcionada como el uso de ejercicios, y puede ser útil como complemento a otras fuentes de información para valoración de la calidad de la atención fisioterápica.
Palabras Clave: Cervicalgia, informe del paciente, monitorización.

Contacto: Ana Belén Meseguer Henarejos
anabelen@um.es

P-427.- GESTIÓN DE LA OPINIÓN DEL USUARIO EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZAMUDIO.

López-Ortiz M, Pereira-Rodríguez C, Chicharro-Lezcano FT.

La opinión del paciente y del familiar constituye una valiosa información para la formulación de la estrategia del Hospital. Una gran parte de las mejoras implantadas a lo largo de los años, tanto en el ámbito estructural (obras de remodelación, habitaciones individuales, etc.) como organizativas (reconversión de unidades asistenciales, creación de Hospitales de Día, trabajo por referentes, etc.) están orientadas a la satisfacción de nuestros usuarios. Los mecanismos para determinar las necesidades de los pacientes y familiares son revisados y mejorados de forma sistemática. En este sentido, el Hospital cuenta desde el año 1998 con el Servicio de Atención al Paciente, liderado por el Director Médico y 4 Trabajadoras Sociales integradas en cada una de las unidades asistenciales. A través del SAPU los pacientes y familiares pueden ejercer su derecho a reclamar o a realizar sugerencias. Además, existen encuestas diferentes para cada unidad asistencial (Encuesta de Hospitalización de Agudos,de Media Estancia y de Rehabilitación, Encuesta de Hospitales de Día) y otra encuesta para los familiares que es explotada de forma segmentada para cada unidad asistencial. La información recogida a través de estos dos canales (SAPU y encuestas) es completada por una batería de indicadores indirectos (como por ejemplo: % entrega informe alta en mano, % sugerencias viables implantadas, tiempo medio de respuesta a reclamaciones, % altas voluntarias, etc.) y por otras informaciones que el personal capta a través del contacto directo con pacientes y familiares. Con todos estos datos se establecen los objetivos de mejora para el global del Hospital y/o para las unidades asistenciales, de modo que con carácter trienal se marcan las líneas estratégicas de Cliente, anualmente los objetivos y acciones de mejora en los planes de gestión y si se identifica algún problema puntual, cuya solución no admite espera, son creados equipos de mejora "ad hoc".

Contacto: Mónica López Ortiz
monica.lopez@hzam.osakidetza.net

P-428.- EVOLUCIÓN DESDE LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZAMUDIO.

Chicharro-Lezcano F, Pereira-Rodríguez C, López-Ortiz M.

El Hospital de Zamudio es un Hospital psiquiátrico con características que lo distinguen de los demás hospitales monográficos: es de construcción relativamente reciente (1969), nunca ha tenido unidades de larga estancia, mantiene prácticamente desde su inauguración la formación MIR y PIR, y posee el mayor número de camas de Corta Estancia (agudos) de la Comunidad Autónoma Vasca. En 1996 se inició un proceso de adaptación de las UCEs para equipararlas a las de los hospitales generales del entorno, en cuanto a población atendida, estableciendo planes de gestión por servicio, indicadores comunes y gestión asistencial mediante GRD. Diez años después, se ha reducido el número de camas, creando, a partir de las sobrantes, unidades de media estancia que han dado respuesta a una necesidad asistencial, y ofertándolas al resto de la red de salud mental. Los indicadores habituales (camas/10.000 habitantes, estancia media, índices de ocupación, etc.) están en la media de las unidades de hospital general. Las encuestas de satisfacción de pacientes dan como resultado que las unidades de corta estancia del Hospital de Zamudio son las más valoradas de la CAV.

Contacto: Mónica López Ortiz
monica.lopez@hzam.osakidetza.net

P-429.- APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA QFD PARA EL ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DEL SESCAM.

Gutiérrez R, Marín MT, Rubio, M Solas O, Alonso MT, Tejero JM.

La metodología Quality Function Deployment, permite sistematizar información obtenida del cliente para definir las características de calidad del servicio, adaptándolo a las necesidades y expectativas detectadas. Su aplicación proporciona una idea precisa sobre las características del servicio a prestar, en qué elementos hay que invertir y cómo, para acercarnos a dichas expectativas, y ajustar el servicio de modo que se consigan clientes satisfechos.
Objetivos: Aplicar la metodología QFD para identificar las principales demandas y requerimientos de los usuarios del SESCAM, relacionando quejas y reclamaciones con las dimensiones de los cuestionarios de calidad percibida de los estudios de satisfacción de los pacientes.
Método: Análisis matricial de las encuestas de satisfacción de los pacientes realizadas en el ámbito del SESCAM entre 2003 y 2005 y una muestra de las reclamaciones presentadas en este mismo período en los Servicios y Unidades de Atención al Usuario, tanto de Atención Primaria como Especializada. La selección de la muestra de las reclamaciones se llevó a cabo mediante muestreo no probabilístico.

Resultados: La metodología QFD ha resultado muy útil, al permitir relacionar, a través de una matriz de la calidad, las quejas y reclamaciones recibidas con los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes que se vienen realizando en el SESCAM, permitiendo la identificación de aquellos atributos que tienen una mayor influencia en su nivel de satisfacción.
Conclusiones: Hasta fecha reciente la aplicación del QFD al sector sanitario ha estado poco extendida, habiéndose empleado como herramienta de planificación de productos y servicios, así como para evaluar estos últimos. QFD es una herramienta para el diseño del servicio que nos "revela" dónde enfocar nuestros esfuerzos para dar respuesta a las expectativas de nuestros usuarios, (voz del paciente), facilitando la traducción de las mismas a requisitos de calidad internos de la organización. Permite obtener información sobre las características del servicio en las que hay que centrarse y, en su caso, mejorar. Para ello, tiene en cuenta las valoraciones del paciente sobre esas características del servicio. Su objetivo es la obtención de una calidad de diseño del servicio excelente mediante la conversión de las necesidades detectadas en características de calidad adecuadas, que satisfagan (o mejor, excedan), sus preferencias y expectativas.
Contacto: Rodrigo Gutiérrez Fernández
rgutierrez@jccm.es

P-430.- VALIDEZ Y FIABILIDAD DE UN CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES DE NIÑOS CON LOS PROGRAMAS DE FISIOTERAPIA.
Medina i Mirapeix F, Lillo-Navarro MC, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Oliveira- Sousa S, Meseguer-Henarejos AB.

Objetivo: Validar un cuestionario sobre satisfacción de los padres de niños con discapacidad atendidos en Fisioterapia.
Metodología: Se construyó un cuestionario inicial formulando preguntas a partir de grupos focales con padres y respuestas con escala tipo Likert de 5 opciones (Muy insatisfecho-Muy Satisfecho). Se realizó un pretest cognitivo sobre comprensión y pertinencia de las preguntas, y un pilotaje remitiendo el cuestionario junto a un ítem más sobre satisfacción global (1-10) a todas las familias de niños atendidos en el ámbito de atención temprana de Murcia (unas 450). Para seleccionar los ítems se realizó un análisis de su validez mediante su capacidad discriminante sobre la satisfacción global manifestada con el servicio de fisioterapia usando test U de Mann-Whitney. Para la construcción de subescalas se utilizó un análisis factorial de componentes principales y un análisis de su respectiva fiabilidad mediante la consistencia interna con el alfa de Cronbach.
Resultados: Se recogieron 224 cuestionarios. Todos los ítems tuvieron capacidad discriminante. La validez de contenido quedó parcialmente asegurada por el método de generación. El análisis factorial identificó tres factores: "Prestaciones a los padres" (que incluyó variables relativas a información sobre el tratamiento y evolución clínica, y a resultados en capacidades para manejar al niño), "Prestaciones a los niños y resultados percibidos" (variables de profesionalidad y resultados sobre funcionalidad y satisfacción del niño) y "Organización del programa de tratamiento" (sobre cantidad de visitas y horarios). Se obtuvo un alfa de Cronbach aceptable en todas las subescalas.
Conclusiones: El cuestionario de evaluación multidimensional de la satisfacción es válido y fiable.
Contacto: Ana Belén Meseguer Henarejos
anabelen@um.es

P-431.- ENFERMERÍA Y COCINA, COLABORAR ES MEJORAR.
Rivera F, Estecha E, Saenz-Arechavaleta I, Pellejero J, Martínez P, Montiel MS.

Introducción: En el año 2004 se tomó la decisión de implantar una cocina con cadena en frío que sustituyese a la cocina tradicional que hasta entonces existía en el Complejo Hospitalario San Millán San Pedro de La Rioja. También se optó por la Gestión por procesos según Iso 9001/2000
Se describió e implantó el manual de procedimientos obteniéndose la certificación ISO en Septiembre de 2005
Material y Método:
1ª Fase Preauditoría: Procedimiento de satisfacción de clientes v.0 (incluye registros de no conformidades para la obtención de datos).
2ª Fase Postauditoría: Procedimiento de satisfacción de clientes v.1 (tras certificación Iso se nos aconsejó variar el esquema de recogida de datos y se opta por una nueva encuesta para los profesionales.
3ª Fase. Procedimiento Actual: Incluso antes de ponerla en marcha se descarta, se convocan grupos de trabajo con los clientes internos, y se plantean dos formas:
- Cliente interno: reuniones periódicas con grupos de mejora formados por supervisoras: Recepción de problemática , Acciones de mejora, Difusión y aplicación de mejoras
- Cliente Interno: Valoración IAU
- Cliente Externo: Encuestas de satisfacción pacientes
Resultados.
- Mejora de los resultados valorados objetivamente a través de encuestas a los pacientes:
Ïndice de satisfacción Global: Septiembre´05: 6.47 puntos vs. Marzo´06: 7.56 puntos
Porcentaje de pacientes que valoran positivamente:

Ìtems	Septiembre 2005	Marzo 2006
Calidad de la comida	50%	67.34%
Condimentación	40.46%	57.43%
Cantidad	73.66%	88.49%
Variedad	52.84%	70.06%
Presentación	62.21%	79.06%
Temperatura	73.86%	80.21%
Puntualidad	84.72%	89.59%
Limpieza	83.79%	88.08%

- Nº acciones de mejora propuestas : 46
- porcentaje de acciones implantadas: 93.47%
Conclusiones:
- La puesta en marcha de grupos de trabajo con los clientes internos (Enfermería de las unidades) ha permitido la identificación de nuevas áreas de mejora
- Se ha mejorado la imagen de la cocina entre los profesionales sanitarios intermediarios entre la cocina y el paciente repercutiendo esto en la mejora de la percepción del propio paciente.
Contacto: Félix Rivera Sanz
frivera@riojasalud.es

P-432.- REPERCUSIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA EN LA CALIDAD PERCIBIDA.
Alonso I, Hernández M, Martínez M, Bayona A, Monterde J, Abelló C.

Objetivo: La encuesta de satisfacción de los usuarios es una de las fuentes de información para detectar áreas de mejora y planificar acciones para aumentar la calidad asistencial.El objetivo es evaluar la efectividad de las acciones de mejora implantadas en el área de extracciones del Hospital mediante el análisis de los resultados de dos encuestas a los usuarios.
Método: El indicador de la efectividad de las acciones de mejora aplicadas es el resultado de las encuestas a los usuarios (Ciclo de evaluación y mejora: Resultado de la encuesta a tiempo cero, detección de las áreas de mejora, diseño de las acciones, aplicación y evaluación a los 12 meses mediante la misma encuesta que a tiempo cero)1/Población a estudiar: Usuarios que acuden a las extracciones ambulatorias 2/Muestreo: n=300(nivel confianza 95%, error muestral 6%, p=0.5) Muestra no aleatoria y estratificada en tres áreas hospitalarias 3/ Diseño del cuestionario: 13 preguntas (escala de Likert de 0-5) y dos textos libres. Las preguntas están englobadas en 3 apartados: proceso de citación, previo a la obtención de la muestra y de obtención de la muestra.4/Diseño de la encuesta: Cuestionario autoadministrado entregado en mano, se realizó durante 10 días 5/Cálculos: Se comparan los resultados de las dos encuestas, totales y por áreas del Hospital y se relacionan con las acciones realizadas en este periodo (media, SD, diferencia porcentual y comparación de medias)
Resultado: Se hallaron diferencias significativas en la valoración de las preguntas correspondientes a procesos directamente relacionados con las acciones de mejora (incrementos de 6 a 64)En el área que se mejoró la confortabilidad de la sala de espera se observó un aumento del grado de satisfacción en otras preguntas que no estaban relacionadas con dichas acciones (valoración global +12.9%), mientras que en las áreas que sufrieron acciones no controladas negativas disminuyó (valoración global -5% a-13 %).

Conclusiones: Se percibe que las acciones de mejora realizadas no sólo aumentan la satisfacción en los procesos directamente relacionados sino también influyen positivamente en los resultados Los cambios organizativos imprevistos y no deseados tienen repercusión negativa. Aunque las mejoras realizadas tienen una repercusión en la satisfacción, no siempre el grado es proporcional entre el esfuerzo y el resultado. La utilización de las encuestas como indicador de la efectividad de las acciones de mejora tiene el sesgo de la subjetividad frente a las expectativas de los usuarios.

Contacto: Isabel Alonso Donada
ialonso@vhebron.net

P-433.- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Lucas-Imbernon FJ, Hernández-Millán C, García-Fernández C.

Introducción. La atención al paciente está determinada por un componente psicológico importante donde se debería tener en cuenta lo que los pacientes-clientes, demandan a los profesionales.

Objetivos: a. Determinar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Oncología Médica (SOM) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA); b. Establecer áreas de mejora en la satisfacción de la atención al paciente oncológico.

Material y Métodos.

Material: Encuesta de satisfacción de los pacientes adaptada al Servicio de Oncología Médica del CHUA. Consta de 35 items con una escala numérica de 1 (Totalmente insatisfecho) a 10 (Totalmente satisfecho). La encuesta ha sido enviada por correo en Octubre 2005, esperando respuesta hasta Enero 2006.

Metodología: Marco de la muestra: todos los pacientes atendidos por el SOM del CHUA durante el período del 1 de Julio de 2004 al 31 de Diciembre de 2004.

Resultados. 1. Encuestas enviadas. Los pacientes atendidos durante el período de estudio fueron 719; ingresados 76 (10,57 %); y, los atendidos en consultas externas (CCEE) fueron 643 (89,42 %).Encuesta enviadas:Todos los pacientes ingresados (n = 76);de los pacientes atendidos en CCEE: se realizó un muestreo aleatorio y se enviaron 514 encuestas. Total de encuestas enviadas n=590. Nivel de respuestas. Las encuestas devueltas han sido: ingresados, 48 encuestas (63,15%); de CCEE, 134 encuestas (26,07%). El total de encuestas devueltas fue de 182 (30,84%). 2. Resultados de la encuesta. Resultados de variables: Grado de Satisfacción general fue 8,66 (DE±1,88); SEGURIDAD - Confidencialidad 8,53 (DE±2,07); Satisfacción hospital de Día 9,05 (DE±1,65); Satisfacción Información 8,09 (DE±2,48); La competencia del personal de Oncología 9,38 (DE±2,08); Compresión de problemas familiares por el médico 7,86 (DE±2,74); Información recibida: 7,97 (DE±2,56). Las características que más influyen la satisfacción de los pacientes son: la información recibida (p=0,039), el tiempo dedicado por el médico ((p=0,008), limpieza de las instalaciones (p=0,000), amabilidad del médico (p=0,000), atención prestada por el médico (p=0,012), compresión problemas familiares por el médico (p=0,003).

Conclusiones. El nivel de respuestas de la encuesta de satisfacción es bueno. La satisfacción de los pacientes atendidos en el SOM del CHUA es alto. Los pacientes están satisfechos con la limpieza de las instalaciones. El médico contribuye a la satisfacción de los pacientes con el tiempo dedicado, la atención y la amabilidad.

Contacto: Francisco Javier Lucas Imbernón
javierlucas@ono.com; fjlucasi@sescam.jccm.es

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abad A . . . 135
Abad M . . . 164
Abad R . . . 111, 191, 205, 207, 279
Abad-Aguirre J . . . 163
Abadia-Lasala E . . . 289
Abejón R . . . 301
Abellán-Nogueira MT . . . 243
Abellán-Palazón A . . . 141
Abello C . . . 170, 171
Abelló C . . . 319
Abin-Uzabal F . . . 239
Acebo A . . . 312
Acha O . . . 236
Adreu-de Dios AI . . . 191
Aginaga JR . . . 79, 243, 248
Aginaga-Badiola JR . . . 119, 120
Agirrebeña-Larrañaga J . . . 87
Aguado H . . . 315
Aguado-Martín J . . . 191
Aguayo FJ . . . 150
Aguayo JL . . . 139
Aguayo-Albasini JL . . . 111, 143, 246, 309
Agudo M . . . 107
Agüero-Balbín I . . . 158
Aguilar M . . . 157
Aguilar-Armero A . . . 306
Aguilera-Peña F . . . 116
Aguilera-Peña M . . . 244
Aguillo A . . . 79
Aguiran L . . . 276
Aguirre A . . . 162
Aguirre-Alberdi L . . . 132
Aguirre-de la Peña E . . . 88
Aguirre-Peña E . . . 144, 295
Aguirre-Tejedo A . . . 249
Agusti E . . . 315
Agustín MJ . . . 111, 191, 199, 205
Aibar C . . . 111, 160
Aizpuru C . . . 146
Alafaro L . . . 257
Alarcón C . . . 213
Alarcón L . . . 175
Alarcon P . . . 271
Alarcón-González JA . . . 268, 273
Alarcón-Martínez C . . . 169, 310, 311
Alarcón-Sabater P . . . 268, 273
Alatrribas E . . . 316
Albarracín M . . . 275, 276
Alberdi C . . . 89
Alberola S . . . 96
Albert-Balaguer EV . . . 241
Albisua O . . . 185
Albo I . . . 117, 121, 305
Alburquerque-Sánchez J . . . 102, 302, 309
Alcalde G . . . 140, 149
Alcantara-Zapata F . . . 212
Alcaraz D . . . 255
Alcaraz J . . . 276
Alcaraz M . . . 193
Alcaraz-Martínez J . . . 180, 303
Alcázar F . . . 90, 132, 158, 292, 305
Alcober P . . . 117
Alcober-Lamana P . . . 126
Aldana-Espinal JM . . . 156, 166, 243
Aldazabal I . . . 166, 167
Alegandre-Lazaro G . . . 214
Alejandre-Lazaro . . . 144
Alejo M . . . 113
Alejos A . . . 251
Alemany-Francés L . . . 243
Alerany C . . . 171
Alfaro L . . . 168, 258
Alias-García D . . . 215
Almeida A . . . 236
Almuedo-Paz A . . . 283
Alonso E . . . 261
Alonso H . . . 301
Alonso I . . . 319
Alonso J . . . 140, 149
Alonso López . . . 58
Alonso M . . . 153, 155, 264
Alonso MA . . . 146, 265, 285
Alonso MD . . . 194
Alonso MT . . . 318
Alonso V . . . 191
Alonso-De Pablo . . . V 111
Alonso-Durán M . . . 147
Alonso-Frias A . . . 261
Alonso-García R . . . 239
Alonso-González LM . . . 297
Alonso-Gregorio S . . . 142
Alonso-Orduña V . . . 205
Alonso-Pérez L . . . 199
Alonso-Renero S . . . 226
Aloy-Duch A . . . 135, 136, 182
Altadill A . . . 110
Altarribas E . . . 114, 116, 170
Alvárez A . . . 91
Álvarez de Arcaya-Vitoria M . . . 186
Álvarez E . . . 85, 140, 178
Álvarez LM . . . 249
Álvarez V . . . 263, 299
Alvarez-Dominguéz G . . . 275
Álvarez-Fernández B . . . 294
Álvarez-Gómez J . . . 208
Alvaréz-Santos A . . . 211
Alvarez-Victoria A . . . 283
Alventosa-Cortes AM . . . 293
Alzueta AM . . . 103
Amengual M . . . 106
Amores A . . . 228
Amores Valenciano P . . . 93
Ana Navas-Acién . . . 66
Andreo-Andreo MC . . . 306
Andrés B . . . 153, 155
Andrés J . . . 280
Andrés M . . . 212, 220
Andres MJ . . . 274
Andrés Y . . . 237
Andrés-Jimeno B . . . 133
Andres-Jodar I . . . 263
Andreu C . . . 254
Anero E . . . 122
Anglada A . . . 152
Anntonio Collado . . . 59
Anquela I . . . 250
Ansa E . . . 79
Ansa-Echeberria X . . . 125
Ansede JC . . . 265
Ansorena-Pool L . . . 85
Ansotegui-Pérez JC . . . 87
Antequera P . . . 199
Antón-Castello JL . . . 217
Antón-Castelló JL . . . 215
Antonio Sarría-Santamera . . . 48
Antoñanzas MP . . . 279
Antoñanzas T . . . 114
Anza-Aguirrezabala I . . . 218
Añón MJ . . . 299
Aparicio Telleria M . . . 287
Ara D . . . 274
Araceli Reoyo . . . 77
Aramendi E . . . 304
Aranda B . . . 227
Aranda D . . . 162
Aranda-Cárdenas MD . . . 223
Aranda-Gallardo M . . . 160, 177
Aranguren A . . . 145
Aranguren-Erdonzain E . . . 220
Aranguren-Zunzarren MI . . . 127
Arantón L . . . 207, 288, 299
Aranzabal-Conde A . . . 119
Aranzabal-Conde MA . . . 120
Arara I . . . 244
Arbonies-Ortiz JC . . . 88, 151
Arco-Rodríguez S . . . 128
Ardaiz-Astrain J . . . 255
Arellano C . . . 299
Arellano M . . . 184, 251
Arenere M . . . 191, 207
Argiles M . . . 291
Arias A . . . 237
Arias E . . . 115
Arias-Espada M . . . 88
Arias-Palomo D . . . 245
Ariza C . . . 253
Ariza G . . . 263
Arizabaleta J . . . 242, 286, 313
Arjona-Ramirez C . . . 261
Armandariz-López AB . . . 220
Armengol B . . . 225
Armenteros-Ortiz P . . . 116
Arnal D . . . 91
Arrechea R . . . 279
Arredondo-Provecho AB . . . 176
Arribas-de Paz V . . . 136
Arrieta R . . . 207
Arrizabalaga JJ . . . 92
Arroyo MJ . . . 192
Arrufat F . . . 240
Artal A . . . 170, 179, 270
Arteta A . . . 98, 234
Artetxe-Osakar J . . . 234, 249
Artiaga-Guerrero JR . . . 291
Artigas M . . . 315
Artola M . . . 300
Arzamendi MT . . . 185
Ascanio-Perera F . . . 99
Ascaso J . . . 279
Asenjo V . . . 317
Asensio E . . . 145
Asensio-Sánchez V . . . 297
Asensio-Vidal M . . . 219
Asensio-Villalba AI . . . 110
Aspillaga U . . . 259
Astier MP . . . 215
Asturias MJ . . . 140
Aubeso J . . . 209
Audicana Uriarte A . . . 85, 181
Audicana-Uriarte A . . . 180
Aulet B . . . 167
Auzmendi E . . . 253
Avellanal JP . . . 271
Avila-Alexandre L . . . 304
Ávila-Alexandre LA . . . 126
Ávila-Rodríguez JM . . . 88
Ayala-Marques B . . . 266
Ayala-Vigueras I . . . 221
Aznar MA . . . 284
Aznar-Rico V . . . 291
Azofra A . . . 290
Azpiazu M . . . 99

B

Bacaicoa A 92
Bacigalupe M 140, 149
Bacigalupe-Artacho L 85
Badia JM 113
Badosa-Goma R 182
Balaga C 253
Balaguer C 205
Balañá-Fort Ll 90
Balboa-Mena A 295
Ballano MA 137
Ballarín-Bardají M 154
Ballart M 269
Ballester C 146
Ballester N 242, 270
Ballester-Carrillo J 233
Ballestero J 315
Ballesteros JA 229
Bañeres J 159
Baquerizo I 219
Barahona E 245, 254
Barahona-Bustamante E 161
Barandiarán MJ 316
Barba M 129
Barbas-Medina J 230
Barcia-Vieites D 201, 230
Bardés I 301
Bardillo-Cabezas A 250
Barón M 137
Barqueros-Valero C 286
Barquilla-Gonzalez RM 239
Barquín G 112
Barquin M 254
Barragan-Pérez A 102, 209, 212, 216, 217, 275, 310, 315
Barranquero A 154
Barrasa JI 114, 116, 160, 316
Barreiro-Díaz . . . . . MV 103, 272, 302
Barril-Molina J 104
Barrio A 97, 262
Barrio J 176
Barrio M 229
Barriola-Lerchundi M 111
Barrios B 151
Barrón-Gordo ME 239
Barrop A 262
Barrufet P 165
Bartolomé A 91
Bartolomé-Benito E 89, 104, 164
Bartolomé-Casado S 154
Batsums M 230
Baylin E 303
Bayó-Cabeza M 147
Bayo-Zaera A 130
Bayona A 319
Beamud-Lagos M 124
Beatriz Valentín-López 66
Begiristain JM 112
Begiristain-Aranzasti JM 128
Beguristain-Aranzasti JM 181
Beitia-Fernández C 273
Bella X 303
Bellón E 207
Bellón JM 232, 241
Beltrán A 114
Benaiges-Pallares J 109
Benedit Membrillo A 211
Bengoa I 122
Bengoa P 140, 149
Bengt Jönsson 47
Benítez-Camacho MM 147
Benitez-Mera J 214
Benítez-Rivero JA 258
Benito I 244
Berasaluce I 316
Bergillos-Barroso M 292
Bergua C 142, 224
Berigistain-Aranzasti JM 128, 186
Berlanga ML 265
Berlanga-Cañada R 232
Bermúdez JR 250
Bermúdez R 100, 314, 317
Bernabeu-Wittel M 141
Bernal-Peñalver L 311
Bernet M 250
Bertolin N 212
Bielsa AM 191
Bilbao A 140, 155
Bilbao JA 109
Bischofberger C 179, 282
Biurrun A 203
Blancas-Loras A 185
Blanco F 169
Blanco G 176
Blanco M 239, 258
Blanco-Ferrer S 290
Blanco-García M 134
Blas J 305
Blas JA 158
Blasco-Altuna JA 273
Blasco-Pagès A 308
Blasco-Redondo R 156
Blázquez R 177, 199
Blázquez-Jiménez M 276, 293
Blecua MJ 279
Bleda A 200
Bleda JM 151
Boix T 141
Boixadera-Vendrell M 290
Bonilla I 145
Bordell Sierra T 219
Borrás A 197
Borrego E 104, 263
Borrego-García E 296, 297
Bosch J 171
Bosch S 118
Bote JL 164
Bou-Creixell M 136
Bouzan C 254
Bouzó N 144
Bóveda JL 295
Boyero A 248
Brando-Asensio I 186
Bravo MP 182, 231
Bravo P 231
Bravo-García MP 183
Briansó M 171
Broto A 137, 158
Brull M 205
Buades J 167
Bueno MJ 109, 161
Buezo-Serrano MJ 306
Buhigas I 290, 317
Buqueras M 213, 257
Busca P 248
Busca-Ostolaza P 119, 120, 234, 249
Buso A 115
Bustamante A 176
Bustamante E 161, 223
Bustamante R 246
Bustillo MJ 254
Bustinduy A 96, 97, 315

C

Caamaño-Arcos M 103, 136, 271, 272, 302
Caamaño-Martínez M-D 272
Caamaño-Martínez MD 103, 136, 271, 302
Caballé-Gutierrez B 148
Caballero S 98, 234, 244
Caballero-García A 146
Cabañas P 284
Cabeza C 301
Cabeza-de Vaca MJ 204
Cabezali R 246
Cabezas M 223
Cabezas MA 213
Caboblanco-Muñoz M 168, 169
Cabré L 159
Cabrer J 123
Cabrera-Escribano C 123
Cabrera-Sorrosal E 105
Cáceres M 122
Cáceres-Valverde A 283
Cachaza E 179
Cadena R 255
Cadenas-Casado A 147
Calahorra L 261
Calahorra-Fernández L 269, 294
Calatrava-García L 99, 106, 258
Caldentey M 265
Calderón A 296
Calero-Herrero I 258
Calle JE 100, 314, 317
Calvente MJ 118, 232, 268
Calvo E 276
Calvo I 179
Calvo M 209
Calvo ML 266
Calvo P 105
Calvo S 168
Calvo-Bohajar M 174
Calvo-Jaén B 247
Calvo-Pérez A 112
Camacho-Pulido J 289
Camaleño C 186
Campaña-Blanco A 116
Campillo-Artero C 112
Campillo-Soto A 111, 143, 246, 309
Campodarve-Botet I 137, 249
Campos C 274
Campos O 305
Campos-Cantero R 177
Campos-Carrasco D 105
Campos-Martín D 213
Camuñas-Segovia J 143
Canca-Sánchez JC 160, 177
Cancela-Rivas G 227
Cancio V 243
Cancio-Fanlo M 120
Candel MF 146, 264
Canela T 124
Cano S 250, 263
Cano-Nieto A 180
Cánovas C 167
Canovas MA 146
Cánovas-Inglés A 169, 212, 310, 311
Cantalapiedara JA 108
Cantalapiedra JA 264
Cantero D 145, 192
Cantero M 115, 260
Cantero MJ 275
Cantero-Caballero M 208
Cañada A 107
Cañizares-Ruiz A 87, 211

Capdevila C 301
Capel-del Río JA 220
Capitan-Guarnizo E 252
Carabaño R 120, 123
Caramelo C 197
Carbayo JJ 287
Carbone-Ríhuete C 114
Carbonell T 219
Cárcar-Benito J 169, 311
Carcelen J 111, 207
Carcelén-Rodríguez E 306
Cárdenas J 107
Cardona D 96
Cardona-Melo JL 109
Carmona-Díaz Velarde J 156
Carmona-Velarde J 166, 243
Carnero-Moya MC 294
Carnicer-Fuentes I 133
Carpallo M 142
Carpio C 301
Carpio R 146
Carracedo-Cabaleiro E 245
Carracedo-Folgar F 267
Carralcazar-García F 235
Carrascal E 299
Carrasco AL 265, 273, 285
Carrasco C 237
Carrasco G 87, 90
Carrasco I 304
Carrasco MA 179
Carrasco-Garijo P 105
Carrasco-Rodriguez J 214, 295
Carrascos-Vallejo T 150
Carrascosa AJ 144
Carrascosa JM 164, 248
Carreño F 91
Carreño-Corral E 239
Carrera R 113, 152
Carreras M 127, 129, 148, 274
Carrero-Rujas A 304
Carrero-Rujas AB 101, 102, 305, 309
Carriazo-Pérez A 156, 243
Carriazo-Pérez de Guzmán A 166
Carrillo A 95, 145, 146, 228, 229, 264
Carrillo R 275
Carrillo-Alcaraz A 186, 243
Carrillo-Jara A 143
Carrillo-Ojeda P 99
Carrión P 284
Carvajal-Balaguera J 143
Casa de Pantoja V 150
Casademont J 105, 131, 278
Casado A 285
Casado E 225
Casajus MP 191, 199, 207
Casanova N 163
Casanovas M 117, 121, 305
Casares M 265
Casas R 242
Casas-Díaz MR 294
Casas-Gudel MJ 230
Cases C 254
Casquero M 311
Cassani-Garza M 141
Castan S 160
Castán S 116, 316
Castaño-Ortelano JJ 272
Castaño-Pérez J 289
Castaño-Sánchez N 91
Castellá M 177
Castellano J 152
Castellanos A 265, 285
Castelo-Zas S 132, 150, 259, 275, 283
Castillo C 280
Castillo R 220
Castillo-Gomez C 129, 194, 238, 260
Castillo-Polo M 87
Castillo-Rubio R 255, 262
Castro C 173
Castro de la Vega MA 210
Castro-Aragón C 306
Català E 288
Catalá-Gregori A 192
Catalán C 221
Catalán E 208
Catalina M 273
Cavallé MC 171
Cavero E 159
Cavo S 153
Cayuela-Verdú FJ 314
Ceballos-Pozo M 283
Cebrecos R 256
Cebrián M 168
Cebrián R 253
Cebrián-Patiñó E 136
Cegarra M 221
Cegarra-García MS . . . 103, 136, 271, 272, 302
Celada FJ 300
Celaya S 114
Celemin R 150
Celma F 109
Celorrio JM 163, 202
Celorrio N 134
Centeno J 121
Cepeda M 224
Cerdá I 315
Cerezo-Muñoz A 194
Cerezuela-Fuentes E 211
Cerpa-Calderón M 139
Cerquella-Hernandez C 143
Cervera AM 184, 251
Céspedes D 89, 164
Céspedes M 105
Chacón A 109, 232, 241
Chacón J 292
Charlot A 220
Chicharro-Lezcano F 317, 318
Chicharro-Lezcano FT 318
Chillaron E 142
Chiquiza A 285
Chirinos-Hoyos J 136
Chorro-Marí V 241
Chueca-Ajuria A 132, 150, 259, 275, 283
Cia JJ 203, 296
Cid R 134
Cilveti-Sánchez U 199
Cisneros-Izquierdo A 291
Civera A 182
Civera-Olivas A 183
Clavo M 298
Clavo-Sánchez A 128, 200, 292
Clemente M 238
Clemente PA 117, 121, 305
Climent C 197
Climente-Martí M 204, 241
Cobo M 186
Cobo R 248
Cobo-Soriano R 177
Coca-Tufet MA 222
Codina C 177
Colina A 86, 122, 175, 242
Colina C 209
Coll L 255
Coll-Vinet B 142
Collado A 125
Colomes L 161
Colomés-Figuera L 89
Colomés-Figuera Ll 90
Colomés-Figurera Ll 75
Comas B 107, 219
Comellas-Nicolás A 166
Comellas-Nicolás M 166
Comes N 284
Comisión de Mortalidad 172, 250
Comisión de nutrición 237
Comitè de Transfusions. Hospital Universitari de Bellvitge 298
Conde E 115, 153, 168, 257, 258
Conde I 156
Conde-Herrera M 281
Conesa M 176
Conesa-Fuentes MC 254
Corcoles P 155
Cornejo I 183
Corral S 198
Corrales A 123
Cortés-Lopera E 182
Cortes-Parra C 174, 283
Cortina-Calle P 165
Cos-Zapata A 261
Coscollar C 215
Costa T 181
Costa-Estany JM 133
Coy-Fuster L 277
Crespo M 197
Crespo P 141
Crespo-Carrión MJ 314
Crespo-Montero R 283
Criado-Álvarez JJ 108
Cruz C 88
Cruz M 115
Cuadrado M 209
Cuadros MJ 195
Cubí M 205
Cucullo JM 117, 167
Cuenca C 164
Cuerda JA 255
Cuerva-Carvajal A 281
Cuquet J 201
Cura J 175
Curià-Casanoves FX 252

D

Da Ponte R 130
Dalgà, G 169
Dalmau E 124
Darpon J 120
Darpón J 86, 242, 286
De Andrés-Rodríguez I 146
De Arribas L 145
de Blas-Salvador V 217
De Caralt E 113
De Carlos-Soler ML 204, 298
De Damborenea MD 118
de Frencisco-Casado MA 217
de Gauna PL 98, 234, 244
De Haro M 135
de Juan S 202
De Juan-García S 164
de la Puente-Ruiz C 250
de la Puerta I 249, ... 250
De la Rosa-Sabonet L 180
de la Rubia A 193
de la Torre P 316

de la Torre, MI 242
De La Torre-Barbero MJ 185, 210
de la Torre-Ovejero MT 226
de la Torre-Prados MV 173, 288, 289, 290
De La Vega M 136, 220
de la Vega-de la Coba S 237
de la Vega-Morales M 255
De la Viesca M 159
De Marco C 163
De Miguel- Aguirre E 85
de Sampedro-Prol L 197
De Sancho JL 171
De Val A 167
del Amo R 231
del Baño L 145, 146, 228, 229, 264
Del Baño-López F 137, 222, 249
Del Campo P 181
Del Castillo-Olivares Pantoja C 175
Del Egido MA 155
Del Pozo P 111
del Pozo-Gil de Pareja P 246
Del Río A 94, 249, 250
Del Río P 94
Del Valle ML 155
Delatorre FJ 295
Delgado M 257
Delgado P 217
Dengra-Domingo J 223
Déniz MJ 307
Dewisme M 279
Díaz -López Y 210
Díaz A 106, 107
Díaz AR 259
Díaz E 240
Díaz G 213
Díaz JM 217
Díaz MA 255
Diaz Y 240
Díaz-Benito J 215
Diaz-Castellano MA 235
Díaz-Hernández JM 276
Díaz-López Y 106, 154
Díaz-Maldonado E 279
Díaz-Mendi AR 103, 161
Díaz-Mengíbar MF 244
Díaz-Tasende J 127
Díaz-Villaescusa MJ 230
Diego C 280
Dierssen T 176
Dierssen-Sotos T 102, 178, 289, 302, 309
Díez A 145
Diez-Fuentes E 222
Dilla A 194
Doblado O 125, 251, 252
Doblado-López O 234, 264, 289
Domenech P 115
Doménech P 260
Domingo-García A 207
Domínguez M 205
Domínguez-Fernández M 275, 283
Domínguez-Jimenez M 200
Dominguez-Jimenez R 289
Domínguez-Maqueda J 135
Domínguez-Nieblas CI 206
Dominguéz-Rodríguez ML 209
Donat-Urtos L 290
Dorronsoro-Goikoetxea I 128
Drake M 225
Drozdowskyj O 301
Duarte Clíments G 98, 172, 312
Duarte-Clíments G 158
Dueñas-Fuentes JR 119, 312
Dulanto RA 206
Durá MJ 206
Durán H 122
Durán-Hoyos A 294
Duro-Martínez AM 191

E

Echarte-Pazos JL 137, 249
Echavarri MJ 185
Echávarri MJ, ... 184
Echerren JI 285
Echevarría T 142
Echeverria-Enciso C 220
Eder-Labayru F 112
Eduardo Sierra Pérez 51
Egea-Romero MD 130, 154, 276
Egido P 131, 231, 285
Eguileor M 231
Elisa Borrego García 62
Elizagárate-Zabala E 180
Elizalde-Sagardia B 112, 128
Elorriaga J 284
Elosegi E 184, 185
Elosegi M 92, 273
Elosegi-Vallejo E 128, 181, 186
Elosegui M 173
Elviro T 218
Emparan C. . 134, 178, 209, 246, 274, 279, 282
Emparanza JI 79
Equipo de proceso (Toledano JC, Bolinaga A) 86
Equipo-de-proceso (Arocena MJ, Erauskin MJ, Micieces MP,) 86
Equipo-de-proceso(Barandiaran E, Urcelay A, Irurzun I) 86
Esarte J 224
Escalante M 86
Escobar MJ 139
Escobar-Rodríguez I 199
Escobio-González P 139
Escolar-Reina P 126, 318, 319
Escribano D 96
Escribano E 213, 257
Escribano M 155
Escribano T 316
Escudero-Alvarez E 210
Escudero-Carretero M 313
Escudero-Carretero MJ 101
Escudero-Sánchez C 314
Esnaola MJ 304
Espejo T 125
Espelt P 124
Espín-Carmona MJ 169, 310
Esteban A 202
Esteban AB 167
Esteban C 114
Esteban J 220
Esteban-Tudela M 88, 144, 214
Estébanez-Carrillo M 85, 157
Estecha E 319
Esteve J 116, 130
Esteve-Cándel A 186
Estévez-Hernández I 93
Estevez-Ligero S 141
Estévez-Muñoz JC 154
Etxegia A 243
Expósito A 151
Expósito-Jerez F 139
Ezquerra MC 262

F

Facio A 207
Fagoaga-Gimeno ML 286
Fandiño E 105
Fariñas C 103, 107, 174, 236
Fariñas-Álvarez C 85, 178, 226
Farrás U 142
Farre C 256
Fatjó F 134, 238
Félix M 182
Fernánde-Del Viejo M 185
Fernandez A 177, 207, 256, 306
Fernandez AB 179
Fernández AB 282
Fernández Abellán P 169
Fernández C 110
Fernández de Larrea N 231
Fernández de Larrinoa A 167
Fernández E 166
Fernández F 159, 200
Fernández I 92
Fernández J 132, 158, 255, 264, 301
Fernandez M 203, 254, 296
Fernandez MC 246
Fernandez ML 107
Fernández N 86
Fernández R 121, 122, 212, 256
Fernandez S 159, 176
Fernández T 221
Fernández-Álvarez S 110
Fernandez-Aparicio T 254
Fernández-Baillo D 257
Fernández-Campos MJ 278
Fernández-Conde J 88, 131, 173
Fernández-Dapica MP 163
Fernández-Díaz F 226
Fernández-Escajadillo H 162
Fernández-Garcia P 289
Fernández-González A 121, 158
Fernández-González I 207
Fernández-Gutierréz A 215
Fernández-Iniesto AB 230
Fernández-Lorencio J 211
Fernández-Marín MP 143
Fernández-Miera MF 89
Fernández-Molina N 199
Fernández-Nuñez ML 178
Fernández-Olarte D 214
Fernández-Orviz F 98, 172
Fernández-Pello C 232, 233
Fernández-Pérez TS 154, 276, 310
Fernández-Quevedo Egocheaga J 98
Fernández-Ramos I 277
Fernández-Rios MJ 206
Fernández-Rodríguez T 108
Fernández-Romero E 244
Fernández-Ruíz N 139
Fernandez-Ruiz-Pereda C 297
Fernández-Sierra MA 277
Fernández-Simancas A 294
Fernández-Tabera J 183
Fernández-Tamargo E 91
Fernandez-Villalta MJ 150
Fernando A 58
Fernando-Revilla R 101
Ferrandez-Cámara MJ 278
Ferrándiz-Santos J 127, 168, 169, 301
Ferrando A 170, 179, 270
Ferrari MC 115
Ferre R 161
Ferrer C 253

Ferrer P 193
Ferrer R 200
Ferrer-Romero A 230
Ferreres JA 110
Figueras C 274
Figueras MP 191
Flores G 88, 280
Flores L 261
Flores-Pastor B 111, 143, 246, 309
Flórez A 112
Flórez-Pereiras A 139
Fluriache P 99
Fonoll J 269
Fonseca-Capdevilla E 210
Font I 197
Font-Noguera I 261
Fontcuberta-Martínez J 102, 209, 216, 217, 275
Fontecha-Armentia E 181
Forner M 313
Fornos L 252
Fortes Álvarez JL 285
Fortes-Álvarez JL 218
Fortuny B 121
Fraca M 271
Fraga ML 299
Fraile-Castelao R 101, 102, 304, 305, 309
Francés L 186
Franco JM 205
Franganillo R 133
Franganillo-Ortega R 287
Freasco MA 194
Frías A 208
Frías M 300
Frías-Rodríguez JF 93
Frisas O 182
Froilán-Torres C 226
Fuentes-Cabañas J 269
Fusté C 310
Fuster A 228

G

Gago-Moreda M 88
Galán A 308
Galán-Doval C 244
Galán-Traba MA 286
Galban C 100
Galdos I 184
Galdran-Caro A 292
Galí J 87, 90
Galindo M 240
Galindo-Gallego M 210
Gallardo C 261
Gallardo-González M 201, 230
Gallart A 256
Gallart-Gironès A 201
Gallego F 201, 218
Gallego M 225
Gallego Y 303
Gallego-Camiña I 132, 150, 259, 275, 283
Gallego-Contreras C 230
Gallegos J 225
Gallegos JF 226, 227, 233
Gallegos-Braun J 232
Gallo-García C 115
Galobart A 203
Galup C 117
Gálvez-Arévalo JA 106
Gambarrutta C 198
Gamboa R 308
Gamero Donis D 136
Gancedo Z 103, 107, 254
Gandía M 95
Garabito MJ 198
Gárate B 253
Garay T 300
Garbisu-Urdániz I 306
Garces C 95, 222
García A 275, 276, 291
García B 101
García C 155, 239, 242, 254
García Caballero J 227
García de Jalón A 266
Garcia F 175, ... 290
García Fernández C 126
García J 129, 221
García JA 178, 213
Garcia JI 160
Garcia L 145, 264
García MV 229
García P 181
García S 146, 235
García V 86
García-Aísa JC 104
García-Alcantara A 173, 288, 290
García-Alix A 227
García-Alvarez JM 289
García-Andrés MC 193
García-Arpa M 165
García-Artiaga C 168
Garcia-Arzak I 254
Garcia-Bargo E 135
García-Berral M 101
García-Bonilla A 195
Garcia-Bravo A 264
García-Buey ML 150
García-Caballero J 139, 142, 164, 184, 226, 227, 228, 241, 247, 307
García-Cabanilla MJ 133
García-Camps E 118, 169, 239
García-Caro Y 308
García-Castañón S 296
García-Cubillo M 93, 277
García-de Jalón A 266, 285
García-de Paso P 202
Garcia-de San José S 143
García-Díez R 199
García-Fernández C 85, 320
García-Fernández J 279
García-García A 199
García-García M 252
García-González C 179
García-González E 296
García-Gonzalez L 244
García-Guerrero J 235
Garcia-Higuera I 245
García-Lago A 226
García-Larrechi ML 239
García-Latorre F 114
García-Lázaro M 128, 293
García-Leoni ME 198
García-López F 147
García-López M 124, 303
García-López MJ 301
García-Lorente A 296, 297
García-Luque MJ 160
García-Madero N 181
García-Marín J 192
García-Martínez M 186
Garcia-Mata JM 279, 285, 291
García-Mata JR 266
García-Mateos M 250
García-Menéndez C 167
García-Molina J 216
García-Oltra E 174
García-Pardo RM 147
García-Prieto L 226
García-Ribes M 220, 243, 256
García-Río F 228
García-Rodríguez B 296
García-Rodríguez J 277
Garcia-Rodriguez MI 214, 295
García-Rotllan J . . 115, 134, 154, 156, 166, 243
García-Sánchez J 312
Garcia-Sanchez MC 254
García-Sánchez MJ 297
García-Sánchez-Girón J 228
García-Sanz J 279
García-Torres P 95
García-Urbaneja M 93, 104, 119
Garitano B 92, 246
Garnica J 279
Garotano B 272
Garrastachu E 274
Garrido-Elustondo S 147
Garrido-Gómez JC 277
Garuz R 104
Gasch-Illescas A 281
Gascón-Santos S 286
Gaspar A 113
Gasso M 117, 121, 305
Geijo P 198
Gelabert G 96
Gelabert MA 200
Gens M 201, 218
Germán AI 86
Germán-Martínez AI 139
Gerónimo-Fernández A 306
Gijón-Sanchez MT 101, 313
Gil A 219
Gil de Pareja-Palmero MJ 301
Gil J 158, 228, 305
Gil R 208
Gil, AM 108
Gil-Gil G 272
Gil-Luciano A 224, 228
Gil-Rodrigo M 151
Gili Martínez-Meco P 85
Giménez A 2 98
Giménez MA 145
Gimenez P 266
Gimenez-Fernandez M 254
Giménez-Pérez R 276, 293
Gimeno C 296
Giner-González J 281
Ginés C 178
Giráldez A 283
Giraldo P 224
Giralt M 267, 291
Giró JM 218
Girvent M 263
Glaria T 125
Godall TM 171
Gomar P 291
Gomar-Sánchez P 293
Gomara-Martínez MJ 217
Gombáu-Monteso C 109
Gómez A 292
Gómez C 108, 183, 205, 280
Gómez E 239, 258
Gómez F 160, 172
Gómez FM 144
Gómez J 191
Gómez JM 264
Gómez M 110, 135, 198, 212, 225, 284

Gómez P 153, 155, 186
Gómez R 161
Gomez-Aldaraví L 250
Gómez-Amate MJ 235
Gómez-Arnaldos F 126
Gómez-Arnau JI 91
Gómez-Barrera M 111
Gómez-Blanco A 294
Gómez-Cagigas M 139
Gómez-Cosío L 113
Gómez-España MV 161
Gómez-García C 150
Gómez-García MJ 286
Gómez-Garrido J 172
Gómez-Gutierréz V 291
Gómez-Jiménez J 136
Gómez-Marín J 218
Gómez-Palacios A 151
Gómez-Pedrero AM 191, 204
Gómez-Peral P 95, 113, 144, 158, 238
Gómez-Ruíz R 272
Gómez-Zabala J 151
Gomis R 100, 132, 317
Góngora-Hervás JM 92, 245
Gonseth J 99, 287
Gonzalez A 234, 244, 250
Gonzalez C 234
González C 206, 302
González D 221
González F 88
González G 221
González J 239
González JA 98, 257
González M 202, 243
González MD 307
González MT 273
González N 205
González O 112
González P 221
González R 104, 279
Gonzalez S 124, 316
Gonzalez Y 169, 183
González-Alvarez JM 100, 312
Gonzalez-Ares JA 203, 213, 257, 304
González-Crespo MR 163
González-González EM 191
González-González I 238
Gonzalez-Gonzalo S 125
González-Guerra V 128
González-Hidalgo E 218
González-Irizábal Y 296
Gonzalez-Ladislao N 283
González-Llinares R 87, 93, 119
González-Lluis M 185
Gonzalez-Maestre J 244
González-Navarro M 192, 204
González-Olveira J 271
González-Oreja MA 223
González-Peña J 215
González-Pérez R 101, 313
González-Rivas V 162
González-Rodríguez R 137, 249
Gonzalez-Ruano P 202, 247
González-Rubio MJ 152
González-Sánchez P 210
González-Setién P 95, 113, 144, 158, 238
González-Soler MA 221
González-Trincado V 297
González-Valdivieso J 192
González-Vela MC 268
Goñi MJ 184
Gorostidi A 122
Gorrindo C 292
Goti ME 194
Gracia MP 240
Gragera F 99
Granado S 118, 135, 232
Granado-de la Orden S 114
Granados C 129
Granados-Arroyo B 114
Grande M 226, 227, 233
Grande-Arnesto M . . . 139, 164, 184, 224, 227, 228, 241, 247, 262
Grané M 173
Gratacos M 282
Gratacós M 115
Grau J 304
Grau-Farrus I 148
Graus-Morales J 177
Gregori A 1. . . . . 08, 264
Grifoll-Hernandez A 219
Griroll-Herandez A 289
Gros B 95, 222, 223
Grupo AEP CHUA, TAISS 235
Grupo de Implementación de la Guía de HTA en el SCS. 289
Grupo de Mejora de la Calidad . . 131, 231, 285
Grupo de Referencia de Reproducción Humana Asistida. 166, 243
Grupo de trabajo sobre derechos de los pacientes 152
Gruss E 180
Guajardo I 117
Guajardo-Remacha J 111, 132, 150, 275
Guarnizo E 276
Guasch B 291
Guasch-Ibañez B 128, 293
Guede-Gómez FJ 247
Guerra JL 157
Guerra N 86, 122
Guerra-Arevalo F 200, 292
Guerrero C 177, 199
Guerrero O 139
Guerrero-Díaz B 216
Guerrero-Martín J 166
Guerrero-Martínez MJ 197
Guijarro Y 230
Guijarro-Pastor C 114
Guilabert A 132
Guilabert M 259, 268
Guillamón-López B 141
Guirado P 292
Guirado-Sánchez F 92, 197, 286
Guiteras C 152
Gurruchaga I 248
Gurrutxaga I 243
Gurrutxaga-Arriola I 119
Gutiérrez A 132
Gutierrez C 149, 269
Gutiérrez Cuadra JL 99, 106
Gutiérrez J 162, 179, 184, 251
Gutiérrez MJ 86
Gutiérrez MT 151
Gutiérrez MV 158
Gutierrez R . . 90, 132, 158, 280, 281, 292, 302, 305, 318
Gutierrez-Jordán U 135
Guzmán P 139, 309
Guzmán-Fernández M 108

H

Harkous A 229
Haro-Fernández F 260
Hellin MJ 117
Hellin-Gracia MJ 126
Heras de los Ríos E 105
Heredia-Borrego L 283
Herias Corral G 206
Hernández A 164, 183
Hernández JM 92
Hernández L 140, 149
Hernandez M 319
Hernández ME 138
Hernández N 201, 303
Hernández P 312
Hernandez R 308
Hernández S 231
Hernández T 135
Hernández-Corral IM 235
Hernández-Espinosa M 215
Hernández-Jaras MV 255
Hernandez-Martin A 245
Hernandez-Meca E 138
Hernández-Mendez C 306
Hernández-Millán C 320
Hernández-Núñez J 247
Hernández-Rodríguez MA 99
Hernández-Rubio M 300
Hernandez-Saez S 276, 293
Hernández-Vera MR 218
Hernando A 248
Hernando B 103
Hernando R 98, 234, 244
Hernando Uzkundum A 119, 120, 174, 316
Herradón M 92, 202
Herranz-González V 91
Herranz-Martínez G 215
Herrer A 95, 222, 223
Herrera P 103, 107, 236, 259
Herrera-Carral P 85, 161
Herrera-Vicente P 146
Herrero MC 290, 317
Herrero R 120, 122, 242, 286
Herrero-Avia D 95
Herrero-Ramirez C 250
Herrero-Soto C 306
Herreros M 209
Herreros-Tejada A 199
Hervás M 205
Hevia-Álvarez E 99
Hidalgo-Paz C 283
HIdalgo-Salvago E 134
Higalgo C 245
Hijós LA 274
Hilarión P 159, 173
Honorato S 179, 183
Horna R 280
Hoyo MT 89
Hoyos I 280
Huarte R 191
Huerta A 278
Huerta M 313
Huerta-Bueno M 134
Huerta-Díez MC 206
Humet C 90

I

Ibáñez E 169
Ibáñez JM 201, 237, 310
Ibáñez-Nolla J 108
Ibáñez-Ortega A 215
Ibernón M 135
Ibiricu A 109, 251
Ibiricu-Barro A 264
Idoipe A 191, 199
Iglesias A 118
Iglesias L 236
Iglesias R 243
Iglesias-Bonilla P 213, 214
Ignacio-García E 133
Ignacio-García Y 168, 169
Iloro M 153
Imbernón FJ 155
Inclan-Ponce de Leon MJ 314
Iniesta-Martínez D 233
Intxausti E 140
Iraburu-Elizondo M 174
Iraňeta A 316
Irastorza MA 154
Irastorza-Aldasoro A 115
Irastorza-Aldasoro MA 134
Irene Molins 212
Iribarren-Irure E 127
Irigoyen-Iturri F 96
Iruin A 133
Iruin-Sanz A 181, 287
Iruretagoyena-Sánchez M 119
Iruretagoyena-Sánchez ML 93
Iturburu I 151
Izquierdo C 148
Izquierdo I 205, 267
Izquierdo S 266, 285
Izquierdo-Membrilla I 268
Izquierdo-Nazar MI 306
Izquierdo-Palomares JM 199

J

Jabalera M 109
Jabalera-Contreras M 196
Jabalera-Mesa L 160, 177
Jaén E 217
Jaime Fontanals 57
Jandra-Gallego MT 215, 217
Javierre M 95, 223
Jesús Díez-Sebastián 66, 77
Jiménez A 307
Jimenez AB 232, 268
Jiménez AJ 281
Jimenez B 106, 263
Jiménez C 125, 213
Jiménez I 204, 239
Jiménez J 153, 202, 262
Jiménez L 205, 235
Jimenez M 257
Jiménez-Almonacid P 180
Jiménez-Carmona A 116
Jiménez-Carnicero MP 255
Jiménez-Carramiñana J 154
Jiménez-Domínguez C 208, 247
Jiménez-Hernández AJ 310
Jimenez-Moreno R 261
Jiménez-Muñoz AB 114, 118
Jiménez-Muro JJ 202
Jiménez-Torres NV 204, 241
Jiménez-Torres V 192
Jimeno-Serrano FJ 318
José Mª Muñoz-Ramón 66
Jové A 118
Jover J 159
Juan García-Caballero 66, 77
Juarez E 308
Juarez-Ortiz A 296, 297
Julve-Guerrero MV 291
Juncosa S 116

L/LL

la Torre-Blanco A 237
Labaien-Arbe C 255
Labiano JM 159
Labordeta-La Cal V 222
Lacabex J 274
Lacalle M 106
Lacambra I 94, 142, 224, 249, 250
Lacasa C 254
Laguia A 182
Laguna MA 261
Lajara-Almendros JM 229
Lamiquiz E 92, 246
Lample C 224
Lanchas A 253
Landaluce JI 192
Landaluce-Lauzurica JI 132
Lara Cátedra C 196
Lara MA 97
Lara-Cátedra C 256, 298
Lara-Farfante M 292
Lara-Gallego B 214
Lario-Sahuquillo MM 192
Larios D 280, 281
Larios R 203
Larrañaga-Padilla I 128, 181, 186
Larraya-Galarza L 96
Larrazabal-Pérez ME 199
Larrea I 300
Larrea J 274
Larrode P 250
Larumbe-Iriarte JC 220
Lasaga O 185
Lasala M 180
Lasso-de la Vega C 313
Latorre M 118, 140, 155, 315
Latorre P 142, 224
Lázaro MD 268, 273
Lázaro-Fernández E 94
Leal M 178
Leal-García A 215
Leal-Llopis J 129, 174, 238, 254, 261, 283
Lecumberri R 159
Ledesma C 217
Legazcue A 249
Legorburu-Mendía M 181, 312
Leiva M 230
Lejarraga M 134
Lejarreta-Arroyo JC 163
Lekuona L 133
Lekuona-Sanz L 287
Leon D 269
León E 203
León-Boissier F 283
Leopoldo Martínez 77
Lerma-Gaude V 196, 261
Letona J 111
Letona- Arámburu J 93, 119
Letona-Aramburu J 87
Lillo J 239
Lillo P 198, 225, 284
Lillo-Navarro MC 126, 319
Lindo D 194
Lineros E 263
Liñan LI 181
Lirola-Acien R 235
Lizan-García M 235, 250
Lladó A 303
Llamas A 118, 140, 155, 315
Llamas-Fernández N 303
Llamas-Fuente F 172
Llamas-Rodríguez A 162
Llanes F 154
Llarena MJ 194
Llausí R 213
Llinás G 97, 98, 258, 259
Llober E 110
Llopart JR 213, 257
LLopis P 136, 146
Llopis-López P 262
LLorente C 233
Llorente-Parrado C . . . 139, 142, 164, 226, 232, 241, 247, 262
Lobato-Ortega L 200
Lobete M 263
Lois-Camara F 102
López A 202
López C 259, 288, 307, 313
López de Castro F 162
Lopez F 106, 137, 263
Lopez G 106, 120, 263
López I 293
López L 159
López MC 301
Lopez R 90, 132, 144, 158, 228, 305
López S 292
López X 221
López- Madurga E 289
López-Abellán D 194
López-Andueza I 105
López-Arbeloa G 111
López-Arenas MA 248
Lopez-Arias E 232, 233
López-Ases J 304
López-Azcona AF 192
López-Carreto P 116
López-Casanovas MJ 249
López-García D 197
Lopez-González J 99, 106, 258
López-Guerrero FA 92, 197, 245
López-Hoyos M 150
López-Huedo A 93
López-Lera C 169
López-López D 171
López-Lozano E 303
López-Márquez R 281
Lopez-Martinez P 314
López-Maza R 277
López-Mira E 304
López-Miras MD 110
López-Montenegro MA 204
López-Navarro GR 311
López-Navarro M 221
López-Orive MA 88, 144
López-Ortiz M 270, 317, 318
López-Palacios S 147
López-Picazo JJ 268, 273
Lopez-Picazo T 221, 252
López-Rubio S 195
López-Tobes M 133
López-Tortosa J 124
López-Valverde M 271
López-Villa I 233

Lorenzo S . . 100, 137, 138, 194, 237, 268, 312
Lorenzo-Gabarrón C 218
Lorenzo-Gómez Aldaravi J 172
Lores V 228
Losada B 110, 135
Lozano MJ 139
Lozano-Marín J 309
Lucas-Imbernon F 286
Lucas-Imbernon FJ 320
Lucas-Imbernón FJ 85, 93, 126, 172
Lucía JF 267
Luco-Manubens A 135
Luna-Giles MF 166
Luque-Vera A 237
Luquin-Martínez R 216

M

Macarro-Merino M D 211
Machado DM 307
Machado-Casas J 289
Macías-López MC 208
Macías-Sánchez MJ 88, 151
Madina L 156
Madurga B 166
Maeso S 233
Maeso-Martínez S 142, 161, 232
Maestre-Moreno J 93
Maestro MA 139
Magdalena C 220
Maicas-Bellido C 94
Maiquez-Mojica V 92, 245
Maldonado-Durán G 222
Mallo-Fernández JM 168, 169
Mangues MA 178
Manrique M 197
Manso E 208
Manso-Montes E 96
Manuel Quiñonero 55
Manzanares S 118
Manzano M 162
March E 124
March-Domingo E 125
Marco A 247
Marco M 279
Marco O 116, 130
Marco-Garde P 234, 249
Marcos-Aragón P 237
Mareque-Ortega MA 162
Margalef-Pallares F 219
Marín A 287
Marín F 168
Marín MT 90, 292, 318
Marin-Martínez J 310
Marín-Ruiz MA 198
Marín-Sánchez A 92, 197, 286
Marina-Briongos MC 250
Mariné-Blanco M 136
Mark Sculpher 47
Márquez MA 162, 184, 251
Marrodan LM 282
Marrón P 223
Marrón SE 170, 179, 270
Martí C 201
Martí M 106, 254
Martí-Usón R 276, 293
Martín AI 118
Martín C 200
Martín de Rosales-Cabrera AM 204, 298
Martín E 113, 201, 237, 310
Martín F 215, 271
Martín García-Almenta M 143
Martín J 168, 257
Martin JC 240
Martín JF 231
Martín M 121, 221, 253
Martín MA 170
Martín MC 159, 200
Martín ML 273
Martín N 92, 202
Martín R 163
Martín-Almendros C 306
Martín-Cáliz A 182
Martín-Doimeadios P 198
Martín-Hernández T 306
Martín-Martín H 215
Martín-Martínez MA 142, 161, 232
Martín-Navarro F 206
Martín-Osorio JA 170
Martín-Rios MD 176
Martín-Rodríguez MD . 103, 136, 271, 272, 302
Martín-Salcedo A 162
Martín-Sanjuán C 245
Martín-Temprano M 162
Martín-Vázquez JM 146
Martín-Vega A 142, 161, 232
Martinez A 92
Martínez A. . 110, 176, 202, 229, 235, 257, 282, 300
Martínez B 209
Martinez C 165, 174, 229
Martínez de Estíbariz J 96
Martínez E 209, 259
Martínez F 152, 201, 310
Martinez I 138, 150, 231
Martinez J 136, 207, 220
Martínez JM 203, 296
Martínez JR 153, 155, 168
Martinez L 91, 194, 307
Martinez M 181, 319
Martínez P 86, 228, 319
Martínez PM 293
Martínez- Marín R 306
Martínez- Pardo -Casanova M 306
Martinez-Albaladejo Y 174
Martínez-Alonso JR 133, 147
Martínez-Aroca C 186
Martínez-Astorquiza T 271
Martínez-Bienvenido E 221
Martínez-Bueno MA 110
Martinez-Casademont M 295
Martínez-Díaz de Argandoña C 213
Martínez-Escandell R 278
Martínez-Espín C 221
Martínez-Estíbariz J 208
Martínez-García A 260
Martinez-Garcia J 102, 209, 212, 216, 217, 275, 281, 315
Martinez-Garcia JA 283
Martínez-García JF 154, 310
Martinez-Gómez J 255, 262
Martinez-Gutierrez J 260
Martínez-Hernandez A 286
Martínez-iñiguez J 248
Martínez-Jarreta B 286
Martínez-Laje L 199
Martínez-Marín R 141
Martínez-Martínez JM 272
Martínez-Muerza F. 246
Martínez-Ocha E 103
Martínez-Ochoa E 103, 226, 277
Martínez-Ortega MC 110, 176
Martinez-Pico A 214
Martínez-Piédrola M 176
Martinez-Prats I 148
Martínez-Quintana ME 95
Martínez-Renedo E 147
Martinez-Roldán J 263
Martínez-Sanchez R 274
Martinez-Sánchez T 218
Martínez-Santaella MA 237
Martínez-Saorín ME 314
Martinez-Soriano G 194
Martínez-Terol F 230
Martínez-Villegas J 173
Martinez.MC 96
Martos A 164
Martos-Guerrero A 308
Maruri MJ 280
Marzal JM 91
Marzal L 117, 121, 305
Más A 100, 314, 317
Más G 167
Mas I 230
MAs MI 138
Más MI 138
Mas MP 237
Masach R 271
Mata JR 266
Mateos J 203, 296
Mayol J 115, 260
Mayoral-Sánchez MT 303
Mayorga-Fernández M 268
Mazo S 134, 178, 209, 246
Mazorra-Macho F 268
Medel-Herrero A 253
Mediavilla E 186
Mediavilla-Hernández A 89
Medina i Mirapeix F 318, 319
Medina J 242
Medina-Mirapeix F 126
Medina-Valverde MJ 147
Medrano F 235
Medrano M 136, 220
Membrillo-Fuentes M 211
Mena JM 107
Menasalvas A 177
Menchaca-Marquina E 150
Menchón-Martínez P 243
Menchón-Serna D 245
Mendaza M 207
Mendez-Gallego D 223
Mendia JL 156
Mendicute del Barrio J 112
Mendicute J 303
Mendiguren N 271
Mendoza C 138, 150, 231
Menéndez MD 91
Menéndez-Fraga MD 91
Mengíbar Y 303
Mengual-Ballester M 111
Menoyo R 225
Merino M 303
Mesa-Blanco MP 147
Mesa-Castro A 290
Meseguer-Henarejos AB 126, 318, 319
Mestre C 201
Mezkorta K 122, 242
Mier E 89
Milan-Valles M 125
Millá J 142
Millán M 265
Millán-Santos I 147
Millaruelo JM 215
Mínguez-Masó S 137, 249

Miquel A 115, 129, 183
Miquel M 254
Miquel-Perelló J 246
Mira JJ 97, 98, 197, 258, 259, 268, 311
Mirabel JL 272
Miracle L 149
Miranda I 265
Miranda-García M 101, 102, 304, 305, 309
Mirandal-Lopez C 314
Miravalles E 265
Misas ML 89
Misiego A 104
Mohedo-Caballero M 202
Molero B 271
Molero-Díaz FJ 208
Molina C. 173
Molina J 208
Molina JA 271
Molina T 239
Molinas J 113
Mollá J 258
Mompó C 105, 131, 278
Monje A 298
Monjo-Garriga M 108
Monreal A 215
Monreal-Tomás AB 304
Monreal-Tomás JL 304
Montañes MA 224
Montejo-Gutiérrez M 157
Monter Ardanuy MR 219
Monter-Ardanuy MR 125
Monterde J 319
Monterde-Martínez A 293
Montero J 113
Montero JJ 204
Montero-Alba T 152
Montero-Del Amo B. 286
Montes M 122
Montesinos-Urban VJ 276
Montiel MS 319
Montijano-Cabrera AM 244
Montilla- Herrador J 126
Montilla-Herrador J 318, 319
Montoliu Valls RM 252
Montserrat D 153, 155
Montserrat-Capella D 133, 147, 168
Monzón A 261
Mora-Arévalo R 258
Mora-Banderas AM 160, 177
Mora-Morillas JC 147
Moracho O 192
Moracho-Del Rio O 132, 269
Moragón M 141
Moragues G 265
Moral-Zapata B 216
Moraleda-Ruiz del Moral B 300
Morales E 125
Morales-García E 175, 196
Morales-Reyes M 93, 277
Morales-Serna JC 195
Morales-Torres JL 93, 277
Moran I 251
Morán J 208
Morán-García A 214
Moratilla M 153
Morcillo MA 203
Morcillo-Lopez JM 263
Moreno C 316
Moreno E 146, 288
Moreno JL 292
Moreno M 107, 112, 174, 236
Moreno N 236
Moreno P 116, 316
Moreno-Bella I 263
Moreno-Campoy EE 206
Moreno-Cánovas FT 306
Moreno-Corral LJ 133
Moreno-De la Hidalga MA 161
Moreno-Gavió L 141
Moreno-González J 152
Moreno-Hernández EJ 99, 106, 258
Moreno-Maíz E 215
Moreno-Mancho M 148
Moreno-Ramos V 263
Moreno-Reina S 303
Moreno-Sánchez E 162
Moreno-Sánchez I 116
Moreno-Valero J 211
Moreno-Valero M 102, 209, 212, 216, 217, 275, 315
Moreno-Valero MA 154, 310
Morente P 223
Moreta-Sánchez R 162
Morillas-Sáinz JD 127
Moro-Alvarez MJ 210
Morrás MT 208
Moya P 203, 296
Moya-Suárez AB 160, 177
Moyano S 100
Muiño I 201
Munte Girones L 219
Muníz E 178
Muñoz I 279
Muñoz J 104
Muñoz MJ 212
Muñoz R 278
Muñoz S 167
Muñoz V 164
Muñoz-Fernandez J 163
Muñoz-González JJ 168, 169
Muñoz-Menor A. 215
Muñoz-Muñoz I 290
Muñoz-Poyato J 283
Muñoz-Racero C 185
Muñoz-Soto A 260
Muñoz-Ureña AM 232, 233
Mur de Frenne L 219
Murcia A 123
Muro-Ceballos I 108
Murua-Navarro F 157, 165
Muruzabal-Martínez A 96, 127
Musitu- Pérez MV 172
Musitu-Pérez MV 160
Mut M 265

N

Nadal C 167
Nadal O 109
Nadal-Castan O 196
Naranjo V 293
Navarro AC 219
Navarro C 104, 160, 263
Navarro E 293
Navarro M 117
Navarro MD 113, 139, 201
Navarro N 213, 257
Navarro P 213
Navarro R 213, 223
Navarro-Aguilera I 180
Navarro-Brito E. 99
Navarro-Cordoba M 178
Navarro-Fontestad MC 241
Navarro-Gistau C 116, 316
Navarro-Martínez A 172
Navarro-Moya FJ. 129, 238
Navarro-Ortega S 175
Navarro-Ortiz MD. 306
Navinés J 113
Nebot C 197, 308
Nebreda E 260
Nicolás-Lax C 272
Niento C 284
Nieto A 145
Nieto E 145
Nieto P 100, 314, 317
Nieto-Rodríguez M 98
Nisa I 135
Noguera-Quijada C 175, 196
Nogueras S 120, 123
Noria M 100, 138, 237, 312
Noriega A 176, 259
Notario-Madueño MJ 147
Novo F 236
Novoa A 132
Noya MC 235
Nualart L 161
Nubiola-Calonge P 182
Nuñez A 235, 245, 303
Núñez D 120, 123
Nuñez F 124
Núñez JM 243
Núñez-Alonso E 126
Núñez-Maestro R 131
Nuño S 118

O

Ocaña S 317
Ochando A 138
Ochando-Garcia A 138
Ochandorena-Juanena MS 124, 301
Ochoa de Retana A 181
Ochoa-Calvo P 126
Ojeda F 250, 263
Ojeda-Pizarro S 171
Olano JG 173, 273
Olascoaga A 315
Oliart-Delgado de Torres S 143
Oliva JA 110, 116, 130, 135
Olivares M 129
Olivares-Morales J 260
Oliveira- Sousa S 319
Oliver A 145, 192
Oliver ML 218
Oliver P 251
Oliver-Lechuga A 86, 269
Oller C 256
Ollero-Baturone M 141
Olmedo E 252
Olmedo-Pujol E 234, 264
Olmo C 157, 216
Olmo-Mora M 281
Omaetxebarria E 155
Omeñaca M 231
Omiste J 222
Onadia M 86
Onandia M 242, 313
Ordoñez B. 94, 179, 224
Ormazabal O 248
Oronoz S. 134
Orradre-Goñi MJ. 220
Orrego C 159
Ortas MR 179

Ortega L 134
Ortega MA 127
Ortega P 157, 216
Ortega V 157
Ortega-Calvo M 125
Ortega-Cavo M 214
Ortega-Dominguez E 229
Ortega-Esguevillas I 156
Ortega-Rubio E 93
Ortells-Rodríguez MJ 174
Ortí N 205
Ortigueira JA 100, 129, 237, 312
Ortiz de Pinedo E 181
Ortiz de Zárate-San Agustin A 180
Ortiz L 197, 308, 311
Ortíz MA 300
Ortíz Muñoz MD 211
Ortiz O 180
Ortiz-Camuñez MA 141
Ortiz-de Pinedo E 312
Ortiz-Otero M 86
Ortiz-Valdepeñas J 269, 294
Orube A 303
Orube Bona A 234, 249
Otazua-Mendizabal MC 163
Oto-Terrer JM 304, 309

P

Pablo-Ciria J 304
Pablo-Vázquez MD 244
Pacheco A 205
Pacheco R 247
Pacheco-Guevara R 278, 310
Pachón-Iglesias M 94
Pagonessa L 308
Paitubi M 212
Pajarón-Guerrero M 236
Pajuelo J 220
Pajuelo-Ayuso JA 262
Palacio F 96, 97, 315
Palacios L 218
Palacios MJ 282
Palacios-López MC 285
Palao DJ 240
Palazón P 95, 177, 199, 222
Palenzuela R 243
Palés A 238
Palmieri MA 115
Paloma Aparicio-Grande 66
Palomo A 153
Palomo P 191, 199
Palop A 123
Paluzie-Ávila G 136
Panizo-Santos MB 208
Paños E. 229
Pardo A 104, 146, 263
Pardo J 137, 216
Pardo N 288
Pardo-Fernández MJ 300
Paredes A 276
Paredes-Sidrach de Cardona A . . 129, 283, 314
Pareja A 193
Pareja JA. 137
Parejo S 130
Parejo-Arrondo MT 148
Parra P 100, 132, 317
Parrilla P 228
Pascual A 288
Pascual B 203
Pascual L 300
Pascual M 259
Pascual T 247
Pastó L 298
Pastoret C 178
Pay-López J 297
Payá A 106
Peinado R 158
Peiro E 166, 167
Peirón MJ. 225
Pelaez C 290
Peleato A 179, 224
Peleato P 142
Pelegrín J 250
Pellejero J. 319
Pellico A 186
Pellico-López A 162
Penas M 221
Penas-Penas M 103, 272
Peña-Rodriguez E. 88, 144
Peñalver C 250
Peñalver R 108, 183, 205, 264, 280, 281
Peñalver-Celdrán V 297
Peñalver-Hernandez F 283
Peñas JM 225
Peñas-Benito A 250
Pepiol R 229
Perales-Pardo R 93
Perdomo I 290, 317
Perea-Rafael R 281
Pereda A 140, 149
Peredo D 89
Pereira V 239
Pereira-Rodriguez C 270, 317, 318
Perera P 170
Perez AI 240
Pérez G 222
Pérez J 92, 202, 227, 296
Pérez JL 308
Pérez M 96, 213, 316
Pérez P 217
Perez Polo RM 214
Pérez S 198
Pérez T 239
Pérez-Aguilar F 102, 233, 315
Pérez-Alonso A 111
Pérez-Amores I 152, 294
Pérez-Barros A 99
Pérez-Bartoli J 171
Pérez-Bartolí J 170
Pérez-Blanco V 223, 307
Pérez-Boillo MJ 92
Pérez-Boillos MJ 87, 93, 119
Pérez-Cabeza G 317
Pérez-Cerdá F 144
Pérez-Company P 181
Perez-Costa R 252
Perez-Encinas M 191, 196, 204, 256, 298
Pérez-Fernández AJ 306
Perez-Garcia MC 314
Pérez-Iriondo A 269
Pérez-Jover V . 97, 98, 197, 258, 259, 268, 308, 311
Perez-Lopez C 261
Pérez-Maiquez M 243
Pérez-Marticorena MJ 269
Pérez-Martínez MJ 232
Pérez-Martínez A 177, 199
Pérez-Martínez V 110
Pérez-Mota A 177
Pérez-Peiró C 192, 241
Pérez-Pérez J 205
Pérez-Polaino EM 235
Pérez-Ramírez J 260
Perez-Rivas FJ 124, 301
Pérez-Santos O 128
Perez-Seoane JM 260
Pérez-Silva A 211
Pérez-Tapias A 115
Pérez-Trueba E 177
Periáñez M 121
Peris-Requena D 297
Pescador A 155
Pi-Figueras M 251
Picallo-Piñón M 136
Picazo-Córdoba R 297
Piedra L 85
Piera J 291
Pinardo M 262
Pineda A 204
Pineda I 184
Pinilla A 149
Pintado Y 149
Pinto JM 105
Piñol-Ripoll G 249, 250
Piqué JL 302
Pirla-Carvajal J 244
Pla J 113
Pla L 184
Planas MD 171
Planas MJ 109
Planells-Herrero . . . . . C 261
Plaza J 228
Plaza JC 118
Plnas-Tapias MJ 196
Plovins J 123
Po-Rodríguez C 281
Poblet E 250
Polo I 92
Polo-Herrador MJ 104
Pomares-Martinez D 300
Pontejo L 205
Pontejo.L 267
Portero E 242
Portero MP 179, 224
Portero P 94, 142
Portillo E 159
Portillo I 92, 166, 167
Portoles JM 180
Pose B 124
Pou J 123
Pous-Marín A 215
Povar J 223
Poveda JL. 197
Poveda-Andrés JL. 261
Poza A 299
Pozo F 157
Pozueco-Agreda R 135
Prado B 179
Prados-Torres D. 115
Prats E 161
Preciado E 272
Preciado-Barahona MJ 119, 120
Prieto P 284
Prieto V 208
Prieto-Prieto J 163
Prieto-Rodríguez MA 101, 313
Prieto-Vega L 117
Primé C. 209
Puche G 109
Puche-Rubio G 196
Puebla G 91
Puelles A 272
Puente D 205, 267
Puente E 194

Puente MD 268
Puente R. 284
Puente-Palacios MI 223
Puig C 87, 90, 238
Puig D 107, 123, 219
Puig-Soler J 148
Puiggalí-Ballart M 223
Pujol-Casanova L 109
Purificación Gálvez Daza 62

Q

Quesada-Fernández Y 158
Quintana-del Olmo J 213
Quintana-Sánchez I 290
Quintans A 180
Quintas J 139

R

Rabadán A 146
Rábago MM 297
Rábago-Sánchez-Capuchino MM 296
Rabanal-Retolaza S 132, 275
Rafael Peñalver Castellano 51
Ramírez C 177, 178
Ramírez E 287
Ramírez T 316
Ramirez-Moreno JA 202
Ramírez-Prieto MT 228
Ramon I 152
Ramón J 200
Ramón T 100, 314
Ramon-Esparza T. 129, 238
Ramos A 177
Ramos F 110
Ramos M 138
Ramos-Medina B 211
Ramos-Rolón G 202
Rams M 308
Rancaño I 91
Rangil J 153, 168, 258
Raposo Triano MF 244
Raventós A 304
Raya-Serrano A 202
Real-Martínez Y 177
Rebollo-Rodrigo H 178
Rebull-Fatsini J 109
Reca Bueno I 119
Recasens V 224, 267, 291
Recaséns-Flores V 296
Recio-Ramírez JM 244
Redo-Sabater V. 109
Redondo J 115, 208
Redondo-Sánchez M 119
Refoyo-Salicio E 94
Regúlez P 86, 122
Reina F 222
Rello L 291
Rello-Varas L 296
Remacha J 118
Reoyo A 224, 307
Requena-Ferrer R 233
Requena-Ferrer RM 232
Requena-García JA 126
Revilla-Ramos F 102, 305
Revillo MJ. 131, 231, 285
Revuelta C 88
Rey-del Arco P 297
Reyero Pantigoso F 163
Reyes V 263
Reyes-Burgos MA 294
Rezola J 123
Ribas J 240
Ribera V 171
Ribes JL. 269
Ribes M. 303
Ricarte E. 222
Rico-Alonso F. 259, 283
Ridao A 301
Ridaura A. 183
Riera A 176
Riera L. 227
Rigo E 219
Rincón-Gómez M 141
Río M 225
Rios J 106, 263
Rios-Corbacho MJ 206
Rios-de-Moya-Angeler R 218
Ríos-Valles L 289
Ríos-Vallés L 219
Rita-Acosta MJ 283
Riu M 313
Rius-Rafecas MA 75, 89, 90
Rivas M 182
Riveiro J 221
Rivera F 127, 129, 148, 274, 319
Rivera-Peñaranda S 130
Robles D. 177
Robles-García M. 102, 156, 302, 309
Robles-Vicente M 92, 245
Roche JA 107
Ródenas Martínez E 245
Ródenas V 280
Rodiguez N 136, 220
Rodil A 96
Rodrigo J 242
Rodrigo P 308
Rodriguez A 97, 209, 262
Rodriguez C 90, 118, 132, 241, 251
Rodríguez D 98
Rodríguez de Pablo S 136
Rodriguez E 307
Rodríguez G 290, 317
Rodríguez J 221
Rodriguez JA 240
Rodríguez JM 173, 273
Rodriguez L 145, 146, 228, 229, 264
Rodriguez M 103, 112, 124, 174, 236
Rodriguez Molina RC 211
Rodríguez MT 293
Rodríguez P 135
Rodriguez Padial L 94
Rodríguez S 140, 146
Rodríguez T 284
Rodriguez- Perez P 241, 268
Rodriguez-Alcala J 214
Rodriguez-Bello J 244
Rodríguez-Bouza M 128
Rodríguez-Caballero A 240
Rodríguez-Cornejo MJ 133
Rodriguez-Cundin P 102, 236, 302, 309
Rodríguez-Fernández J 168
Rodríguez-Iñesta D 258
Rodríguez-Le Halper JM 209
Rodríguez-Martínez MP 169, 310, 311
Rodríguez-Molina MA 238
Rodríguez-Pena M 125
Rodriguez-Perez P 114
Rodriguez-Rodil N 255, 262
Rodríguez-Rodríguez M 161
Rodríguez-Soler M 281
Rodríguez-Valerón C 193
Rodriguez-Vazquez S. 123
Rogeiro AM 236
Roibas-Valdés A 121, 172
Roiz-Mesones MP. 277
Rojas MJ 276
Rojas-Mercader C 125
Rojo F 239
Rojo GA 108
Rojo-Pérez E 226
Roldán J 150
Román M 120, 274
Romera PL 206
Romera J 229
Romero A 157, 216
Romero C. 130
Romero de Castilla R 195, 239
Romero F 158
Romero-Aguilera G 165
Romero-Ganuza FJ 198
Romero-Muñoz MA 99, 106
Romero-Pastor MJ 180
Ron-Martínez N 121, 172
Ron-Rivera A 128
Ros F 219
Ros J 276
Ros Z 224
Ros-Martínez E 216
Rosa Carabaño 49
Rosa Suñol 54
Rosado A 194
Rosado Ramírez R 193
Rosell G 87
Rosell I 116
Roura-Angelats D 182
Rovira D 118
Ruano I 213
Ruano MJ 205, 267
Rubio AR 203, 296
Rubio FJ 107
Rubio I 92, 223, 235, 300
Rubio JS 110
Rubio, M 292, 318
Rubio-Gómez I 300
Rubio-Manzanares JA 218
Rubio-Martinez A 224, 267, 291
Rubio-Solano B 279
Rueda JA 180
Rueda ML 276
Ruiz A 183
Ruiz AJ 179, 205, 280, 281
Ruiz C 265
Ruíz de Azua M 240
Ruíz G 144
Ruiz J 122, 159
Ruiz JL 221
Ruiz JP 97, 262
Ruiz JR 94, 179
Ruiz P 144, 182
Ruiz PM 206
Rúiz R 275
Ruiz RM 179, 183
Ruiz-Alonso S 89, 104, 164
Ruiz-Álvarez E 132
Ruiz-Azarola A 101, 313
Ruiz-Díaz P 152
Ruiz-Egea J 252
Ruiz-Garcia JF 314
Ruiz-López P 127
Ruiz-Martínez M 215
Ruíz-Moruno A 281
Ruiz-Romero V 101

Ruíz-Ros J 209, 216, 217
Rumbo JM 288
Ruz JP 262

S

Sabartés O 184, 251
Sáenz I 87
Saenz-Arechavaleta I 319
Saez T 164, 202
Sáez A 217
Sáez AR 299
Sáez L 227
Sáez R 178
Saez T 247
Sáez U 243
Sáez-Jiménez N 247
Sáez-Soto A 238
Sáez-Soto AR 129
Sagalés M 237
Sahuquillo JC 304
Sahuquillo-Bartolomé S101, 102, 304, 305, 309
Sahuquillo-Talaya C 126
Sáinz A 168
Saiz C 246
Sáiz-Pérez C 226
Salamanca-Carranza I 218
Salas A 296
Salas-Martín E 218
Salazar A 134, 157, 301
Salazar R 282
Salazar-Muñoz M 226
Salcedo F 289
Salcini-Macias A 128
Saldaña R 144
Sales E 278
Salgado A 295
Salgado-Larrea MV 132
Salgero-Merino AB 216
Salguero-Cabalgante R 283
Salinas-Vidondo M. 215
Sallés M 177
Salvado, Jordi 170
Salvador T. 116
Salvador- Vila I 128
Salvat-Germán . . . . . F 304
Sámano JM 243
Sampedro I 88, 280
San Miguel N 220
San Sebastián JA 118, 140, 155, 315
Sancet-Bueno MF 291
Sanches-Vigara E 245
Sánchez A 114, 135, 255
Sanchez Albarracín T 214
Sanchez C. 137, 175, 290
Sánchez E 175, 242
Sánchez F. 280
Sánchez H 293
Sánchez I. 184, 185
Sánchez J 201
Sánchez L 276, 293
Sánchez LM 88
Sanchez MJ 174, 236, 255
Sánchez MM 256
Sánchez P 239
Sánchez R 255, 256
Sánchez S 118, 124, 182
Sánchez-Albarracín L 185, 214
Sánchez-Álvarez MM 278
Sánchez-Bernal R . 85, 157, 163, 165, 180, 181, 312
Sánchez-Bolea T. 130
Sánchez-Caminero P 165
Sánchez-Félez C 185
Sánchez-Ferrer A 265
Sánchez-Gómez B 98, 119, 158, 172, 312
Sánchez-Gómez P 180
Sánchez-Hernández M 185
Sánchez-Holgado J 99, 287
Sánchez-Janariz H 99
Sánchez-Marcos C 141
Sánchez-Martín CI 88
Sanchez-Martín I 151
Sánchez-Mora C 242, 294
Sánchez-Mourelo S 249
Sánchez-Mozo T 296, 297
Sánchez-Nieto JM 95, 243
Sánchez-Paredes A 165
Sánchez-Pascual M 233
Sánchez-Perruca L 107
Sanchez-Ramiro A 214
Sánchez-Rodriguez F 315
Sanchez-Sanchez V 300
Sánchez-Serrano S 183
Sánchez-Teruel F 194
Sánchez-Urcelay I 128, 186
Sánchez-Verde B 131
Sanchidria.C 118, 205, 232
Sanchidrian-De Blas C. 114
Sanchidrian.C 267
Sancho J 97, 98, 311
Sancho-Rodríguez J 259
Sancosmed M 253
Sandoval N 124
Sangrador-Arenas L . . 101, 102, 304, 305, 309
SanMartín B 274
Sanmartín-Fenollera P 196, 204, 298
Sanpedro M 86
Sans M 90
Santa-Úrsula JA 91
Santacruz V 209
Santamaría M 86
Santamaría-Carmona S 93, 277
Santamaria-Garcia JM 301
Santana-López V 283
Santaolaya M 225, 226, 227, 233
Santiago-García C 102, 130, 154, 209, 211, 212, 216, 217, 275, 315
Santillan A 240
Santiñá M 142
Santos A 205
Santos I 272
Santos M 150
Santos-Gómez A 87
Santos-González B 94
Sanz del Oso JJ 104
Sanz F 280, 281
Sanz G 268, 273
Sanz JC 137
Sanz L 138, 150, 231
Sanz T. 124
Sanz X 134, 238
Sanz-Arribas J. 217
Sanz-Cortés J 87, 211, 281
Sanz-Illan JJ. 272
Sanz-Márquez S 298
Sarabia-Lavín R 113, 144, 158
Sarasqueta C 167
Sarmiento M 225
Sarmiento MA 225, 226, 227
Sarrais-Rodríguez C 247
Sarria-Santamera A 253
Sarrías E 149
Sarrión-Bravo JA 104
Saturno-Hernández PJ 318
Sauca G 165
Sauri V 197, 311
Secadas-Barros G. 150
Segura P 173
Serna- Rodriguez F 273
Serna-Menchón D 197
Serralta G 247
Serrano A 219, 251
Serrano D 208
Serrano I 170
Serrano MA 137
Serrano-Gonzalez A 200, 292
Serrat J 213
Servera M 265
Servicio de Cirugía General A 232
Sevillano C 296
Sevillano MN 154
Sevillano-Pérez ME. 198
Sianes A 120
Sicilia J 163
Sicras A 213, 257
Sierra M 155
Sierra-Prefasi J 252
Sierro-Petrerena S 96
Siljeström-Laredo C 233
Silvestre C 96, 97, 315
Silvestre-Muñoz M 181
Simarro-López C. 286
Simó-Sisó JM 192
Simón R 171
Skaf E 162
Skaf-Peters E 137, 222, 223, 249
Smilg-Vida F 141
Sobrino-Peco F 285
Sola-Larraza A 215
Solano I 183
Solano R 136
Solano V 267
Solano-Herrera I 269
Solano-López R 255, 262
Solano-Ramos V. 124
Solas O 318
Soler MD 167
Soler-García R 278
Soler-Sánchez P 110
Solis-Servert J 136
Solsona JF 240
Sordo- del Castillo L 277
Soria V 139
Soria-Aledo V 111, 143, 246, 309
Soriano P 246, 276
Soriano-Castrejón A 294
Soriano-Molina P 233
Sotillos-Nubla A 125
Suárez González TV 172
Suárez-González T 121
Suárez-González TV 98, 158
Suárez-Morano J 213
Suarez-Varela JF 123
Subirana M 178, 288, 307
Suero-Villa P 166
Suescun C 134
Suess A 101, 313
Suñol R 96, 159, 173
Supervía A 162
Supervía-Caparrós A 249

T

Taberner R . . . 167
Taboada J . . . 92
Tamayo-Velázquez M . . . 152, 294
Tamborero G . . . 265
Tarazona E . . . 221
Tarradas J . . . 107, 219
Tato M . . . 302
Teijeira ML . . . 235
Tejada A . . . 138, 150, 231
Tejedor MA . . . 194
Tejedor-Montes J . . . 267
Tejería A . . . 103
Tejero JM . . . 90, 132, 292, 301, 318
Tejero P . . . 278
Tejidor R . . . 236
Telletxea-Nicolarena T . . . 88, 151
Tellez ME . . . 273
Tello C . . . 137
Tenreiro MA . . . 288
Terán-Rodríguez V . . . 162
Tinoco-Bernal MJ . . . 200
Tomás J . . . 145
Tomás L . . . 170, 179, 270
Tomás O . . . 308, 311
Tomás S . . . 157
Tomás-Bartrina G . . . 306
Tomás-Cedó R . . . 89
Tomás-Cedó RM . . . 90
Tomàs-Cedó RM . . . 75
Tomás-García N . . . 277
Tomé-Pérez A . . . 279
Toribio R 113, . . . 152
Torijano M . . . 99
Torijano ML . . . 206, 287
Toro C . . . 175
Toro-Chico P . . . 191, 196, 204, 256
Torras MG . . . 295
Torrecillas Marín F . . . 211
Torres B . . . 92, 202
Torres MJ . . . 240
Torres-Consuegra J . . . 218, 285
Torrijos-Rodríguez I . . . 95
Tous F . . . 96
Tous-Nuñez E . . . 192
Trescoli C . . . 221
Trueba M . . . 256
Trujillo M . . . 110
Trujillo R . . . 308
Turiño JM . . . 123
Turpín-Ramos M . . . 233
Turrado-Muñoz MA . . . 185, 210

U

Ube-Pérez JM . . . 160, 172
Ugas L . . . 240
Unzaga I . . . 122
Ureña V . . . 307
Uribe-Ladrón de Cegama F . . . 156
Urien A . . . 122
Urretxu-Reboiro D . . . 165, 180
Urretxu-Reboiro L . . . 85, 312
Urruela M . . . 86, 120, 122, 300, 313
Urrutia-Erauskin A . . . 209
Urzanqui M . . . 160, 172
Usandizaga E . . . 110

V

Vaamonde R . . . 89, 164
Val-Bernal JF . . . 268
Valdepérez J . . . 160
Valdés F . . . 280
Valdor M . . . 85, 112
Valencia J . . . 225, 226, 227
Valencia-Martín J . . . 228
Valencia-Martín JL . . . 184, 247
Valentín-Gamazo C . . . 110
Valiente F . . . 193, 275
Valiente P . . . 276
Valiente-Borrego F . . . 314
Valle P . . . 166
Valle-Bernard R . . . 277
Vallejo E . . . 109
Vallejo J . . . 149
Vallejo M . . . 134
Vallés C . . . 141
Vallés V . . . 308
Valls C . . . 255
Valois MC . . . 184
Valois-Núñez MC . . . 174
Valor S . . . 290, 317
Valpuesta MP . . . 154
Valtierra A . . . 271
Valverde E . . . 121
Valverde J . . . 198
Valverde M . . . 290
Valverde R . . . 145
Valverde-Citores RM . . . 132, 269
Vaquero S . . . 248, 277
Vaquez J . . . 175
Váquez-Rodríguez M . . . 91
Váquez-Valdés F . . . 91
Varea-Lahuerta K . . . 209
Varela A . . . 228
Varela B . . . 138, 150, 231
Vasco Y . . . 252
Vasco-Rodriguez Y . . . 234
Vázquez B . . . 149
Vázquez F . . . 91
Vazquez G . . . 175, 290
Vázquez P . . . 184
Vázquez T . . . 207
Vázquez-Vicente A . . . 294
Vecino A . . . 182
Vega T . . . 256
Vega-Dionisio P . . . 279
Vega-García JL . . . 136
Vela L . . . 137
Vela M . . . 266
Vela ML . . . 267, 279, 285, 291
Velasco A . . . 146
Velasco C . . . 118, 205, 267
Velasco S . . . 257
Vélez E . . . 197
Velilla J . . . 215
Ventura I . . . 79, 243
Vera-Iglesias P . . . 165
Vernet-Moya P . . . 75, 89, 90
Verónica Pérez-Blanco . . . 77
Vicente C . . . 199
Vicente-López JC . . . 278
Victoria Ureña . . . 77
Victoria-Jimeno C . . . 130
Victoria-Salgado M . . . 145
Vidal E . . . 165, 201, 303
Vidal V . . . 212
Vidal-Milla A . . . 308
Vigil MD . . . 268
Vigiola S . . . 122
Vila A . . . 87
Vila C . . . 194
Vila P . . . 157
Vila-Torres E . . . 204
Vilabrille M . . . 313
Vilanova F . . . 307
Vilaplana C . . . 296
Vilar MJ . . . 313
Vilar-Roquet D . . . 108
Vilarasau J . . . 105, 131
Vilarroya-Font C . . . 128
Villa-Andrada JM . . . 166
Villacampa MA . . . 163
Villaescusa ME . . . 268, 273
Villagra V . . . 108
Villalgordo-Ortín P . . . 127
Villalva-Montoro E . . . 171
Villan Garcia J . . . 193
Villanueva A . . . 197, 308, 311
Villanueva L . . . 121
Villanueva P . . . 235
Villanueva-Alonso A . . . 128, 293
Villanueva-Pelayo P . . . 297
Villaño-Murga G . . . 253
Villar T . . . 117
Villar-Martínez F . . . 156
Villaroya C . . . 203
Villaseñor-Muñoz P . . . 105
Villasevil E . . . 233
Villasevil-Llanos E . . . 161, 224, 227, 247, 262
Villegas-Abellán JA . . . 310
Villen JA . . . 175, 290
Villena-Ugarte E . . . 114, 230
Villodre-López E . . . 230
Villoria-Díez F . . . 268
Vinuesa M . . . 129, 208
Viña B . . . 202
Viñado B . . . 95
Viñas V . . . 202
Visedo-López JA . . . 297
Vítores MP . . . 124
Viura M . . . 256, 282
Vizcaíno-Ibañez MJ . . . 229
Vizoso F . . . 96
Vizuete C . . . 292
von Wichmmann-de Miguel MA . . . 234, 249

W

Wangensteen O . . . 295

X

Ximenis M 1 . . . 16

Y

Yagüe MD . . . 131
Yetano J . . . 111, 167
Yuguero M . . . 184
Yuguero-Rueda M . . . 252
Yuste-Vila D . . . 204

Z

Zaballa MC. 92
Zalabarria B 300
Zaldívar-Laguía I 113, 144, 158
Zamora J 143
Zamora MA 195
Zamorano ML 182
Zamorano-Gallego P 310
Zamorano-Rodríguez ML 183
Zavala E 304
Zavala-Aizpúrua E 234, 249
Zazo M 308
Zuasnabar A 250
Zuazo I 313
Zuazo-Arsuaga JI 157
Zubeldia M. 122
Zubimendi M 156
Zugaza C 272
Zulueta C 173

La Sociedad Española de Calidad Asistencial
desea expresar su agradecimiento a las siguientes Instituciones y Empresas,
sin cuya colaboración no hubiera sido posible la celebración de este
XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha

Fiscam
Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

AMGEN 25 AÑOS

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

DNV

Capio
www.capiosanidad.es

AENOR 20 AÑOS
Liderando Calidad y Confianza

MSD
GRUPO MSD

Pfizer
LA VIDA POR DELANTE

SIEMENS
medical

Agencia de Calidad Sanitaria
CONSEJERÍA DE SALUD

IASIST 15 años con la Sanidad

3M

Excmo. Ayuntamiento de Toledo

DIPUTACIÓN DE TOLEDO

Capio

calidad asistencial

En Capio apostamos por la calidad asistencial; por eso nuestros centros cuentan con **Certificaciones de Aenor bajo la Norma UNE EN ISO 9001:2000 y acreditación JOINT COMMISSION.**

Nuestros centros

ALBACETE
Capio Clínica Recoletas - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Residencia Asistida La Manchuela - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Residencia Asistida Alcábala - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Residencia Asistida Las Viñas

BADAJOZ
Capio Clideba
Capio Policlínica Clideba *(Mérida)*
Capio Hospital de Santa Justa - AENOR - ISO 9001:2000

BARCELONA
Capio Hospital General de Catalunya - Joint Commision

CIUDAD REAL
Capio Clínica Recoletas - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Policlínicos en Alcázar y Puertollano
Capio Residencia Asistida Dulcinea - AENOR - ISO 9001:2000

CÁCERES
Capio Virgen de Guadalupe - AENOR - ISO 9001:2000

MADRID
Fundación Jiménez Díaz
Capio Hospital Sur - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Clínica Recoletas Alcalá - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Hospital Valdemoro *(en construcción)*

MURCIA
Capio Hospital de Molina - AENOR - ISO 9001:2000

TOLEDO
Capio Hospital de las Tres Culturas - AENOR - ISO 9001:2000
Capio Clínica de Talavera *(T. de la Reina)*

PORTUGAL

Cerca de ti

Capio, líder en asistencia y gestión sanitaria, más de 16.000 profesionales en 9 países

www.capiosanidad.es